



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelsefag
4BACH

Rikke Engel Krömeke og Ida Oline Talåsen
Veileder: Randi Martinsen

Tema: Sykepleie til pasienter med demens
Å forebygge utfordrende atferd

Subject: Nursing Care of patients with dementia
To prevent challenging behaviour

Antall ord: 11479

Bachelor i sykepleie, BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tema: Sykepleie til pasienter med demens.

Formål: Hos pasienter med demens er atferdsmessige og psykologiske symptomer en del av demenssykdommene. For sykepleieren er atferdsmessige og psykologiske symptomer utfordrende å møte. Formålet med denne oppgaven er å øke kunnskapen om demens, symptomer på demens og hvordan sykepleieren kan forebygge utfordrende atferd hos denne pasientgruppen.

Problemstilling: «Hvordan kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens i skjermet enhet på sykehjem?»

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på fag- og forskningsartikler, annen relevant litteratur og erfaringer fra praksis.

Resultat og konklusjon: Ved å iverksette tiltak som kartlegging, kommunikasjon for å skape kontakt og tiltak i miljøet som måltider, musikk, sansehager, massasje og aromaterapi, kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd. For å forebygge atferden, må sykepleieren ha kunnskaper om sykdommene og symptomene, og ha kompetanse til å møte utfordringene de gir. Tiltakene må være tilpasset til hver enkel pasient, da ikke alle tiltakene har samme effekt på alle pasientene.

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
1.0 INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALGT TEMA	6
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	6
1.3. OPPGAVENS AVGRENSINGER OG PRESISERING	7
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON	8
2.0 METODE.....	9
2.1 LITTERATURSTUDIE	9
2.2 SØKESTRATEGI	9
2.2.1 Bøker.....	9
2.2.2 Artikler.....	10
2.3 KILDEKRITIKK	11
2.4 ETISKE OVERVEIELSER.....	12
3.0 DEMENS	13
3.1 DEMENSSYKDOMMER	13
3.2 SYMPTOMER PÅ DEMENS.....	14
3.2.1 Kognitive og motoriske symptomer	14
3.2.2 Atferdsmessige og psykiske symptomer	16
3.2.3. Sykdomsutvikling	18
4.0 TILRETTELAGTE BOTILBUD	19
4.1 SKJERMET ENHET	19
4.2 MILJØTILTAK	19
5.0 MELLOMMENNESKELIGE FORHOLD I SYKEPLEIE.....	21

5.1 MENNESKE-TIL-MENNESKE-FORHOLDET.....	21
5.2 KOMMUNIKASJON.....	22
6.0 FUNN FRA FORSKNING	24
6.1 BETYDNINGEN AV KOMPETANSE.....	24
6.2 BETYDNINGEN AV RELASJONER	24
6.3 BETYDNINGEN AV KARTLEGGING.....	25
6.4 BETYDNINGEN AV KOMMUNIKASJON	26
6.5 BETYDNINGEN AV TILTAK I MILJØET	27
7.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIEREN FOREBYGGE UTFORDRENDE ATFERD HOS PASIENTER MED DEMENS I SKJERMET ENHET PÅ SYKEHJEM?	28
7.1 Å KJENNE PASIENTENES REAKSJONER	28
7.2 Å SKAPE KONTAKT GJENNOM KOMMUNIKASJON	31
7.3 Å SKAPE TRYGGHET GJENNOM TILTAK I MILJØET	34
7.3.1 Måltid	34
7.3.2 Musikk.....	36
7.3.3 Sansehager	37
7.3.4 Massasje og aromaterapi	39
8.0 KONKLUSJON	41
REFERANSELISTE.....	42

1.0 Innledning

Det er beregnet at over 35 millioner mennesker lider av demens i dag. Dette tallet vil trolig øke til 115 millioner fram til 2050. Årsaken til dette er økt levealder, da den totale befolkningsveksten stabiliserer seg. Antall eldre i befolkningen vil dermed øke, og det vil også forekomsten av demens (Prince, Prina & Guerchet, 2013).

I Norge i dag er rundt 70 000 personer over 65 år rammet av demens (Langballe & Hånes, 2013). Forskning viser at 81 % av pasienter i sykehjem i Norge er rammet av demens. 72 % av pasientene med demens lider av atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) (Selbæk, 2008). Antallet demensrammede vil mest sannsynlig blir fordoblet dersom utviklingen fortsetter (Langballe & Hånes, 2013). Dette vil medføre en stor utfordring for helsevesenet, som blant annet å ansette tilstrekkelig helsepersonell og sørge for nok botilbud til de eldre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) beskrives utfordringene omsorgstjenestene i kommunen vil møte i fremtiden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Stortingsmeldingen inneholder også strategier og tiltak for å møte utfordringene. *Demensplan 2015 «Den gode dagen»* er en del av denne, og beskriver konkrete mål for å sikre et tilstrekkelig, respektabelt og verdig tjenestetilbud i demensomsorgen. *Demensplan 2015* mener at det skal satses på utvikling av dagaktivitetstilbud og tilpasning av botilbud. Det skal satses på å styrke kunnskap og kompetanse. Forskning står også sentralt, på grunn av manglende kunnskaper om demens og behandlingsformer. Målet med tiltakene i *Demensplan 2015* er at demensrammede skal oppleve trygghet og mening i hverdagen, samt økt livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

I januar 2012 ble Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid* innført. Samhandlingsreformen skal sikre at fremtidens helse- og omsorgstjenester er helhetlige, koordinerte og samfunnsøkonomisk lønnsom. Reformen vektlegger viktigheten av forebyggende helsearbeid, tidlig behandling og god samhandling mellom helse- og omsorgstjenestene. Reformen skal sørge for gode

helsetjenester i kommunene og de skal være lett tilgjengelig for alle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

I praksis har vi erfart at sykepleiere ofte synes det er krevende å møte utfordrende atferd hos pasienter med demens. Forskning viser at utfordrende atferd hos pasienter med demens kan føre til utbrenthet og redsel blant personale på skjermede enheter. Det kommer også frem at økt kunnskap om hvordan en sykepleier kan møte denne atferden er nødvendig (Rognstad & Nåden, 2011).

1.1 Bakgrunn for valgt tema

Vi har valgt å skrive om demens og tiltak sykepleieren kan iverksette for å forebygge utfordrende atferd. Vi vet antall eldre i befolkningen vil øke med årene, og det vil også være flere som rammes av demens. I fremtiden kommer vi som sykepleiere til å møte denne pasientgruppen i økende grad. Vi mener derfor det er viktig å ha kunnskaper om demens og sykepleie knyttet til dette.

Gjennom vår treårige studie har vi hatt undervisning om sykepleie til pasienter med demens. Vi har også begge praksis- og arbeidserfaring som ligger til grunn for oppgavens tema. Erfaringene har gitt oss et innblikk i hvilke utfordringer vi kan møte, og hvordan sykepleieren kan forebygge utfordrende atferd. Med denne oppgaven ønsker vi å øke våre kunnskaper om dette temaet.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Tema i denne oppgaven er sykepleie til pasienter med demens.

Problemstillingen vi har valgt er:

«Hvordan kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens i skjermet enhet på sykehjem?»

1.3. Oppgavens avgrensinger og presisering

Vårt ønske med denne oppgaven, er å finne ut av hvilke tiltak sykepleieren kan iverksette hos pasienter med demens for å forebygge utfordrende atferd. Med utfordrende atferd menes blant annet aggressivitet, irritabilitet, slåing og motorisk uro (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad & Smebye, 2008). Begrepet «utfordrende atferd» brukes når atferden hos demensrammende sees på som en utfordring for mennesker rundt. Vi vil bruke dette begrepet fordi vi vil fokusere på hvordan sykepleieren gjennom samhandling og tiltak i miljøet rundt pasientene kan forebygge utfordrende atferd.

I begrepet «forebygging» legger vi at sykepleieren skal redusere negative konsekvenser av demenssykdommene til pasienter med demens.

I denne oppgaven har vi avgrenset tema til å omhandle pasienter med demens over 65 år. Arenaen vi har valgt er en skjermet enhet på sykehjem. Dette fordi vi har møtt denne pasientgruppen i praksis på skjermet enhet. Vi velger å trekke inn eksempler som vi har opplevd i praksis

Vi har skrevet generelt om de ulike demenssykdommene. Kognitive og motoriske symptomer beskrives, men hovedfokuset ligger på atferdsmessige og psykologiske symptomer. Dette på grunn av at sistnevnte er relevant for problemstillingen. Sykdomsutviklingen ved demens beskrives også, da dette er relevant for å få en forståelse av hvordan atferden til pasientene påvirkes av demenssykdommene.

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori i denne oppgaven. Hennes synspunkter på blant annet mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon er, slik vi ser det, relevant i møtet med pasienter med demens og dermed for å besvare problemstillingen. Gjennom oppgaven bruker vi begrepet «pasient», til tross for at Joyce Travelbee mener dette begrepet er kategoriserende. Vi velger allikevel å bruke begrepet «pasient», da vi er vant til dette fra praksis på skjermet enhet. Pasient- og brukerrettighetsloven definerer begrepet «pasient» som en person som får hjelp av helsevesenet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Vi har sett bort fra bruk av legemidler, siden vi mener andre tiltak bør iverksettes først. Annen somatisk sykdom som fører til demens og kognitiv svikt, har vi valgt å se bort fra på grunn av ordbegrensninger i oppgaven.

1.4 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1 inneholder innledning, bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstillingen og oppgavens avgrensning.

Kapittel 2 omhandler valg av metode, søkestrategi, presentasjon av bøker og artikler, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3, 4 og 5 er oppgavens teorikapitler, og handler om demens, tilrettelagte botilbud og mellommenneskelige forhold i sykepleie.

Kapittel 6 presenterer funn fra forskning i fem underkapitler.

Kapittel 7 består av drøfting av problemstilling opp mot teori, forskning og praksiserfaringer. Det presenteres og drøftes ulike tiltak sykepleieren kan iverksette.

Kapittel 8 er en oppsummering av funn i oppgaven og det legges fram en konklusjon.

2.0 Metode

Dette kapitlet inneholder et underkapittel som forklarer hva en litteraturstudie er. Videre presenteres framgangsmåten for litteratursøk og en beskrivelse av den mest brukte litteraturen. Kildekritikk og etiske overveielser beskrives også.

2.1 Litteraturstudie

Oppgavens metode er basert på Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for Bacheloroppgave i sykepleie, og er en litteraturstudie. Litteraturstudie vil si å bruke faglitteratur og forskning til å innhente informasjon og finne svar på problemstillingen (Dalland, 2012). I tillegg velger vi å bruke eksempler fra praksis i oppgaven.

2.2 Søkestrategi

2.2.1 Bøker

Vi har søkt etter bøker ved bruk av søkemotoren Oria på Høgskolebiblioteket ved Campus Elverum. For å finne fagbøker har ord som demens, miljøtiltak, miljøterapi, miljøbehandling, sansehager, utfordrende atferd, sykepleie, sykepleieteori og kommunikasjon blitt benyttet som søkeord. Ved å kombinere disse søkeordene, har vi funnet relevante bøker.

Vi har hovedsakelig brukt bøker som omhandler demens. Tre av bøkene omhandler ulike demenssykdommer, årsaker, symptomer, diagnostikk, forebygging, kommunikasjon og miljøtiltak (Engedal & Haugen, 2009; Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013; Rokstad & Smebye, 2008).

For å beskrive Joyce Travelbee sin sykepleieteori, har vi brukt boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001). Denne boken er en oversettelse av Travelbee sin bok *Interpersonal Aspects of Nursing*, som ble utgitt i 1966. Boken tar for seg teorien hennes om

mellommenneskelige forhold i sykepleie gjennom blant annet kommunikasjon og terapeutisk bruk av seg selv.

Vi har brukt studiehefter fra *Demensomsorgens ABC*. *Demensomsorgens ABC* består av tre permer med egne studiehefter om ulike temaer innenfor demens. *Demensomsorgens ABC* er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse i forbindelse med kompetanseutvikling i *Demensplan 2015*. Studieheftene er beregnet som opplæringsmateriale for helsepersonell. Hvert hefte er skrevet av forfattere med fagkunnskap innen ulike områder i demensomsorgen. Professor dr.med. Knut Engedal har vært faglig veileder og spesialsykepleier Vigdis Drivdal Berentsen har stått for redigering av heftene i samarbeid med psykologspesialist Arnfinn Eek.

Vi har også brukt en bok som omhandler hvordan man kan tilrettelegge og bruke sansehager i demensomsorgen. Boken bygger på erfaringer og resultater fra et prosjekt av Nasjonalt kompetansesenter, Husbanken og Hageselskapet (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007).

2.2.2 Artikler

For å finne relevante artikler, har vi brukt skolens nettverk for å få tilgang til ulike databaser gjennom Høgskolen i Hedmark sin hjemmeside. Vi har søkt etter artikler i store deler av skriveperioden, det vil si månedene januar og februar. Vi har brukt databasene Cinahl, Science Direct, Idunn.no, ProQuest og SveMed+. Disse databasene inneholder artikler innen blant annet medisin, sykepleie og helse. I tillegg har vi brukt søkemotoren Google Scholar til å hente ut artikler i fulltekst.

Vi har brukt søkeordene: demens, utfordringer, utfordrende atferd, sykepleie, sansehager, dementia, professional-patient relations, patient centered care, dementia care mapping, behavioral symptoms, work environment, communication, relations, nurse patient relationship, food, quality of life, music og agitation. Vi har kombinert søkeordene på ulike måter og fått varierende antall treff i de ulike databasene. To av artiklene (Brooker, Foster, Banner, Payne & Jackson, 1998; Chenoweth, et. al., 2009) fant vi i referanselisten til artikkelen *Dementia Care Mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling* (Rokstad & Vatne, 2011).

Tre av artiklene er kvalitative studier, mens fem er kvantitative. To artikler er oppsummert forskning og en vurderer vi til å være en fagartikkel, da blant annet metode ikke er beskrevet.

Tre av artiklene handler om Dementia Care Mapping (DCM), mens to handler om kommunikasjon. En artikkel forteller om sammenhengen mellom arbeidsmiljø og forekomsten av utfordrende atferd. En artikkel tar for seg miljøtiltak som måltid. En artikkel handler om bruken av musikk og en om bruken av sansehager. En artikkel tar for seg pleieres perspektiv i møtet med utfordrende atferd, mens en tar for seg betydningen av forholdet mellom sykepleier og pasient.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk vil si å stille seg kritisk til litteraturen man har funnet og bruker i oppgaven. Man må vurdere kildene for å finne ut om de troverdige. Vi har brukt både primær- og sekundærkilder. Primærkilder vil si den opprinnelige kilden, mens sekundærkilder vil si kilder som bygger på primærkilder (Dalland, 2012). Forskning og annen litteratur henviser til to av bøkene vi har brukt (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad & Smebye, 2008).

I tillegg har vi valgt kilder med forfattere som har fagkompetanse innen temaene demens, demensomsorg og miljøtiltak. Det var viktig for oss at litteraturen var av nyere årstall. Dette har vi gjort for å benytte oss av oppdatert og troverdig litteratur. Vi vurderer den til å være reliabel. Reliabilitet vil si at kildene er pålitelige (Dalland, 2012).

Kriterier for valgte artikler var at de skulle være fagfellevurdert. Det vil si de er vurdert av eksperter innen fagfeltet (Dalland, 2012). Andre søkekriterier var at artiklene skulle ha abstrakt tilgjengelig, vise hensikt og metode tydelig, samt være relevant for oppgavens problemstilling. I tillegg skulle de omhandle demens generelt.

Vi har valgt å bruke valide kilder, det vil si de er gyldige (Dalland, 2012). Vår avgrensning av tidsrom for forskning var 2005 – 2014. Dette har vi gjort for å forsikre oss om at vi tar utgangspunkt i oppdatert forskning. Derimot har vi brukt en eldre artikkel fra 1998, men

mener den fortsatt er gyldig da den henvises til i en artikkel fra 2011. Vi mener også innholdet i artikkelen er relevant for oppgaven, og er overførbart til dagens sykepleiepraksis.

Vi har brukt artikler fra både nordiske og internasjonale tidsskrifter. En studie er gjennomført i Amerika, en i Australia, en i England, og fem i Norden. To av artiklene er oppsummert forskning og en artikkel er en fagartikkel. Til tross for at flere av studiene er gjennomført utenfor Norge, vurderer vi de til å være overførbare til vår problemstilling og den daglige sykepleiepraksisen. Tre av artiklene er skrevet på norsk, mens de åtte andre er engelskspråklige. Vi har vært forsiktig med å bruke oversettelsesprogrammer for å unngå feiltolkninger av teksten. Vi har brukt ordnett.no for å oversette ord og uttrykk fra artiklene.

2.4 Ethiske overveielser

I denne oppgaven har vi vært nøye med å henviser kildene på rett måte. Dette har vi gjort for å gi forfatterne bak bøkene, artiklene og andre kilder den anerkjennelsen de fortjener. Vi har fulgt APA-standarden som er de retningslinjene Høgskolen i Hedmark benytter for henvisning av kilder.

Vi har også anonymisert våre eksempler i denne oppgaven. Anonymisering betyr at de opplysningene som gis, ikke kan knyttes til bestemte personer. Med dette menes opplysninger som navn og personnummer, og bakgrunnsinformasjon som sted (Dalland, 2012). Våre eksempler og erfaringer fra praksis har vi anonymisert ved kun å bruke begrepene «pasient», «pasienter» og «pasientene». Vi opplyser ikke om tid og sted for hendelsene i eksemplene.

3.0 Demens

Dette kapitlet tar for seg begrepet demens, de ulike demenstypene og symptomer på demens.

3.1 Demenssykdommer

Ordet «dement» betyr uten sinn, og har sin opprinnelse fra latin. Sinn vil si bevisste og ubevisste prosesser i hjernen som gir mentale funksjoner som blant annet hukommelse, tanker og følelser (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Demens karakteriseres ved at disse mentale funksjonene i hjernen svikter ved et degenerativt forfall av hjernebarkens hjerneceller (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013; Jakobsen, 2007). Det degenerative forfallet oppstår på grunn av skade eller sykdommer i hjernen. Ulike områder i hjernebarken styrer de ulike mentale funksjonene. Disse funksjonene kan deles inn i kognitive og emosjonelle funksjoner. Hukommelse, tenkning og evnen til å lære er eksempler på kognitive funksjoner, mens følelser, behov og ønsker er eksempler på emosjonelle funksjoner (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013).

Utviklingen av demens skjer gradvis over flere år (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Demenssykdommene starter med at pasientene opplever en sviktende evne til utførelse av dagligdagse aktiviteter, den sosiale atferden endres og hukommelsen svikter. For å få diagnosen demens, må den kognitive svikten føre til at pasientene ikke lenger har evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter eller den påvirker pasientenes sosiale liv (Engedal & Haugen, 2009). Sykdommene kan også føre til atferdsmessige forandringer, som redusert evne til emosjonell kontroll, endret sosial atferd og endring i personlighet (Berentsen, 2008; Engedal & Haugen, 2009).

For å få diagnosen demens må det gjennomføres en kartlegging. Kartlegging av demens kan foregå på ulike måter. I Norge brukes det offisielle klassifikasjonssystemet International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Kriterier som stilles i ICD-10 er at sykdommen er kronisk, uttrykke svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, evne til læring, språk og regning, samt en svikt i pasientenes evne til vurdering (Engedal & Haugen, 2009).

Det finnes ulike typer demenssykdommer som degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (Rokstad & Smebye, 2008). Under degenerative hjernesykdommer finnes Alzheimers sykdom, som er den vanligste demenssykdommen. Alzheimers sykdom kommer av at hjerneceller gradvis dør. Videre finnes frontotemporal demens, demens med Lewylegemer, parkinsons sykdom med demens og Huntingtons sykdom med demens (Engedal, 2010a).

Vaskulær demens skyldes redusert blodtilførselen til hjernen (Engedal, 2010b). Dette kan oppstå på grunn blødninger eller infarkter i hjernens blodkar (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Hvilke områder i hjernen som rammes, bestemmer hvilke symptomer pasientene får (Engedal, 2010b).

Sekundær demens er også en gruppe hjernesykdommer (Engedal & Haugen, 2009). Sekundær demens kan oppstå som følge av infeksjoner i hjernen, høyt alkoholmisbruk over lang tid, hodeskader, vitaminmangel, normaltrykkhydrocefalus og forstyrrelser i metabolismen (Engedal & Haugen, 2009; Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013).

3.2 Symptomer på demens

De ulike demenssykdommene har ulike symptomer i sykdomsutviklingen. Symptomene kan deles inn i tre ulike kategorier: kognitive symptomer, motoriske symptomer, og atferdsmessige og psykologiske symptomer. De kognitive og motoriske symptomene skyldes skader i hjernen. Atferdsmessige og psykologiske symptomer opptrer på grunn av skader i hjernen, den kognitive svikten det medfører, samt pasientenes reaksjon på sykdommen (Engedal & Haugen, 2009).

3.2.1 Kognitive og motoriske symptomer

Kognitive symptomer vil blant annet si redusert oppmerksomhet, lærevansker og hukommelsesvansker, afasi, agnosi og apraksi (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad & Smebye, 2008).

Oppmerksomhet er nødvendig for å fange opp stimuli fra omgivelsene rundt, for å kunne gjøre aktiviteter uten å la seg avlede og for å være våken (Rokstad & Smebye, 2008). Redusert oppmerksomhet fører til at pasientene har vansker med å skille mellom viktig og mindre viktig stimuli. Dette påvirker pasientenes hukommelse og evne til problemløsning (Engedal og Haugen, 2009).

Svekket hukommelse er det vanligste symptomet ved demens. For å kunne huske, må man ha evnen til å lære og til å gjenkalle tidligere lærte kunnskaper. Hos pasienter med moderat og alvorlig demens, er evnen til å lære seg nye stimuli redusert (Engedal & Haugen, 2009).

Språkvansker er vanlig hos pasienter med demens, og dette kalles afasi. Motorisk afasi vil si at pasientene opplever vansker med å si setninger til tross for at de vet hva som skal sies. Sensorisk afasi betyr at pasientene har vansker med å forstå andre, samt at andre har vansker med å forstå pasientene. Dette på grunn av usammenhengende tale. Ved anomisk afasi har pasientene vansker med å finne navn på substantiver og erstatter derfor disse med andre ord (Engedal, 2010a; Engedal & Haugen, 2009; Rokstad & Smebye, 2008).

Apraksi er at pasientenes evne til å utføre praktiske handlinger svikter, selv om pasientene har intakt bevegelsesevne og forstår hva som skal gjøres (Rokstad & Smebye, 2008). Agnosi vil si at pasientene ikke kjenner igjen gjenstander, selv om det ikke er noe galt med deres sansefunksjon (Engedal & Haugen, 2009). Visuokonstruktiv svikt er en annen type svikt som kan oppstå. Dette vil si at pasientene ikke klarer å orientere seg i rom og i omgivelsene. Gjenstander som ses i forskjellige vinkler, kan være vanskelig å gjenkjenne. Dette kan skape vansker for pasientene (Rokstad & Smebye, 2008).

Motoriske symptomer oppstår i form av at pasientene med demens ikke klarer å koordinere bevegelser. Det gir utslag i at pasientene får problemer med balanse, avstandsberegning og koordinering av bevegelser. For eksempel kan pasientene få problemer med å sette seg på en stol eller bruke bestikk under måltider. Inkontinens for urin og avføring kan også forekomme. Symptomene framtrer hovedsakelig ved moderat og alvorlig grad av demens (Engedal, 2010a).

3.2.2 Atferdsmessige og psykiske symptomer

Ved demens skjer det atferdsmessige og psykiske forandringer, og det er mange årsaker til dette. Påvirkende faktorer er blant annet demenstype, personlighet, forvirring som skyldes somatisk sykdom, manglende sykdomsinnsikt og svikt i samhandling (Rokstad, 2010). Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens har gjennom tiden hatt ulike benevninger, som aggressiv atferd, vanskelig atferd og voldelig atferd (Rokstad & Smebye, 2008). Ved å bruke begrepet vanskelig atferd vil pasientene være årsaken til atferden, selv om miljøet eller personer rundt pasientene kan være grunnen (Engedal & Haugen, 2009). Begrepet «utfordrende atferd» brukes siden atferden sees på som en utfordring. Atferden fører til redusert livskvalitet hos både pasientene og pårørende. Den sees på som pasientenes reaksjoner på sykdom, endret livssituasjon, redusert evne til kommunikasjon og endret atferd hos personer i miljøet rundt (Rokstad & Smebye, 2008). Engedal & Haugen (2009) sier at sykepleieren bør fokusere på relasjoner og faktorer i miljøet, i tillegg til demenssykdommene og symptomene som følge av disse.

Atferdsmessige forandringer er en vanlig årsak til at pasienter med demens flytter inn på skjermet enhet (Rokstad & Smebye, 2008). Pårørende og andre med tilknytning til pasientene opplever de atferdsmessige forandringene som belastende (Rokstad & Smebye, 2008; Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Utfordrende atferd er en utfordring i demensomsorgen. Sykepleiere og annet personale føler seg maktesløse, redde og mislykkede i situasjoner med utfordrende atferd som slag, spark og spyting hos pasienter med demens. Dette fører til at personale blir stresset, og denne atferden hos pasientene kan føre til fysisk skade på personale (Rognstad & Nåden, 2011).

Atferd som aggressivitet og irritabilitet, er utfordrende å forholde seg til (Engedal & Haugen, 2009). Det skilles mellom angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet. Førstnevnte kommer brått og uten forvarsel. Hos noen pasienter er denne atferden en reaksjon på sykdom, mens andre har gjennom hele livet reagert på denne måten. Forsvarsaggressivitet er en reaksjon på en hendelse og eller situasjon pasientene opplever som vanskelig. Dette kan oppstå ved overskridelser av intimgrenser, misforståelser av situasjoner, kommunikasjonsvansker, en følelse av krenkelse, skam, vonde minner og angst (Engedal, 2010a). Pasientene kan også bli motorisk urolige uten aggressiv atferd, i form av vandring og rastløshet. Husarbeid og rydding

kan være tegn på rastløshet (Engedal & Haugen, 2009).

Angst er vanlig hos mange pasienter som er rammet av demens. Endringene sykdommene medfører, som blant annet redusert evne til å klare seg selv og ikke forstå sin livssituasjon, kan skape angst. Dette skjer blant annet på grunn av sviktende hukommelse. De demensrammede kan glemme avtaler, personer og ha problemer med å gjenkjenne omgivelser, noe som kan medføre utrygghet (Rokstad, 2010). Hukommelsessvikt kan også føre til at pasienter med demens, kan få en opplevelse av å være forlatt. Dette kan blant annet skape angst, fortvilelse og roping (Engedal, 2010a). Når de demensrammede ikke klarer å kommunisere og bli forstått, kan også dette bli en faktor til angst (Berentsen, 2008).

Et annet hyppig symptom som opptrer ved demens er depresjon (Rokstad, 2010). Depresjon er en tilstand med tristhet, redusert energinivå og pessimisme (Hummelvoll, 2012). Redusert mestringsevne og lavt selvbilde kan føre til en følelse av tap, som igjen kan vises ved gråt, isolasjon og initiativløshet (Berentsen, 2008; Rokstad, 2010). Pasientenes atferd som følge av depresjon kan også være frustrasjonsutbrudd, agitert og urolig atferd eller apati (Rokstad & Smebye, 2008).

Hos pasienter med demens, kan både vrangforestillinger og hallusinasjoner forekomme (Rokstad, 2010). Vrangforestillinger vil si at pasientene har påstander som ikke er reelle. Et eksempel på dette er når en demensrammet pasient kan ha et forskjøvet minne og tro dens datter er pasientens søster (Engedal & Wyller, 2003). Dersom pasientene har vrangforestillinger om at noen stjeler eller ønsker pasientene døde, kan pasientene agere aggressivt. Hvis pasientene ser og hører noe som ingen andre kan sanse, kalles dette å hallusinere (Rokstad, 2010).

På grunn av kognitiv svikt, kan demensrammede pasienter gå tilbake til primitive funksjoner med bakgrunn i barndommen. Reaksjoner på tidligere hendelser i livet kan komme til syne. Personlighetsforandringer er mest vanlig hos pasienter som lider av sykdom og skader i pannelappene (Engedal, 2010a).

Atferd som roping kan være utfordrende og vanskelig å forstå (Engedal, 2008). Denne type atferd kan være repeterende, men kan stoppes dersom pasientene får oppmerksomhet. Den

kan også være repeterende uten stopp, til tross for at pasientene har mennesker rundt seg. Roping kan være en type atferd som pasientene ikke er klar over selv. Dette gjør det utfordrende å ta opp ropingen med dem. Det er uvisst om roping brukes som en kommunikasjonsform, om det brukes som en form for selvstimulering eller om det er et uttrykk på indre uro eller engstelse (Engedal, 2010a).

3.2.3. Sykdomsutvikling

Sykdomsutviklingen ved demens kan deles inn i tre grader, mild demens, moderat demens og alvorlig demens. Ved mild demens glemmer pasientene blant annet avtaler, å handle, samt å spise. Orienteringsevnen for tid og i rom svikter. Pasientene får problemer med å gjennomføre praktiske aktiviteter i dagliglivet. I tillegg kan problemer med taleflyt og å finne ord reduseres. Pasienter i denne fasen kan også oppleve en forsterkning av personlighetstrekk. Dette vil si at engstelige pasienter som tidligere har hatt depresjonstrekk, kan agere med angst, isolasjon og depresjon. Sinne, irritabilitet og aggresjon kan også forekomme (Engedal & Wyller, 2003).

I den moderate graden av demens klarer ikke pasientene å utføre dagligdags aktiviteter, som personlig stell, matlaging og husarbeid. Hukommelsessvikten blir mer uttalt og vanskeligheter med språk og orientering i rom øker. Ved stress kan pasientene bli lett forvirret og dette kan føre til at de går seg vill. I dette stadiet vil pasientene med stor sannsynlighet komme i kontakt med helsevesenet (Engedal & Wyller, 2003).

Den alvorlige graden karakteriseres ved en svikt i pasientenes motoriske funksjoner. Dette innebærer blant annet inkontinens, redusert gangfunksjon, og hukommelsen er i stor grad redusert. Pasienter som lider av alvorlig demens er ofte avhengig av hjelp gjennom hele døgnet (Engedal & Wyller, 2003). Ved alvorlig grad av demens, flytter pasienter ofte inn på skjermet enhet (Rokstad & Smebye, 2008).

4.0 Tilrettelagte botilbud

I dette kapitlet beskrives hva en skjermet enhet er, og hvordan miljøtiltak kan brukes i en skjermet enhet.

4.1 Skjermet enhet

Skjermede enheter ble etablert i Norge i 1980-årene (Rokstad & Smebye, 2008). En skjermet enhet er en spesielt tilrettelagt boenhet for pasienter med demens. Tilrettelegging i en skjermet enhet skal gi pasientene en følelse av trygghet og mestring, til tross for deres kognitive, motoriske, atferdsmessige og psykologiske følger av sykdommen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I følge *Demensplan 2015* skal nye sykehjem være tilpasset pasienter med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). Rapporten «*Glemsk, men ikke glemt!*» anbefaler at miljøet i skjermede enheter skal være enkelt å orientere seg i, og bidra til å gi en følelse av mestring hos pasientene. Antall beboere per enhet bør begrenses til mellom seks og åtte pasienter, der hver pasient har eget rom, med egne møbler og eiendeler (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). De skjermede enhetene bør ha felles stue og kjøkken hvor pasientene kan ha mulighet til å delta i daglige aktiviteter, og kan være i nærheten av sykepleiere og annet personale (Rokstad & Smebye, 2008). Sosial- og helsedirektoratet (2007) råder til at skjermede enheter bør ha tilgang til uteareal, i form av et hageområde. Utearealet skal tilrettelegges slik at pasienter med demens kan orientere seg og få positive opplevelser.

4.2 Miljøtiltak

Miljøtiltak er vanlig i skjermede enheter (Rokstad & Smebye, 2008). Etter hvert som demenssykdommene forverrer seg, blir pasientene mer avhengig av miljøet rundt seg. Ved miljøtiltak tilrettelegges miljøet rundt pasientene. Det skilles mellom det fysiske og sosiale miljøet. Det fysiske miljøet vil si utformingen av omgivelsene. Dette gjelder blant annet møbler, vegger og tak, lys og luft og romstørrelsen. I det sosiale miljøet dreier det seg om samhandling mellom menneskene som befinner seg i rommet som ansatte, beboere og gjester

(Holthe & Berentsen, 2009). Det er avgjørende at omgivelsene ikke er uklare. På grunn av pasientenes reduserte evne til orientering i rom, må miljøet være trygt og forutsigbart (Engedal & Haugen, 2009).

Dagligdagse aktiviteter er tiltak i miljøet som tas aktivt i bruk. Med dette menes blant annet stellesituasjoner, måltider, og andre aktiviteter på avdelingen (Rokstad & Smebye, 2008). Meningen med miljøtiltak er å redusere negative opplevelser som følger med demenssykdommene (Engedal & Haugen, 2009). Negative følelser som verdiløshet og mislykkethet er noen av følelsene pasienter med demens kan kjenne på. Gjennom aktivitetsrettede tiltak, skal pasientenes mestrings- og selvfølelse fremmes. Når sykepleieren benytter miljøtiltak, er det viktig for pasienter med demens at de får brukt sine ressurser, slik at selvstendigheten kan opprettholdes så lenge det lar seg gjøre. Det samme gjelder for å skape glede og trivsel. Pasientenes forutsetninger brukes for å nå ulike mål med miljøtiltakene (Rokstad & Smebye, 2008). Målet med miljøtiltak er også å hjelpe pasientene med demens til å opprette en kontakt mellom verdenen her og nå, og den verden slik den oppleves for pasientene. Verdenen her og nå kan oppfattes som fremmed og uforstående for pasientene med demens. Når sykepleieren tar tak i kjente erfaringer hos pasientene, kan de skape en base av trygghet, forståelse og en bekreftelse for seg selv (Engedal & Haugen, 2009).

5.0 Mellommenneskelige forhold i sykepleie

I dette kapitlet beskrives Joyce Travelbee sitt syn på sykepleie og viktigheten av kommunikasjon i møtet med pasienter.

5.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Joyce Travelbee sitt syn på sykepleie er at det er en mellommenneskelig prosess. En mellommenneskelig prosess vil si at sykepleien handler om mennesker i ulike situasjoner. Det vil si friske og syke mennesker, deres pårørende, sykepleiere og andre helsearbeidere. I prosessen mellom sykepleier og mennesker skjer det en gjensidig innvirkning som skaper forandringer. Sykepleieren skal blant annet hjelpe mennesker til å forebygge, mestre og finne mening i sykdom og lidelse. Joyce Travelbee ser på mennesket som et unikt individ som er uerstattelig. Hun kritiserer begrepene «pasient» og «sykepleier» da hun mener disse er stereotype og ikke fokuserer det spesielle ved hvert individ (Travelbee, 2001).

I følge Travelbee oppnår sykepleieren sine hensikter og mål ved å opprette et menneske-til-menneske-forhold. Dette forholdet betegnes som en gjensidig prosess, og skapes av både sykepleieren og pasienten. Sykepleieren sees på som drivkraften for å skape og ivareta menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2001).

I prosessen for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold, må sykepleieren og pasienten gjennomgå fem faser. «Det innledende møtet» er første fase og går ut på at sykepleieren møter pasienten. Sykepleieren observerer pasienten, lager seg et bilde og en oppfatning av hvem pasienten er. Pasienten på sin side gjør likedan, og det oppstår ulike følelser i det innledende møtet. Sykepleieren må ha et ønske og en klar vilje om å se på pasienten som et unikt individ. På den måten kan hun se forbi det stereotype ved begrepet «pasient». Pasienten vil da respondere og de går inn i neste fase av et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001).

Neste fase, «fremvekst av identiteter», handler om at sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandres personlighet og identitet. Forskjeller og likheter blir synlige og aksepteres av den

enkelte. Sykepleieren og pasienten skaper en tilknytning og ser hverandre mer som unike individer enn stereotyper (Travelbee, 2001).

«Empati» er tredje fase i menneske-til-menneske-forholdet. Empati betegnes som en bevisst prosess, der sykepleieren og pasienten oppnår en forståelse av hverandres situasjon og mentale tilstand. Både pasienten og sykepleieren bekjenner at det har oppstått en meningsfull kontakt. Like erfaringer og ønsket om å forstå, må ligge til grunn for å oppnå empati. Sykepleieren kan gjennom empati se pasientens indre opplevelser, og dermed forutse pasientens atferd (Travelbee, 2001).

En videreføring av empati er sympati og medfølelse, som er fjerde fase i prosessen for å oppnå et menneske-til-menneske-forhold. Sympati og medfølelse dreier seg om å vise forståelse, å ha et ønske om å hjelpe og ta del i pasientens opplevelser av lidelse. Formidlingen av sympati og medfølelse skjer gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon, og vises gjennom sykepleierens atferd og væremåte. I denne fasen er sykepleieren følelsesmessig involvert, uten å la egne følelser ta overhånd. Når pasienten opplever sykepleieren som trygg, respektfull og til å stole på, vil pasienten føle tillit til sykepleieren (Travelbee, 2001).

Tillit bidrar til at forholdet mellom sykepleieren og pasienten går over til siste fase, som er «gjensidig forståelse og kontakt». I denne fasen har sykepleieren og pasienten bygget opp en nær relasjon, som er et utbytte av interaksjonen i de foregående fasene. Ved gjensidig forståelse og kontakt eksisterer ikke stereotypene sykepleier og pasient. Dermed ser sykepleieren og pasienten hverandre som unike individer. På den måten kan begge sette pris på hverandres personlighet og utvikle seg som mennesker. Travelbee ser på gjensidig forståelse og kontakt som en dynamisk prosess. Den skapes av ulike erfaringer som oppleves i møte og samhandling mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001).

5.2 Kommunikasjon

Joyce Travelbee mener kommunikasjon er nødvendig for å skape et menneske-til-menneske-forhold. Hun mener formålet med kommunikasjonen er å oppfylle pasientens behov ved at sykepleieren blir kjent med det unike hos pasienten. Hun ser på kommunikasjon som et

sentralt hjelpemiddel for sykepleieren. I møtet mellom mennesker handler kommunikasjon om utveksling av meningsfulle budskap mellom to eller flere personer. Travelbee ser på kommunikasjon som en konstant og gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient (Travelbee, 2001).

Kommunikasjonsprosessen innebærer verbal og non-verbal kommunikasjon. Non-verbal kommunikasjon vil si blant annet kroppsspråk, ansiktsuttrykk, blikk, berøring og lukt. Verbal kommunikasjon er det budskapet som overbringes ved ord, muntlig og skriftlig. Holdninger og respekt vises gjennom kommunikasjonen, og følelser formidles ofte med kroppsspråk. Hvordan sykepleieren tolker signalene som mottas fra pasienten, legger basisgrunlaget for et forhold basert på tillit, mistillit, nærhet, avstand, konflikt og samarbeid. Det er viktig at kommunikasjonen og budskapet som kommuniseres forstås av både sykepleieren og pasienten. Travelbee understreker at sykepleierens skal forsøke å skape gjensidig og målrettet kommunikasjon med pasienten. Temaet i samtalen skal være viktig, passe situasjonen og samtalen skal fokusere på de nåværende problemene til pasienten (Travelbee, 2001).

Evnen til å kommunisere er en viktig del av det Travelbee betegner som «terapeutisk bruk av seg selv». Da bruker sykepleieren bevisst sin kunnskap og personlighet for å skape en relasjon til pasienten. Slik kan behovene til den syke møtes og sykepleieren kan dermed hjelpe pasientene til å godta sin situasjon, sykdom og lidelse. Travelbee peker på ulike egenskaper som kreves ved terapeutisk bruk av seg selv, som blant annet engasjement, selvinnsikt, forstå egne og andre menneskers gjerninger og iverksette nyttige tiltak. I følge Travelbee vil man alltid kunne videreutvikle sine kommunikasjonsevner og man blir aldri bli utlært (Travelbee, 2001).

6.0 Funn fra forskning

I dette kapitlet presenteres funn fra forskning. Funnene presenteres i fem underkapitler.

6.1 Betydningen av kompetanse

To av studiene vi har brukt, peker på betydningen av kompetanse for å bedre kvaliteten på demensomsorgen (Rognstad & Nåden, 2011; Rokstad & Vatne, 2011).

Den ene studien viser at personale på sykehjem i Norge etterlyser økt kunnskap og kompetanse for å kunne skape trygghet hos personale, og for å kunne ivareta pasientenes verdighet. Det kommer fram at personale følte seg mislykkede, redde, slitne og maktesløse ved utfordrende atferd hos pasienter med demens. Arbeidsdagene var lite forutsigbare og vaktene på kveld og natt var underbemannet, og dermed ble personale stresset og anspent (Rognstad & Nåden, 2011).

Rokstad & Vatne (2011) viser til Dementia Care Mapping (DCM) som en metode som kan bidra til utvikling av kompetanse hos personale. DCM beskrives nærmere i kapittel 6.3 Betydningen av kartlegging. Økt selvrefleksjon og refleksjon sammen med resten av personale, viser seg å være nødvendig. Refleksjon fører til at personale blir mer sensitive og bevisste på egen atferd i møte og samhandling med pasienter med demens. Personale ønsker tilbakemelding, bekreftelse og anerkjennelse av sin praksis. Dermed vil personale kunne føle seg verdsatt og tryggere i sin praksis, og kunne verdsette og ta pasientene på alvor.

6.2 Betydningen av relasjoner

En studie gjennomført av Smebye & Kirkevold (2013) ser på hvilken betydning ulike forhold mellom sykepleiere og pasienter har på pasientenes følelse av personhood. Dette begrepet beskrives som pasientenes følelse av å være menneske. Følelsen av å være menneske er produktet av forholdet man har til menneskene rundt seg. Det kommer fram i forhold hvor sykepleiere respekterte pasientene, førte det til økt følelse av å være menneske. Dette fordi

sykepleieren tok seg tid til pasientene og møtte deres behov. Bruk av personsentrert omsorg trekkes fram som en tilnæringsmåte for å gjenopprette og bevare pasientenes følelse av personhood. Personsentrert omsorg vil si at sykepleieren ser menneske som et individ med opplevelser og relasjoner, til tross for demenssykdommer.

Hvis sykepleieren kun følger rutiner og fokuserer på sine arbeidsoppgaver, møtes ikke pasientenes behov. Dette kan føre til at pasienter med demens reagerer med utfordrende atferd. Samarbeid mellom sykepleiere viser seg å være en viktig faktor. Dårlig samarbeid og stress farger av på pasientene, som kan føre til utfordrende atferd (Smebye & Kirkevold, 2013).

Edvardsson, Sandman, Nay & Karlsson (2008) viser i sin forskning at arbeidsforhold i sykehjem påvirker relasjonen mellom sykepleiere og pasienter. Studien viser at det er redusert forekomst av utfordrende atferd i institusjoner med lav arbeidsbelastning, i motsetning til institusjoner med høy arbeidsbelastning. Det kommer fram at pasientene som bodde i institusjonene med høy arbeidsbelastning, hadde redusert evne til å utføre dagligdagse aktiviteter, redusert språk- og gangfunksjon. Et positivt miljø i form av vennlighet, ro og velvære rundt pasientene og personale i institusjonene viste seg å skape trygghet. Dermed ble forekomsten av utfordrende atferd redusert.

Dementia Care Mapping viser seg også å kunne bidra til å forbedre sykepleierens tilnæringsmåte og samhandling med pasienter med demens (Brooker et. al., 1998; Rokstad & Vatne, 2011).

6.3 Betydningen av kartlegging

Dementia Care Mapping viser seg å være en kartleggingsmetode som kan forbedre kvaliteten i demensomsorgen, og bidra til forebygging av utfordrende atferd hos pasienter med demens (Brooker et. al., 1998; Chenoweth et. al., 2009; Rokstad & Vatne, 2011). DCM begynner med en observasjonsperiode på seks timer. Pasientenes atferd, aktivitet, humør og engasjement blir kartlagt med tall og koder, samt god og mindre god omsorgspraksis registreres (Brooker, et. al., 1998; Rokstad & Vatne, 2011). Gjennom evaluering av kartleggingen skal sykepleieren få

økt bevissthet over sin atferd, tilnæringsmåte, kommunikasjon og relasjon med pasientene (Rokstad & Vatne, 2011).

Brooker et.al. (1998) viser hvordan DCM kan brukes som en kartleggingsmetode i sykepleien til pasienter med demens. En annen studie sammenlikner bruken av DCM med personsentrert omsorg og vanlig pleie, og hvordan dette påvirker atferden til pasienter med demens (Chenoweth et.al., 2009). En tredje studie forteller om personalets erfaringer med bruk av DCM (Rokstad & Vatne, 2011). Resultatene i studiene viste at DCM førte til økt kompetanse, bevisstgjøring, evaluering og refleksjon over sykepleiepraksisen som ble utført (Brooker et.al., 1998; Rokstad & Vatne, 2011). Dermed gir DCM pasienten positive opplevelser og atferd som isolasjon og apati reduseres (Brooker et. al., 1998).

6.4 Betydningen av kommunikasjon

En fagartikkel tar for seg hvilke ferdigheter man trenger for å oppnå god kommunikasjon med pasienter med demens. Den beskriver ulike kommunikasjonsstrategier som påvirker sykepleier-pasient forholdet, hvordan sykepleieren kan forbedre kvaliteten i pleien og bedre pasientenes livssituasjon gjennom god kommunikasjon. Det trekkes fram at non-verbal kommunikasjon og tilpasning av verbal kommunikasjon er viktig i samhandling med pasienter med demens (Jootun & McGhee, 2011).

En studie viser en sammenheng mellom utfordrende atferd og hvilken kommunikasjonsmåte sykepleieren bruker. En form for kommunikasjon som blir trukket fram, kalles Elderspeak. Den kan sammenlignes med babyspråk og kan dermed oppfattes som nedlatende ovenfor pasienter med demens. Elderspeak inkluderer også bruken av upassende intime kallenavn som «vennen» og «flink jente», samt formuleringer som «nå skal vi bade». Pasientene kan tolke dette som om sykepleieren ikke tror de kan handle selvstendig. Resultatene i studien viser Elderspeak som en hovedfaktor til utfordrende atferd hos pasientene med demens. Det konkluderes med at Elderspeak bør reduseres. Sykepleieren kan dermed møte pasientenes individuelle behov på en bedre måte, samt redusere utfordrende atferd og forbedre kvaliteten på pleien (Williams, Herman, Gajewski & Wilson, 2009).

6.5 Betydningen av tiltak i miljøet

En studie ser på ulike faktorer som påvirker livskvaliteten hos pasienter med demens (Venturato, 2010). To studier ser på ulike tiltak som kan iverksettes for å forebygge utfordrende atferd (Kirkevold & Gonzalez, 2012; Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013).

Venturato (2010) trekker fram måltid som et viktig tiltak for å øke livskvaliteten hos pasienter med demens. Måltider knyttes til minner gjennom lukt, smak og sosialt samvær. I tillegg kan måltider gi muligheter til å øke sosial og fysisk livskvalitet. Dette ved å gi glede, nytelse og bidra til at pasientene føler en tilhørighet. Tilrettelagte måltider som gir en følelse av hjemlig og familiær atmosfære, resulterte i økt deltakelse.

I studien av Ridder et. al. (2013) kommer det fram at individualisert musikkterapi har reduserende effekt på utfordrende atferd hos pasienter med demens. Funn viser at utfordrende atferd ble redusert etter en 6-ukers periode med bruk av musikkterapi som lytting til musikk, sang, dans og andre aktiviteter. Studien anbefaler at personale og pårørende er motiverte for bruken av musikk, ellers vil musikk ikke ha positiv effekt på pasientene. Bruk av musikk førte til en reduksjon av utfordrende atferd, som igjen reduserte utbrenthet hos personale.

En studie gjennomført av Kirkevold & Gonzalez (2012) undersøker og beskriver hvordan bruk av sansehager og terapeutiske hager påvirker pasienter med demens. Sansehager og terapeutiske hager er tilrettelagte hager, med planter og natur. Hagene skal stimulere sanser som syn, lukt og følesans hos pasientene. Det kommer fram at utfordrende atferd og bruk av psykofarmaka ble redusert ved bruk av slike tiltak i miljøet. Pasientene med demens fikk også økt funksjonsnivå og trivsel, samt søvn- og livskvalitet. Det dokumenteres at det er nødvendig med mer forskning innen dette området.

7.0 Hvordan kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens i skjermet enhet på sykehjem?

I dette kapittelet drøfter vi ulike tiltak som sykepleieren kan iverksette for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens. Tiltak som drøftes er Dementia Care Mapping (DCM), kommunikasjon og tiltak i miljøet. Tiltak i miljøet som drøftes er måltid, musikk, bruk av sansehager, massasje og aromaterapi.

7.1 Å kjenne pasientenes reaksjoner

Ved utfordrende atferd hos pasienter demens, er det som i de fleste tilfeller i livet, viktig å ligge på forskudd (Engedal & Haugen, 2009). Det vil si dersom sykepleieren har kjennskap til pasientene og deres reaksjoner, kan sykepleieren se tegn på utfordrende atferd tidlig (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad & Smebye, 2008). I praksis har vi erfart at det er viktig å kjenne til utløsende faktorer til utfordrende atferd og hvordan man skal møte pasientene på en best mulig måte. Travelbee fokuserer på det unike individet og at mennesker er forskjellige på grunn av ulike erfaringer. I følge henne vil ikke to mennesker reagere likt på samme erfaringer (Travelbee, 2001). Kartlegging av hvert individ er derfor, slik vi ser det, nødvendig for å se det unike, faktorer som utløser utfordrende atferd og finne tilpassede tiltak for å forebygge utfordrende atferd. Vi mener dersom sykepleieren ikke kartlegger pasientenes reaksjoner, vil sykepleieren ikke kunne se tegn til utfordrende atferd tidlig. Det vil da være for sent å iverksette forebyggende tiltak og utfordrende atferd kan oppstå.

Chenoweth et. al. (2009) viser til at Dementia Care Mapping har en positiv og reduserende effekt på atferdsmessige symptomer ved demens, i motsetning til vanlig pleie. Individuelle tiltak til pasienter med demens kan redusere utfordrende atferd og DCM brukes til å kartlegge de individuelle behovene. DCM viser seg å føre til positive interaksjoner og aktiviteter på det sosiale plan, og det reduserer isolasjon og passivitet blant pasienter med demens (Brooker, et. al., 1998).

DCM skal utvikle personsentrert omsorg til pasienter med demens (Rokstad & Vatne, 2011). Personsentrert omsorg vil si å gjenopprette og opprettholde følelsen av det å være menneske (Smebye & Kirkevold, 2013). Det betyr at sykepleieren ser mennesket som det er med følelser, ønsker og livserfaringer til tross for demenssykdommene. På den måten kan sykepleieren sikre at pasientene får hjelp ut i fra hvilke individuelle behov de har (Mjørud & Røsvik, 2012; Smebye & Kirkevold, 2013). Dette underbygges, slik vi tolker det, også i Travelbee sin teori om å se det unike i hvert menneske.

Dersom sykepleieren ikke benytter DCM-metoden, kan det slik vi ser det, vanskelig å kartlegge individuelle behov hos pasientene. Hvis sykepleieren ikke møter pasientenes behov og hjelper pasientene ut fra disse, bygger sykepleieren ikke opp under det å være menneske. Dersom sykepleieren ser på pleie til pasienter som en jobb som må gjøres og retter seg etter rutiner, vil pasientenes behov ikke bli tilstrekkelig møtt. Når sykepleieren er stresset og samarbeider dårlig med sine kollegaer, overføres dette på pasientene, som fører til at pasientene kan agere med utfordrende atferd (Smebye & Kirkevold, 2013). Travelbee mener at dersom sykepleieren opplever stress i en arbeidssituasjon, kan sykepleieren fokusere mer på oppgavene som skal gjøres, og dermed overse det syke mennesket som trenger hjelp (Travelbee, 2001).

Vi har erfart at mangel på personale øker arbeidsmengde og arbeidsbelastning, og dermed fører til stress blant personale som er på jobb. I tillegg benyttes ofte vikarer, noe vi mener fører til redusert kontinuitet i omsorgen for pasienter med demens. Vi mener derfor det bør ansette flere sykepleiere i større stillinger slik at arbeidsmengden blir jevnere fordelt. Med større stillinger mener vi, at sykepleieren kan se de individuelle behovene til pasientene og kontinuiteten i pleien kan bevares. Vi setter spørsmålsteget om dette er mulig, fordi vi vet at økonomien i norske kommuner er begrenset, og bruk av vikarer sees på som mer lønnsomt enn fast ansatte sykepleiere. Vi mener likevel at pasienter med demens bør ha faste sykepleiere å forholde seg til, slik at muligheten til en tillitsfull relasjon kan oppstå. Kontinuitet og kjennskap til pasientene bidrar også, slik vi ser det, til at sykepleieren kan reflektere, evaluere og iverksette nye tiltak for å forebygge utfordrende atferd. Rognstad og Nåden (2011) forteller at personalet på skjermede enheter ønsker mer kunnskap om hvordan de skal møte utfordrende atferd for å bedre kvaliteten i omsorgen til pasientene.

Rokstad og Vatne (2011) sier DCM-metoden bidrar til at sykepleieren reflekterer og blir mer bevisst over egen atferd. Det bidrar til at sykepleieren møter pasientene på en endret og mer sensitiv tilnæringsmåte. Pasienter blir utrygge og har økt tendens til utfordrende atferd hvis sykepleieren har lite tid og distanserer seg fra pasientene. Et positivt miljø i form av vennlighet, ro og trygghet rundt pasienter med demens virker forebyggende på utfordrende atferd (Edvardsson, et. al., 2008). Pasientene føler seg mer verdsatt, vel og trives bedre dersom sykepleieren føler seg tryggere og kan reflektere over sin atferd og tilnæringsmåte (Rokstad & Vatne, 2011). Pasienter med demens opplever en større følelse av velvære og trygghet når sykepleieren har den nødvendige kompetansen som trengs i ulike situasjoner. Samtaler og refleksjoner personale seg imellom om ulike utfordringer i arbeidssituasjoner, reduserer stress og utbrenthet (Edvardsson, et. al., 2008).

Vi mener det er nødvendig at sykepleierne får en mulighet til å drøfte utfordringer de møter, og få støtte av andre i personale. En god anledning for dette kan, slik vi ser det, være under evalueringer som foregår i DCM-metoden. Da kan personale reflektere sammen over ulike situasjoner, støtte hverandre og utarbeide tiltak for å møte utfordringene. Jevnlige personalmøter og samtaler i personalgrupper vil også kunne bidra til økt bevissthet over egen atferd hos sykepleiere. Dette vil, slik vi ser det, kunne gi sykepleierne økte kunnskaper om hvordan de kan møte pasientene på en bedre måte.

DCM-metoden er derimot ikke uten ulemper. Metoden kritiseres for tidsbruken og fordi den er ressurskrevende. For å kunne praktisere denne metoden, kreves det sertifisering, som er et tre dagers kurs (Rokstad, 2012). Slik vi ser det kan dette medføre omorganisering av personalet i enheten mens kurset pågår. Personale som er på kurs, må erstattes i enheten. Av erfaring vet vi dette kan være en utfordring med tanke på vaktbytte i forhold til turnus. Vi tenker derfor at kurs og eventuell intern opplæring kan legges til fridager, som personale kan avspasere ved senere anledninger.

Tidsbruken fra forberedelse til tilbakemeldinger til personale i DCM-metoden ligger på tre til fire arbeidsdager (Rokstad, 2012). Vi vet av erfaring fra praksis at pasientenes atferd kan variere ut fra dagsformen. For eksempel har vi erfart at pasienters humør og funksjonsnivå har variert fra dag til dag. En dag opplevde vi at en pasient klarte å spise selv, mens neste dag

måtte sykepleien hjelpe til under måltid. Vi har også opplevd at små endringer i miljøet i avdelingen kan føre til endret atferd hos pasienter med demens. Endringer som blant annet støy, uro i forbindelse med vaktskiftet og mye besøk av pårørende har ført til utfordrende atferd hos pasientene. Vi mener det vil være hensiktsmessig at sykepleieren benytter DCM regelmessig for å fange opp variasjoner i dagsformen hos pasientene. Rokstad (2012) anbefaler at DCM-metoden gjennomføres flere ganger for å øke kvaliteten i demensomsorgen.

Siden DCM bruker tall og koder i kartleggingen av pasientene, vil denne metoden, slik vi ser det, kunne gi utfordringer med tanke på personlig oppfatning av pasientenes humør. En pasient kan oppfattes som glad av en sykepleier, mens en annen kan synes pasienten virker mindre glad. Vi har ikke brukt DCM-metoden i praksis, men et annet kartleggingsverktøy i forbindelse med kartlegging av funksjoner hos pasienter med demens. Vår erfaring er at det er vanskelig å kartlegge pasienter ved bruk av tall. Dette på grunn av at tall ikke alltid er overførbare og korrekte i forhold til pasientenes atferd. I tillegg kan kjennskap til pasientene endre resultatet på kartleggingen. Vi mener at dersom sykepleieren som observatør har dårlig kjennskap til pasientene, kan dette påvirke kartleggingen negativt. Sykepleieren kan mistolke pasientenes humør. Ved å tilbringe tid med pasientene, kan sykepleieren se pasientene som de unike individene de er, og skape et menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 2001). Det vil, slik vi ser det, bidra til å bedre kartleggingen i DCM-metoden og gjøre det enklere for sykepleieren å reflektere over, evaluere og iverksette forebyggende tiltak.

7.2 Å skape kontakt gjennom kommunikasjon

Kommunikasjon er viktig for at mennesker skal kunne gjøre seg forstått, få bekreftelse og føle seg trygge (Jakobsen, 2007). Ved demenssykdommer reduseres ikke behovet for kommunikasjon, til tross for språkvansker. Kommunikasjonsvansker kan derimot føre til utfordrende atferd på grunn av at pasientene har vansker med å forstå og bli forstått (Rokstad & Smebye, 2008; Rokstad, 2010). Utydelig og usammenhengende språk kan føre til at pasientene kan bli vanskelig å forstå for menneskene rundt seg, noe som kan føre til irritasjon og frustrasjon for pasientene (Rokstad, 2010). I praksis har vi sett situasjoner hvor pasienter opplevde utrygghet, frustrasjon og irritasjon på grunn av kommunikasjonsproblemer.

For pasienter med demens vil de kognitive forandringene i hjernen føre til redusert livskvalitet, siden kommunikasjonen og muligheten for livsutfoldelse reduseres (Rokstad & Smebye, 2008). Eide & Eide (2007) sier ved kommunikasjon med pasienter med demens, er det viktig å ha kunnskaper om fysiologiske og psykologiske sider ved sykdommene. Travelbee (2001) mener dersom sykepleieren har kunnskaper om tilstanden og situasjonen pasientene er i, kan sykepleieren i det innledende møtet med pasientene, enklere forstå deres tanker og følelser. Sykepleieren og pasientene blir kjent med hverandres personlighet og identitet, og sykepleieren kan dermed oppfatte, svare og respektere pasientene som de unike individ de er. Ved å ha egenskaper som empati og sympati kan sykepleieren forstå pasientene og forutse deres atferd. På den måten kan sykepleieren og pasientene opprette gjensidig forståelse og kontakt som en del av menneske-til-menneske-forholdet.

Er det derimot mulig for sykepleieren å opprette et menneske-til-menneske-forhold til pasienter med demens? Det kan slik vi ser det, være utfordrende. Dette på grunn av at pasientene har svikt i mentale funksjoner som hukommelse, kommunikasjonsevne og evne til forståelse (Rokstad & Smebye, 2008). Vi mener derfor sykepleieren må være bevisst på sin tilnæringsmåte og kommunikasjon i møtet med pasienter med demens.

For å skape et godt forhold til pasienter med demens, er det viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter (Jootun & McGhee, 2011). Joyce Travelbee understreker dette i sin teori om menneske-til-menneske-forholdet (Travelbee, 2001). En stabil relasjon mellom sykepleieren og pasientene rammet av demens, er nødvendig for at sykepleieren skal oppnå en tillitsfull kommunikasjon (Berentsen, 2010). God kommunikasjon må være preget av åpenhet og tillit. Dette skaper forståelse, fellesskap, nærhet og trygghet. Dårlig kommunikasjon derimot, vil si man ikke får fram budskapet og man er usikker. Dermed kan det oppstå misforståelser, forvirring, uro, utrygghet og mistenksomhet (Rokstad & Smebye, 2008). Vi har erfart at kommunikasjonsvansker kan føre til frustrasjon hos pasienter med demens, og vi har opplevd utfordrende atferd på grunn av dette. Vi har hatt vansker med å forstå pasientene, og pasientene har også hatt problemer med å forstå hva vi ville formidle. Jootun & McGhee (2011) mener at svikt i evnen til å kommunisere, kan medføre angst og frustrasjon hos pasienter med demens. I følge Jotun & McGhee (2011) kan korte og enkle

setninger, samt god tid og tålmodighet, være til hjelp i kommunikasjon med pasienter med mental svikt.

Dersom sykepleieren bruker kommunikasjon som virker umoden og nedlatende, kalt Elderspeak, kan dette føre til utfordrende atferd hos pasienter med demens. Det vil si bruk av babyspråk, upassende kallenavn og setninger som fratrar pasientene sin selvstendighet. Selv om pasientene med demens forstår denne typen kommunikasjon, kan det allikevel føre til utfordrende atferd, da pasientene opplever at deres behov for normal og voksen form for kommunikasjon ikke blir møtt. En reduksjon av Elderspeak, kan føre til en forbedring av pleien. Pasientene føler seg møtt og sett ved bruk av en normal form for kommunikasjon, ikke Elderspeak, som oppfattes som nedlatende (Williams et. al., 2009).

Kroppsberøring er en form for non-verbal kommunikasjon og kan skape trygghet, forståelse og bekreftelse (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 2001). Forskning viser det meste av kommunikasjon skjer non-verbalt, og denne formen for kommunikasjon er viktig i samhandling mellom mennesker (Jootun & McGhee, 2011). For eldre med demens er kroppskontakt viktig ved kommunikasjon (Heap, 2012). Med kroppsberøring kan sykepleieren på kort tid komme nærmere pasientene med demens og oppleve empatisk kontakt (Eide & Eide, 2007; Travelbee, 2001). I praksis har vi erfart at pasienter med demens, kan sette pris på at sykepleieren holder dem i hånden, stryker støttende på skulderen eller gir en støttende arm.

Til tross for at berøring kan skape trygghet og god kontakt, er det ikke alle som liker å bli berørt. Det er individuelt og situasjonsavhengig om berøring oppfattes som positivt eller negativt (Eide & Eide, 2007). I praksis har vi erfart at ikke alle pasienter er komfortable med kroppskontakt. Vi har sett pasienter reagere på en avfeierende måte. Slik vi ser det, kan pasienter avfeie berøring på grunn av negative hendelser tidligere i livet. Vi mener det er viktig at sykepleieren er klar over dette.

I praksis har vi brukt humor for å skape en relasjon og et positiv miljø for pasienter. På den måten kunne vi forebygge utfordrende atferd. Dette spesielt i situasjoner der vi så tidlige tegn til at utfordrende atferd kunne oppstå. Ved å ta i bruk humor, kunne vi endre humøret til pasientene til det positive. Hos noen pasienter derimot førte bruk av humor til negative

reaksjoner, som uro og irritabilitet. Vi oppfattet det som om pasientene ikke forstod humoren i budskapet. Berentsen (2010) forklarer dette med at pasienter med demens kan ha problemer med å forstå humor og ironi, på grunn av sin mentale svikt.

7.3 Å skape trygghet gjennom tiltak i miljøet

Dagligdagse aktiviteter er naturlige tiltak i miljøet til pasienter med demens (Rokstad & Smebye, 2008). Demenssykdommene påvirker pasientenes evne til å ta del i aktiviteter. Pasientene kan ha et sterkt ønske om å delta, men kan mangle den oversikten og innsikten som trengs. Dette kan føre til at pasientenes aktivitet virker unaturlig og kaotisk. I følge Travelbee er sykepleierens oppgave å finne muligheter og måter til å skape forandring i pasientenes situasjon. Med dette mener hun forandringer som kan hjelpe pasientene med å forebygge, mestre og finne mening i sykdom (Travelbee, 2001). Ved å iverksette aktivitetsrettede tiltak, mener vi sykepleieren kan skape slike forandringer og forebygge utfordrende atferd.

For å tilpasse og tilrettelegge aktiviteter for pasienter med demens, er det viktig at sykepleieren kartlegger pasientenes interesser, behov for aktiviteter og bistand til disse. I tillegg til å iverksette aktiviteter, er det viktig at sykepleieren legger inn pauser under aktivitetene. Slik kan pasientenes behov for hvile ivaretas (Holthe, 2009). Sykepleieren må være motivert, engasjert og ha tro på aktivitetene som utføres, for at de skal ha en positiv effekt for pasientene (Rokstad & Smebye, 2008; Travelbee, 2001). Målet med aktiviteter er å gi pasientene opplevelse av mestring, gi innhold og opplevelser i hverdagen, styrke ressurser, skape tilhørighet, glede og trygghet (Rokstad & Smebye, 2008). Aktiviteter som måltider, bruk av musikk, bruk av sansehager, massasje og aromaterapi, kan gi mestringsfølelse, trivsel, og kunne forebygge utfordrende atferd (Berentsen, 2008).

7.3.1 Måltid

Å spise er en av de første innlærte ferdighetene vi som mennesker får, og vi spiser flere ganger om dagen. Denne ferdigheten er derfor som regel lengst bevart til tross for langtkommet demens (Holthe, 2009). På grunn av den kognitive svikten ved demens, kan

pasienter ha vansker med å huske og spise, samt å få i seg nok mat. Måltider er derfor tiltak i miljøet som brukes aktivt. Denne aktiviteten gir en god mulighet til borddekking, samt mat og drikke i sosialt samvær. Disse faste innslagene i hverdagen gir både en følelse av velvære og glede til de fleste pasientene (Rokstad & Smebye, 2008).

Måltidene bør finne sted i samme rom, på samme plass og med de samme pasientene rundt bordet (Berg, 2009). Antallet pasienter rundt hvert bord bør ikke overskride åtte. På den måten kan pasientene med demens lettere gjenkjenne situasjonen og ansikter. Ved å sitte med de samme pasientene, rundt samme bord ved hvert måltid, gir dette pasientene en mulighet til å føle seg som en del av et sosialt og trygt fellesskap. Dette skaper trivsel og matlyst (Rokstad & Smebye, 2008). Spisebordet bør være plassert i nærheten av et kjøkken. På den måten øker det forventninger til at maten skal komme på bordet, og pasientene kan lettere hjelpe til med dekking og rydding av bord ved måltidene. Oppdekking av bordet bør være mest mulig oversiktlig og likt hver dag. Sykepleieren bør tilrettelegge måltidene slik at pasientene opplever mestring (Berg, 2009; Rokstad & Smebye, 2008).

Travelbee mener sykepleieren skal hjelpe pasienter med å mestre erfaringer de har med sin sykdom, og det kan sykepleieren gjøre gjennom sine handlinger (Travelbee, 2001). Mestringsfølelse oppstår blant annet dersom pasientene kan spise på egenhånd (Berg, 2009). Ved demens kan pasientene ha behov for tilrettelegging og hjelp under måltider. Sykepleieren må ta utgangspunkt i hver enkelt pasients forutsetninger, og støtte og oppmuntre der det trengs (Berg, 2009; Rokstad & Smebye, 2008). Pasientene må også få tid til å spise måltidene i sitt eget tempo. Dermed har de ro til å gjennomføre mest mulig selv. På den måten kan pasientene oppleve en følelse av kontroll og mestring (Rokstad & Smebye, 2008, Venturato, 2010). Dersom pasientene derimot ikke klarer å spise selv kan det føles som et nederlag og traumatiserende, da de andre pasienter rundt bordet kan føles som tilskuere (Berg, 2009; Rokstad & Smebye, 2008). Vi mener at sykepleieren må tilrettelegge slik at pasientene opplever mestring. Ved å oppleve mestring er sjansene, slik vi ser det, mindre for at utfordrende atferd oppstår.

Måltider gir en god mulighet for sosialt samvær og mellommenneskelig kontakt (Venturato, 2010). Når sykepleieren setter seg ned sammen med pasientene under måltidene, vil det kunne hjelpe pasientene til å føle seg sett, møtt og skape trygghet (Berg, 2009). En positiv

atmosfære under måltidene, vil gi pasientene økt matlyst og trivsel (Rokstad & Smebye, 2008). Hvis det derimot er mange pasienter rundt det samme bordet, samt mye støy og annen aktivitet i rommet, kan det gjøre måltidene uoversiktlige. Usikkerhet, uro, forvirring og utrygghet blant pasientene kan bli en konsekvens av dette, og føre til utfordrende atferd (Berg, 2009). I slike tilfeller kan pasientene, slik vi ser det, bli overstimulert fordi de har vansker med å holde oversikt på grunn av sin mentale svikt.

7.3.2 Musikk

Musikk er et aktivitetsrettet miljøtiltak som sykepleieren kan ta i bruk (Rokstad & Smebye, 2008). Musikk stimulerer alle deler av hjernen. Dette gjelder også hos pasienter med demens, til tross for deres mentale svikt (Berentsen, 2008; Sløgedal, 2009). Musikken skal redusere stress, angst og uro hos pasientene og gi positive opplevelser, trygghet, framkalle minner og føre til sosial deltakelse. Sykepleieren kan synge eller lytte til musikk sammen med en gruppe pasienter eller alene med pasienten (Rokstad & Smebye, 2008).

Musikk kan hjelpe pasienter til å ta i bruk gjenværende ressurser til tross for demenssykdommene. Dersom pasienter får brukt sine ressurser som instrumentelle ferdigheter, rytmer og sang, kan dette gi pasientene en følelse av mestring og skape gode øyeblikk. Samtidig øker muligheten for kommunikasjon og gode relasjoner. For pasienter med demens kan det være lettere å uttale ord i sang enn i samtaler. Bruk av musikk, rim og rytmer, kan hjelpe pasientene til å opprettholde sitt verbale språk, fordi musikk aktiviserer hele hjernen (Larsen, 2012).

I praksis har vi erfart at ved å sette på musikk som var gjenkjennbar hos pasientene, vekket det minner. Pasientene ble glade, sang med og ble mer sosiale. Larsen (2012) sier musikkstunder kan hjelpe pasienter som ellers er skeptiske til fremmede, til å føle tillit og trygghet til andre i miljøet. Berentsen (2008) mener når pasienter kjenner igjen sanger og kan synge med, kan dette gi pasientene en følelse av mestring. Jevnlig bruk av musikk viser seg å ha en reduserende effekt på utfordrende atferd hos pasienter med demens. Det anbefales derfor at musikk blir inkludert i hverdagen til pasientene (Ridder et. al., 2013).

Til tross for at musikk har positive innvirkning på de fleste pasienter, kan musikk føre til mer

stress og uro hos andre. For noen pasienter med demens kan musikk bli for mye lyder og derfor bli uforståelig. Dette kan igjen skape ubehag og uro hos pasientene (Berentsen, 2008; Larsen, 2012). Vi mener at ubehag og uro kan føre til utfordrende atferd, og at sykepleieren derfor må være oppmerksom på at det er individuelt hva slags musikk pasientene liker. Pasientenes hørsel kan også være redusert. Erfaringer vi har gjort i praksis er at volumet må tilpasses i forhold til høreapparatene til pasientene. Hvis volumet er for lavt kan de ha problemer med å oppfatte musikken, og slik vi ser det, kan dette virke forstyrrende og skape uro hos pasientene.

Aktivitetsnivået hos pasienter kan øke ved bruk av rytmisk musikk, mens rolig og langsom musikk kan redusere aktivitetsnivået, og dermed føre til avspenning (Berentsen, 2008). Stress, angst og uro kan motvirkes ved at musikk kan bidra til å bearbeide vonde opplevelser og følelser hos pasientene. Sykepleieren bør velge musikk som er kjent for pasientene og skaper trygghet. Musikken bør være rolig og uten sangtekst, slik som klassisk musikk. Pasientene kan lettere slappe av da de ikke bruker energi på å forstå ordene i musikken (Rokstad & Smebye, 2008). Hvis musikk spilles over lengre tid kan dette føre til overstimulering hos pasientene (Berentsen, 2008; Larsen, 2012). Konsentrasjonen hos pasienter med demens begrenser seg til 20-30 minutter. Sykepleieren må finne en balanse mellom bruken av musikk og stillhet. Det er derfor viktig at musikken ikke står på for lenge og varigheten på stillhet ikke blir for lang, da dette igjen kan skape uro (Larsen, 2012; Sløgedal, 2009).

7.3.3 Sansehager

Sansehager er spesielt tilrettelagte hager som ofte er i tilknytning til en skjermet enhet (Rokstad & Smebye, 2008). Sansehager skal stimulere sansene til pasienter med demens ved å utfordre og styrke pasientene fysisk og psykisk. Sansehager skal gi muligheter for sosialt samvær, gi en følelse av gjenkjenning, men også være et sted der pasientene har muligheter for ro. I hagene kan pasientene slappe av, nyte rolige stunder, dyrke grønnsaker og plante blomster. Sanseopplevelsene kan få fram minner og hendelser som pasientene har opplevd tidligere (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007; Kirkevold & Gonzalez, 2012).

Vi mener sykepleieren bør ta ansvar for å gi pasientene tilgang til sansehager. Kirkevold & Gonzalez (2012) viser til at holdninger hos sykepleieren og annet personale er avgjørende for

om pasientene får bruke sansehager og om de har glede av dem. Da demenssykdommene fører til redusert kontroll over eget liv og endrede mentale funksjoner, er bruk av sansehager en god mulighet for glede og livsutfoldelse (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007; Kirkevold & Gonzalez, 2012). Grønne omgivelser reduserer stress og hindrer utfordrende atferd, og det er derfor viktig at sykepleieren bruker sansehager aktivt. Sansehager kan redusere følelser av tap over tapte funksjoner og gi pasientene en opplevelse av mestring. Dette bidrar til økt selvbilde hos pasientene (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007).

Sansehager kan gi pasientene mulighet til å aktiviseres og dermed oppleve mestring og økt livskvalitet. Gamle gjenstander kan plasseres ulike steder i hagene for å vekke minner hos pasientene (Rokstad & Smebye, 2008). Vi tenker at gamle gjenstander kan være utstyr og redskaper som blant annet ble brukt under tømmerhugging og jordbruk. Ved at pasientene gjenkjenner gjenstander i hagene, gir det pasientene en identitet og tilhørighet, samt glede. Gjennom gjenkalling av minner, kan sykepleieren påvirke pasientene positivt ved å minne pasientene på sin tidligere selvtillit og kunnskap. Dette kan gi en økt selvfølelse hos pasientene (Berentsen, 2008; Rokstad & Smebye, 2008).

På den andre siden kan for mange sanseintrykk på samme tid øke forvirringen og utryggheten til pasienter med demens. Sansehager må være avgrenset fra forstyrrende arealer som parkeringsplasser, veier og hovedinngangen på enheten. Hvis ikke dette tas hensyn til, kan det føre til at pasientene blir forvirret, går seg bort i hagene, eller forviller seg ut av hagene (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Vi mener derfor det er viktig at sykepleieren er bevisst på slike faktorer, og tar hensyn til dette ved bruk av sansehager sammen med pasienter.

Når sansehager er i tilknytning til skjermede enheter, kan de enkelt tas i bruk av personale, beboere, pårørende og andre besøkende. I hagen kan ulike aktiviteter foregå gjennom hele året. Eksempler på dette er hageselskap, kaffeselskap, gåturer, hagestell og snømåking (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007; Rokstad & Smebye, 2008). Når det er mange som bruker en sansehage på samme tid, har vi erfart stress og utfordrende atferd hos pasienter. Bruken av hagen virker dermed mot sin hensikt. Sykepleieren må tilrettelegge bruken av sansehager, for å unngå for mye aktivitet på samme tid (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007).

Til tross for anbefalinger om å ha skjermede enheter i tilknytning til sansehager, er det ikke alltid slik. Av alle praksisplasser vi har vært på, har det bare vært sansehage på et av stedene. På skjermede enheter hvor det ikke er sansehager, kan sykepleieren derimot bruke parker eller annen nærliggende natur som en erstatning (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Slik vi ser det, er det viktig at eksisterende og fremtidige skjermede enheter får tilgang til sansehager som et tilbud til pasienter med demens. Siden *Demensplan 2015* fokuserer på å utvikle demensomsorgen, herunder botilbudet til personer med demens, mener vi sansehager bør være en del av denne utviklingen. Etter vår mening bør sykepleieren ha kunnskaper om hvilken effekt bruken av sansehager har på pasienter med demens. Slik kan sykepleieren være med å påvirke utviklingen av fremtidige botilbud, og bidra til etablering av sansehager.

7.3.4 Massasje og aromaterapi

Alle mennesker har behov for fysisk kontakt som blant annet berøring (Rokstad & Smebye, 2008). Sykepleieren kan bruke berøring som en overføring av sin omsorg til pasientene (Travelbee, 2001). Ved berøring kan sykepleieren oppnå og bevare kontakt, samt å gi pasientene en form for bekreftelse og trygghet (Rokstad & Smebye, 2008; Storjord, 2012). Sykepleieren kan bruke berøring bevisst i form av massasje til pasienter med demens. Massasje kan utføres på blant annet hender, føtter og ansikt. Under massasje kan essensielle oljer brukes med duft av for eksempel lavendel (Rokstad & Smebye, 2008; Storjord, 2012). Rokstad & Smebye (2008) mener massasje og aromaterapi kan ha en forebyggende effekt på utfordrende atferd.

Når sykepleieren gir massasje til pasienter, kan dette gi pasientene en følelse av avspenning og velvære, samt redusere stress. Dersom sykepleieren velger å bruke oljer under massasje, kan lukten av essensielle oljer vekke behagelige og gode minner hos pasientene. Lavendelolje brukes ofte som beroligende olje (Rokstad & Smebye, 2008). Dersom sykepleieren ikke har oljer tilgjengelig, har vi erfart at kremer med og uten duft kan brukes.

I praksis har vi erfart at pasienter med utfordrende atferd ble beroliget av berøring og massasje. Pasientene som ble massert ga uttrykk for tilfredshet og velvære. I tillegg har vi sett at pasienter som fikk massasje, responderte med berøring og på den måten søkte kontakt med

oss. Vi tenker massasje kan utføres i forbindelse med stell og dusj, samt på ettermiddag for å skape ro og trygghet før kvelden.

Derimot er det ikke sikkert alle pasienter ønsker denne type kroppskontakt og nærhet. Alle mennesker har ei grense rundt seg. Innenfor denne grensen er det personlige rom og det er individuelt hvor nærme fremmede kan tilnærme seg denne (Storjord, 2012). Demenssykdommer reduserer evnen til å tolke sanseinntrykk. Aldring og pasientenes sykdom kan føre til endringer av det personlige rom (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2010). Det kan derfor være fare for at sykepleierens berøring kan feiltolkes, og virker truende for pasientene. Usikkerhet kan avspeiles i sykepleierens håndlag. Pasientene med demens kan feiltolke berøringen, og det er derfor viktig at sykepleieren er oppmerksom på å bruke et fast og besluttsomt håndlag (Storjord, 2012).

Våre erfaringer er at sykepleieren må være oppmerksom på hvordan pasientene reagerer på berøring. Vi har opplevd at noen pasienter ikke liker denne typen nærkontakt og kan reagere avfeieende. I tillegg kunne pasienter reagere med utfordrende atferd hvis massasjen varte for lenge og førte til overstimulering. Slik vi ser det må sykepleieren finne en balanse mellom ikke for lite og ikke for mye berøring.

8.0 Konklusjon

For sykepleiere er atferds- og psykologiske symptomer som irritabilitet, aggressivitet, slåing og motorisk uro, utfordrende å møte. Denne atferden hos demensrammede fører til stress, engstelse og en følelse av mislykkethet blant sykepleiere. På grunn av dette får sykepleieren ikke møtt pasientenes behov på en tilstrekkelig måte. Derfor er kunnskaper om demenssykdommene, symptomer og utløsende årsaker til utfordrende atferd hos denne pasientgruppen, viktig.

I denne oppgaven har vi satt fokus på ulike tiltak sykepleieren kan iverksette for å forebygge utfordrende atferd. Tiltak som kartlegging, kommunikasjon for å skape kontakt, og ulike aktiviteter som måltider, musikk, bruk av sansehager samt massasje og aromaterapi, har vist seg å være forebyggende på utfordrende atferd hos pasienter med demens. Det er viktig at sykepleieren vet om de positive og negative konsekvensene av tiltakene, og finner en balanse mellom for mye og for lite stimuli. Det fysiske og sosiale miljøet rundt pasientene må tilrettelegges slik at pasientene kan oppleve mestring, trygghet og økt livskvalitet.

Sykepleieren må være oppmerksom på at demens er sammensatte sykdommer. Det er alltid viktig å iverksette tiltak som er tilpasset til den enkelte pasienten. Tiltak som virker forebyggende hos en pasient, trenger ikke å ha samme effekt hos andre pasienter. Ved å være motivert og iverksette tilpassede tiltak som er drøftet i oppgaven, kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd.

Slik vi ser det, kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd på mange måter, men det vil alltid være en utfordring. Atferdsmessige og psykologiske symptomer er en del av demenssykdommene. Vi mener derfor at det ikke kan regnes som bevisste handlinger.

Etter vår mening må sykepleieren ha kunnskaper og kompetanse for å være trygg på seg selv. Dermed kan sykepleieren møte hver enkelt pasient på en god måte, og forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

Referanseliste

* Berentsen, V. D. (2008). Demensboka: Lærebok for pleie og omsorgspersonell. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 46)

* Berentsen, V. D., Grefsrød, E.-E. & Eek, A. (2007). *Sansehager for personer med demens: Utforming og bruk*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 75)

* Berg, G. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Måltider som aktivitet. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 12)

* Brooker, D., Foster, N., Banner, A., Payne, M. & Jackson, L. (1998). The efficacy of Dementia Care Mapping as an audit tool: report of a 3-year British NHS evaluation. *Aging & Mental Health* 2(1), 60 – 70. (antall sider: 10)

* Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Normann, R., Haas, M. & Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomized trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317 – 325. [http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(09\)70045-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(09)70045-6). (antall sider: 8)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (antall sider: 50)

* Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R. & Karlsson, S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4), 764 - 776. <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610208006716>. (antall sider: 12)

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (antall sider: 70)

* Engedal, K. (2010a). *Studiehefte - Demensomsorgens ABC: Demens og Alzheimers sykdom. Perm 1.* (3. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse (antall sider: 20)

* Engedal, K. (2010b). *Studiehefte - Demensomsorgens ABC: Andre demenssykdommer. Perm 1.* (3.utg.). Tønsberg: Forlaget for Aldring og helse (antall sider: 16)

* Engedal, K. (2008). *Lærebok: Alderspsykiatri i praksis* (2.utg). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 21)

* Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse (antall sider: 124)

* Engedal, K. & Wyller, T. B. (Red.) (2003). *Aldring og hjernesykdommer*. Oslo: Akribe AS (antall sider: 40)

* Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer: Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk (antall sider: 55)

Heap, K. (2012) *Samtalen i eldreomsorgen: Kommunikasjon – minner – kriser – sorg*. (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget (antall sider: 51)

* Helse- og omsorgsdepartementet (2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidas omsorgsutfordringer* (St.meld.nr.25, 2005 - 2006). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/Rpub/STM/20052006/025/PDFS/STM200520060025000DDDPD FS.pdf> (antall sider: 10)

* Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Lokalisert på http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf (antall sider: 8)

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling, på rett sted, til rett tid* (St.mld. nr. 47, 2008 - 2009). Lokalisert på

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

(antall sider: 10)

* Holthe, T. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Aktiviteter. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 12)

* Holthe T. & Berentsen, V. D. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Godt bomiljø. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse (antall sider: 10)

Hummvoll, J. K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (7.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (antall sider: 30)

* Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (antall sider: 63)

* Jootun, D. & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25), 40-46.
<http://dx.doi.org/10.7748/ns2011.02.25.25.40.c8347>

(antall sider: 7)

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff A. H. (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk (antall sider: 42)

* Kirkevold, M. & Gonzalez M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens: En scoping review. *Sykepleien Forskning* 7(1), 52-64.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleieinf.2012.0029> (antall sider: 13)

* Langballe, E. M. & Hånes, H. (2013). *Demens – faktaark*. Lokalisert 14.01.14 på
<http://www.fhi.no/tema/eldres-helse/demens>

* Larsen, R. M. M. (2012). *Studiehefte 7: Demensomsorgens ABC: Miljøbehandling: Bruk av musikk*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 21)

* Mjørud, M. & Røsvik, J. (2012). *Studiehefte 1: Demensomsorgens ABC: Miljøbehandling: Før du starter: Personsentrert omsorg for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 5)

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. § 1-3. (2014). Lokalisert på <http://lovdata.no>

* Prince, M, Prina, M. & Guerchet, M. (2013). *World Alzheimer Report 2013*. Lokalisert på <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2013.pdf> (antall sider: 10)

* Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health* 17(6), 667 – 678. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926> (antall sider: 12)

* Rognstad, M.-K. & Nåden, D (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen: Pleieres perspektiv. *Nordisk sykeplejeforskning* 1(2), 143 – 155. Lokalisert på <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/02/art06?mostRead=true> (antall sider: 13)

* Rokstad, A. M. M. (2010). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Atferdsendringer hos personer med demens. Perm 1*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 6)

* Rokstad, A. M. M. (Red.) (2012). *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling: Demensplan 2015*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 25)

* Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS (antall sider: 181)

* Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2011). Dementia Care Mapping: En mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning* 6(1), 28 – 34. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0043> (antall sider: 7)

* Selbæk, G. (2008). *Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia in Norwegian Nursing-homes: Prevalence, course and association with psychotropic drug use*. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo Unipub (antall sider: 5)

* Sløgedal, I. (2009). *Studiehefte: Demensomsorgens ABC: Musikk, bevegelse og avspenning*. Perm 2. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 25)

* Smebye K. L. & Kirkevold, M. (2013). The influence og relationships on personhood in dementia care: a qualitive, hermeneutic study. *BMC Nursing 12*(29), 1-13.
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-12-29> (antall sider: 14)

Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Glemsk, men ikke glemt!: Om dagens situasjon og framtid utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (Rapport 08:2007)
Lokalisert på
http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/ShDir_DemensRapport_KORR4.pdf (antall sider: 15)

* Storjord, M.-B. (2012). *Studiehefte 8: Demensomsorgens ABC: Miljøbehandling: Sansestimulering*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (antall sider: 5)

* Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (antall sider: 287)

* Venturato, L. (2010). Dignity, dining and dialogue: Reviewing the literature on quality of life for people with dementia. *International Journal of Older People Nursing 5*(3), 228 – 234.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00236.x> (antall sider: 7)

* Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B. & Wilson, K. (2009). Elderspeak Communication: Impact on Dementia Care. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 24*(1), 11 – 20. <http://dx.doi.org/10.1177/1533317508318472> (antall sider: 10)

Antall sider med selvvalgt litteratur: 1195