



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelse

Lene Løvlien Håkonsen og Ida Bjerke Larsen

Veileder: Liv Bekkeli.

4BACH

Sykepleie til mennesker med frontallappsdemens.

Nursing to people with frontal lobe dementia.

Antall ord: 13676

Bachelor i sykepleie, BASY2012.

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tittel:

Sykepleie til mennesker med frontallappsdemens.

Hensikt:

Ved frontallappsdemens oppstår atferdsmessige og psykologiske symptomer, som kan føre til utfordrende atferd. Hensikten med denne oppgaven er å finne sykepleietiltak som kan bidra til å forebygge den utfordrende atferden.

Problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos mennesker med frontallappsdemens som bor i skjermet enhet på sykehjem?»

Metode:

Dette er en litteraturstudie som baserer seg på relevant faglitteratur og forskning. I tillegg benytter vi egne erfaringer underveis. Vi anvender et oppdiktet case for å vise vår forståelse av litteraturen.

Resultat/konklusjon:

Ulike tiltak kan forebygge utfordrende atferd hos mennesker med frontallappsdemens. Dette kan være kartlegging, kommunikasjon, grensesetting, bruk musikk og sansehage. For at tiltakene skal ha effekt på den utfordrende atferden, er det viktig at de er tilpasset hvert enkelt individ. Det ses på som betydningsfullt at sykepleierne har tilstrekkelig med kunnskap, for å kunne møte pasientene på en god måte uten å føle redsel.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Presentasjon av problemstilling	5
1.3 Presentasjon av case	6
1.4 Oppgavens presiseringer og avgrensninger.....	6
1.5 Oppgavens disposisjon.....	7
2.0 Metode	9
2.1 Søkestrategi	9
2.1.1 Bøker	9
2.1.2 Artikler	10
2.2 Kildekritikk	11
2.2.1 Bøker	11
2.2.2 Artikler	12
2.3 Etske overveielser	13
3.0 Teori	14
3.1 Joyce Travelbees teorigrunnlag.....	14
3.1.1 Menneske-til-menneske-forholdet	14
3.2 Redegjørelse om demens.....	16
3.3 Redegjørelse om frontallappsdemens.....	17
3.3.1 Kognitive Symptomer	17
3.3.2. Atferdsmessige og psykologiske symptomer.....	19
3.4 Utfordrende atferd	21
3.5 Forebygging	22
4.0 Funn fra forskning	23
4.1 Sykepleie til mennesker med frontallappsdemens	23

4.2 Dementia care mapping.....	23
4.3 Bruk av musikk og sansehage	24
5.0 Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos mennesker med frontallappsdemens som bor i skjermet enhet på sykehjem?	25
5.1 Kartlegging av Alfreds utfordrende atferd	25
5.1.1 Dementia care mapping som kartleggingsverktøy	26
5.2 Gjennomføring av sykepleietiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Alfred.....	28
5.2.1 Kommunikasjon	29
5.2.2 Grensesetting	33
5.2.3 Musikk.....	37
5.2.4 Sansehage	39
5.3 Evaluering av sykepleietiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Alfred.....	41
6.0 Konklusjon.....	43
7.0 Referanseliste	45
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	

1.0 Innledning

Det er rundt 70 000 mennesker i Norge som har sykdommen demens (Folkehelseinstituttet [FHI], 2015). Flesteparten har passert 65 år (Engedal & Haugen, 2009). Demens regnes som en folkesykdom i Norge. Befolkningen vår lever stadig lengre, og dette resulterer i at flere mennesker rammes av demenssykdom (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2014). Helsedirektoratet (2014) skriver at omtrent 135 000 nordmenn vil ha sykdommen i 2040.

Av de som rammes av demens, får rundt 5 prosent av disse personene frontallappsdemens (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2014). Frontallappsdemens kan gi symptomer som ukritisk atferd og mangel på impuls kontroll, som kan føre til utfordrende atferd (Engedal & Haugen, 2009). I følge Rokstad og Smebye (2008) sier Selbæk, Kirkevold og Engevold (2007) at 72 % av pasientene i en studie fra norske sykehjem har symptomer som kan føre til utfordrende atferd. Dette viser at utfordrende atferd og demenssykdom er en aktuell problemstilling som sykepleiere møter på norske sykehjem.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi valgte dette temaet fordi det er noe vi begge interesserer oss for, og begge har yrkeserfaring fra demensomsorgen. Vi har gjennom våre erfaringer opplevd at det er viktig med gode kunnskaper og forståelse da man skal samhandle med pasienter med demenssykdom. Vi føler at å jobbe i demensomsorgen har fått en dårligere status sammenlignet med mange andre pasientgrupper. Vi har erfart at å jobbe med mennesker med demens er både givende og lærerikt. Det krever mye av deg til tider, men gir også mye tilbake. Vi valgte frontallappsdemens på grunn av at det er en gruppe i mindretall, som likevel krever fagkunnskaper for å møtes på en god måte. Samtidig gir det oss muligheten til å øke egne fagkunnskaper om pasientgruppen.

1.2 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av dette har vi valgt følgende problemstilling: «Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos mennesker med frontallappsdemens som bor i skjermet enhet på sykehjem?»

1.3 Presentasjon av case

Vi velger å basere oppgaven på en case. Den er skrevet om en fiksjonsperson, altså en person vi har funnet opp. Det er ut fra hvordan vi ser for oss en person med frontallappsdemens kan være.

Alfred er en mann på 75 år, som bor på en skjermet enhet på et sykehjem. Han har diagnosen frontallappsdemens, og har tidvis utfordrende atferd. Han blir raskt irritert på personalet og medpasienter. Han kan skjelle de ut i situasjoner hvor det oppstår uenighet eller misforståelser. Han kan bli voldelig i form av slag, spark, spyting og kasting av gjenstander. Dette oppstår som regel i stellesituasjoner og ved overstimulering. Alfred kan ha en ukritisk væremåte i forhold til hvordan han opptrer i samvær med andre. Som eksempel kan han komme med sårende kommentarer. Han har hyperoralitet i forhold til mat og drikke, og kaster ofte opp etter inntak. Alfred har langkommen frontallappsdemens, som betydelig svekker hans hukommelse og forståelsesevne. Alfred er gift og har tre voksne barn og flere barnebarn. Han er tidligere tømmer, og har alltid vært glad i å ha noe å gjøre. Han har likt å dra på skogs- og fisketurer. Alfred er glad i alle slags dyr. Når han har sluppet av, så har han satt pris på countrymusikk.

1.4 Oppgavens presiseringer og avgrensninger

Vi har valgt å ha fokus på eldre mennesker med frontallappsdemens, altså de over 65 år. Frontallappsdemens kalles også frontotemporal demens, men vi velger begrepet frontallappsdemens. Vi baserer oppgaven på at pasientene er etnisk norske. Pasientene vi skriver om, befinner seg i skjermet enhet på norske sykehjem. En skjermet enhet er en tilrettelagt enhet med maks 8 beboere (Engedal & Haugen, 2009). Våre egne erfaringer tilsier at det finnes noen forskjeller på den typiske atferden til menn og kvinner med utfordrende atferd. Vi opplever at menn i størst grad tyr til fysisk utagering, mens kvinner oftere kan utagere verbalt. Vi har derfor valgt at casen omhandler en mann, og at det er fokus på fysisk utagering som slag og spark ved utfordrende atferd.

En del litteratur kan bruke begrepet helse- og pleiepersonell om hvem som yter helsehjelp. Vi velger å bruke begrepet sykepleier. Dette er mest aktuelt for oss, da det er dette vi utdanner oss spesifikt til. Vi kommer til å ha fokus på sykepleiernes ansvarsområder, og hva

sykepleierne kan gjøre for å hindre at utfordrende atferd oppstår. Fokus er på sykepleierens forebyggende funksjon, og i det legger vi å minske forekomsten av utfordrende atferd.

Vi bruker Joyce Travelbee sin sykepleieteori som teoretisk referanseramme. Dette er fordi vi mener at Travelbee (2001) sine meninger om å se mennesket bak en sykdom, og å danne et mellommenneskelig forhold er relevant for det temaet vi har valgt.

Når vi omtaler mennesker med frontallapspdemens i oppgaven, vil vi bruke begrepet pasient. En pasient defineres i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) som: «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfellet». Joyce Travelbee (2001) stiller seg kritisk til bruk av begrepet pasient. Hun mener det er stigmatiserende, og at det viktigste er å se individet som mottar helsehjelp. Vi velger likevel å bruke begrepet «pasient» om den som mottar helsehjelpen, da dette er hva vi er vant med fra tidligere praksis- og yrkeserfaring.

Vi ønsker å legge vekt på miljøterapeutiske tiltak, og kommer derfor ikke til å fokusere på tiltak knyttet til bruk av legemidler. Vi har lite fokus på bruk av tvang og makt for å yte helsehjelp, og vektlegger forebyggende tiltak ved utfordrende atferd.

1.5 Oppgavens disposisjon

Kapittel 1.0 omhandler en innledning som beskriver bakgrunn for valg av tema, presentasjon av problemstilling, case og oppgavens presiseringer og avgrensinger.

Kapittel 2.0 er et metodekapittel. Her forklarer vi hva metode er og hvilken metode vi har benyttet i vår besvarelse. I tillegg beskriver vi søkestrategi, kildekritikk og etiske overveielser.

Kapittel 3.0 er teoridelen hvor vi presenterer ulike teori knyttet til oppgavens problemstilling. Først vil vi presentere Joyce Travelbees sykepleieteori, med fokus på dannelse av et menneske-til-menneske-forhold. Videre redegjøres det for demens generelt og frontallapspdemens.

Kapittel 4.0 presenterer funn fra forskning.

Kapittel 5.0 drøfter ulike tiltak som kan forebygge utfordrende atferd. Her vil vi bruke teorien, forskningen og egne praksiserfaringer.

Kapittel 6.0 er konklusjonen. Her oppsummerer vi hva vi har funnet ut i forhold til problemstillingen.

Kapittel 7.0 er en referanseliste som viser hvilken litteratur som er benyttet i besvarelsen av oppgaven.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil vi beskrive prosessen for hvordan vi har funnet frem til den litteraturen som er benyttet i vår besvarelse. Det vil inneholde søkestrategi, kildekritikk og etiske overveielser.

Vilhelm Aubert definerer metode som: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland, 2012, s. 111). En metode er verktøyet vi har brukt for å finne frem til relevant litteratur til å besvare problemstillingen vår.

Denne oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at den baserer seg på allerede publisert litteratur. Dalland (2012) sier at den litteraturen som velges skal være gyldig, og kunne besvare oppgavens problemstilling. Det skal også fremkomme hvorfor den bestemte litteraturen er valgt. Vi har benyttet oss av pensumlitteratur, selvvalgte bøker, vitenskapelige og fagartikler og egne erfaringer. Selvvalgt litteratur er merket med (*) i referanselisten.

2.1 Søkestrategi

I dette underkapitlet vil vi beskrive hvordan vi har funnet litteraturen, inkludert artikler. Vi var opptatt av at litteraturen skulle bidra til å svare på problemstillingen. I tillegg ønsket vi at litteraturen var valid og reliabel, som bidrar til å gjøre den troverdig. Validitet betyr relevans og gyldighet, mens reliabilitet står for pålitelighet (Dalland, 2012).

2.1.1 Bøker

Når vi har søkt etter bøker har vi brukt Oria som søkemotor. Dette er Høgskolen i Hedmark sine samlede ressurser. Vi har brukt søkeordene demens, frontallapssdemens, miljøterapi, sansehage, musikkterapi, kommunikasjon, utfordrende atferd og Joyce Travelbee. Vi har i tillegg vært på biblioteket til Høgskolen i Hedmark campus Elverum, og lett i bokhyller hvor det finnes relevant litteratur. Vi har også gjennomgått pensumlisten til Høgskolen i Hedmark, som er litteratur skolen har valgt til studentene, for å vurdere hvilken litteratur som er troverdig og relevant for besvarelsen av problemstillingen.

Flere av bøkene vi har valgt beskriver demens generelt, hva som kjennetegner frontallapssdemens, utfordrende atferd og miljøtiltak (Berentsen, 2010; Engedal & Haugen, 2009; Rokstad & Smebye, 2008). I tillegg har vi en bok som kun handler om

frontallapssdemens (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). En av bøkene har fokus på kommunikasjon til pasienter med demens (Rokstad, 2005). Vi har også benyttet oss av en bok som dreier seg om bruk og tilrettelegging av sanseshage (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007).

Vi har i tillegg valgt å bruke hefter fra *Demensomsorgens ABC* sine permer. *Demensomsorgens ABC* (2009; 2010) brukes for å lære opp ansatte i pleie- og omsorgssektoren i hva demens er og hvordan pasientene skal ivaretas best mulig. Blant annet er professor dr. med K. Engedal faglig veileder, og spesialsykepleier V. D. Berentsen ansvarlig redaktør. De enkelte heftene er skrevet av forfattere som er kjent innenfor fagfeltet.

Vi har valgt å basere oppgaven på Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Derfor benytter vi boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2001). K. M. Thorbjørnsen har direkte oversatt Travelbees bok *Interpersonal Aspects in Nursing* fra 1966 til norsk.

2.1.2 Artikler

Vi har brukt ulike databaser for å søke etter relevante artikler. Vi har brukt Oria, Cinahl, Sykepleien forskning, Idunn, SweMed+, ScienceDirect, Wiley og Helsebiblioteket. I tillegg har vi brukt Google Scholar for å finne fulltekster. Som vedlegg 1 ligger Pico-skjema som viser de ulike søkeordene vi har brukt. Vi forsøkte å bruke de i ulike kombinasjoner. Det er også med vedlegg 2 som beskriver hvordan vi fant de artiklene vi benytter i besvarelsen.

Vi har brukt to artikler som vi anser som fagartikler, og sju vitenskapelige artikler. Forskningsartiklenes innhold og hensikt presenteres i kapittel 4. To av artiklene regner vi som oppsummert forskning. Oppsummert forskning gir en oppsummering av forskning som allerede er utført (Dalland, 2012). Av de vitenskapelige artiklene vurderer vi en til å være kvantitativ forskning, og seks til å være kvalitativ forskning. Kvantitativ forskning vil si at resultatene er målbare i tall, noe som betyr at man kan regne ut for eksempel gjennomsnitt og prosentandel. Kvalitativ forskning kan man ikke måle ut fra tall. Målet er heller og utforske meninger og erfaringer (Dalland, 2012).

2.2 Kildekritikk

Vi vil nå vurdere de ulike kildene vi har brukt for å besvare vår problemstilling.

Kildekritikk er hvilke kriterier som brukes for å vurdere om litteraturen er til å stole på. Reliabilitet og validitet blir viktig i denne vurderingen (Dalland, 2012). Vi oppdaget under søkingen at det er lettere å finne om demens generelt enn om frontallappsdemens. Vi bruker litteratur som både er spesifikk om frontallappsdemens og generell om demens. Fra det som er skrevet generelt, har vi trukket fram det vi anser som relevant for vår problemstilling.

2.2.1 Bøker

Kriterier vi har brukt for å vurdere bøkene, er at forfatterne skal være troverdige og ha fagkunnskap innenfor fagområdet. I tillegg skal litteraturen være utgitt tidligst i 2005, for å sikre at den mest oppdaterte og gyldige kunnskapen benyttes. Litteraturen skal også være relevant for bevarelsen av problemstillingen. Vi vil her skrive kildekritikk på de bøkene hvor det kan stilles enkelte spørsmål om reliabilitet og validitet

Kilander, Landahl og Ingelsson (2009) anses som reliabel fordi forfatterne virker å ha god kunnskap om fagfeltet. Kilander er overlege og Ingelsson er lege, begge med demens som spesialområde. Landahl er spesiallærer og gift med en mann som benyttes som eksempel gjennom boken. Den benytter flere eksempler, som både kan styrke og svekke reliabiliteten. Den kan svekkes ved at leseren kun ser enkelttilfeller. Reliabiliteten kan også styrkes ved at leseren får et unikt innblikk i hvordan det kan være å ha frontallappsdemens. Påliteligheten kan også svekkes ved at boken benytter få kilder. Samtidig er den relevant for besvarelsen, noe som styrker validiteten. Vi anser likevel boken som pålitelig og valid siden innholdet også samsvarer med annen faglitteratur.

Travelbee (2001) vurderer vi til å være reliabel siden hun har skrevet boken selv. Den er direkte oversatt til norsk av K. M. Thorbjørnsen, og på grunn av dette er det lite rom for egne tolkninger. Dette betyr at boken samsvarer med originalen, og dermed ikke påvirker påliteligheten. Travelbees bok er originalt utgitt i 1966, men siden hun presenterte en sykepleieteori som flere siden har støttet seg til, anses boken fortsatt som gyldig.

2.2.2 Artikler

Vi har brukt ulike kriterier for å finne vitenskapelige artikler, samt fagartikler. De samme kriteriene ble brukt i vurderingen av alle de vitenskapelige artiklene.

Et kriterie vi satte er at de skal være fagfellevurdert. Det betyr at de har blitt nøye gjennomgått og vurdert av eksperter på feltet, etter strenge kriterier. Dette bidrar sterkt til kvalitetssikring (Dalland, 2012). I tillegg skal forfatterne ha kompetanse innenfor det de skriver om.

Et annet kriterie gjelder hvor forskningen er utført. Av forskningen vi har brukt er seks artikler fra Norden og en fra Australia. Selv om ikke alle er fra Norge, så anser vi innholdet som gyldig og overførbart til norsk sykepleiepraksis. Tid var et annet kriterie. Vi satte en grense på at forskningen ikke skulle være publisert tidligere enn 2005. Forskningen vi har valgt har blitt publisert mellom 2006 og 2013. Dette er for å benytte den nyeste og mest oppdaterte forskningen innen fagfeltet, som styrker reliabilitet og validitet. Tre av de vitenskapelige artiklene er engelskspråklige, mens de resterende er skrevet på norsk. Vi var forsiktige med å bruke oversettelsesprogrammer, da dette kan gi feiltolkninger. Vi brukte Ordnett.no, for å oversette enkeltord.

Noen av studiene (Edberg & Edfors, 2008; Rasmussen & Hellzen, 2013; Rognstad & Nåden, 2011) er basert på få deltagere, som kan svekke både validitet og reliabilitet. Disse studiene omhandler sykepleieres erfaringer med å jobbe med frontallappsdemens og demens generelt, og alle gir samsvarende resultater. Derfor vurderes forskningen til å være troverdig og gyldig.

Vi var opptatt av at de vitenskapelige artiklene skulle ha abstrakter, og tydeliggjorte hensikter og metoder. Vi har benyttet både primær- og sekundærkilder, men var forsiktige i bruken av sekundærkilder da de gir rom for fortolkninger. Dette kan potensielt svekke reliabiliteten. Vi satte de samme kriteriene til fagartiklene, med unntak av metode/hensikt og fagfellevurdering.

2.3 Etiske overveielser

Etikk i forskning handler om at personvernet skal beskyttes, og at leserne skal tro på det som skrives (Dalland, 2012). I vår besvarelse bruker vi en case samt egne erfaringer for å belyse ulike situasjoner. Casen er en fiktiv person, og eksemplene er anonymisert og kan ikke knyttes til person, tid eller sted. Dalland (2012) sier at når noe er anonymisert skal verken navn, personnummer eller andre trekk som kan knyttes til en bestemt person komme fram. Vi vurderer på bakgrunn av dette at oppgaven vår ikke er i strid med etikken. I tillegg er vi opptatte av å referere til alle kilder som benyttes i oppgaven. Vi bruker APA-standarden for å henviser til kildene. Dette er for at forfatterne som har skrevet litteraturen, skal få rettmessig anerkjennelse.

3.0 Teori

I det følgende kapittelet kommer vi til å presentere ulike teoretiske knyttet til oppgavens problemstilling. Vi vil presentere Joyce Travelbees sykepleieteori, samt teori om demens, frontallappdemens, utfordrende atferd og forebygging.

3.1 Joyce Travelbees teorigrunnlag

Joyce Travelbees sitt syn på og grunnlag for sykepleie presenteres i dette kapittelet.

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 2001, s. 29). Travelbee (2001) ser på sykepleie som en mellommenneskelig prosess fordi det bestandig handler om mennesker. Sykepleiere møter mennesker som trenger hjelp og deres familie, og de samhandler med kollegaer og andre yrkesgrupper. Hun anser sykepleie som en prosess, ved at det skjer endringer og hendelser i samhandlingen mellom sykepleier og pasient som påvirker begge. Sykepleieren skal forsøke å hjelpe, forebygge og behandle lidelser og sykdom hos pasientene, for å sikre at de har det best mulig. Det innebærer å endre hvordan pasienten har det fra oppstarten av samhandlingen.

For at sykepleier og pasient skal kunne starte og danne et forhold, må de kommunisere verbalt og nonverbalt med hverandre. Verbal kommunikasjon er bruk av ord, både skriftlig og muntlig. Nonverbal kommunikasjon beskrives som formidling uten bruk av ord. Det kan være kroppsspråk, blikk, toneleie, ansiktsuttrykk og berøring. Nonverbal kommunikasjon uttrykker følelser, og underbygges det som sies verbalt (Travelbee, 2001).

3.1.1 Menneske-til-menneske-forholdet

Travelbee (2001) sier at det bør opparbeides et menneske-til-menneske-forhold, som er et forhold hvor begge parter opplever at det gir betydningsfulle erfaringer. Forholdet skal gi pasienten den hjelpen han har krav på, og sykepleieren skal oppfatte arbeidet som meningsfullt. Det er et likeverdig og gjensidig forhold, hvor begge parter tas hensyn til. Det bygger på oppfatningen om at hvert menneske er enestående med sin egen identitet og egenart. Sykepleieren har hovedansvaret for å opprettholde et godt mellommenneskelig

forhold. Travelbee (2001) stiller kritiske spørsmål til bruken av begrepene «pasient» og «sykepleier» som hun mener er stereotype og skaper større avstand mellom dem.

For å danne et godt menneske-til-menneske-forhold beskriver Travelbee (2001) fem faser man må igjennom. Den første fasen kalles «det innledende møtet». Dette er det første møtet mellom sykepleier og pasient, hvor de raskt danner seg et bilde av hverandre. I denne fasen er det vanskelig å se hverandres egenart fordi de har lite kunnskap om hverandre. Derfor danner man seg ofte et bilde ut fra mennesker med lignende trekk man har truffet tidligere. Det er derfor viktig å være åpen for at inntrykket av den andre vil endres etter hvert. Dette er avgjørende for å komme videre i menneske-til-menneske-forholdet, og for å se pasienten som et enestående menneske (Travelbee, 2001).

I fasen «framvekst av identiteter» begynner pasient og sykepleier å knytte seg til hverandre. Tidligere erfaringer påvirker fortsatt, men muligheten til å se menneskets egenart øker. Individets identitet er i ferd med å bli tydeligere, derfor er det lettere å lese signaler som gis og følelser som uttrykkes. Dette styrker forholdet (Travelbee, 2001).

Empati er en viktig del av etableringen av et menneske-til-menneske-forhold. Det betyr å ha evnen til å sette seg inn i hvordan den andre har det. Det vil kunne føre sykepleieren og pasienten nærmere, og øke fremhevingen av personens enestående kvaliteter. For å føle empati, må pasienten og sykepleieren kunne stole på og ønske å forstå hverandre. Ved å bruke empati kan sykepleieren lettere lese pasienten, og være forberedt på atferd som oppstår i ulike situasjoner (Travelbee, 2001).

I fasen «sympati og medfølelse» går en videre fra empatien. Her går den andres plager og lidelser mer inn på en, og man utvikler et ektefølt ønske om å hjelpe og lindre. Sykepleieren viser sin sympati og medfølelse gjennom både verbal og nonverbal kommunikasjon og sine handlinger. Dersom pasientene føler at sykepleieren er oppriktig og trygg, vil de få økt tillitt til sykepleieren (Travelbee, 2001).

I følge Travelbee (2001) er gjensidig forståelse og tillitt avgjørende for et godt menneske-til-menneske-forhold, og er hva all sykepleie bør sikte mot. Når sykepleieren og pasienten kommer hit er det et resultat fra de foregående fasene. Sykepleieren er bedre rustet til å iverksette handlinger som kan lindre og hjelpe pasienten. Sykepleieren går fra ønske til

handling. Sykepleier og pasient bør nå se på hverandre som to spesielle individer med sin egenart, og føle forholdet som betydningsfullt.

Travelbee sitt syn på sykepleie handler altså om å se mennesket sykepleieren møter, og ikke kun noen som trenger hjelp.

3.2 Redegjørelse om demens

I dette kapitlet redegjøres det kort generelt i forhold til demenssykdommer.

Demens er en samlebetegnelse på ulike sykdommer og tilstander i hjernen som fører til kognitiv svikt. Demens er kronisk og irreversibelt (Engedal & Haugen, 2009). I følge Berentsen (2010) omhandler kognitive evner hukommelsen og muligheten til å beherske oppmerksomhet, å lære nye ting, og dagligdagse gjøremål. Det handler i tillegg om språk, intellekt, å tenke abstrakt og å forstå handling i rom. Siden demens fører til kognitiv svikt, så er det disse evnene som kan reduseres. Alle de kognitive evnene kan reduseres ved demenssykdom, men det er individuelt i hvilken grad og rekkefølge det skjer. Allikevel er det ofte svekket hukommelse og evne til tenking og refleksjon som det legges mest vekt på (Rokstad, 2008). Dette innebærer at å utføre dagligdagse gjøremål og å fungere sosialt blir vanskeligjort. Før diagnosen settes er det viktig å utelukke andre tilstander som delirium, depresjon, bivirkninger av medikamenter eller annen somatisk sykdom (Engedal & Haugen, 2009).

Det finnes mange ulike varianter av demenssykdom. Det er vanlig å dele inn i tre hovedgrupper, med ulike sykdommer ut fra årsaksforhold. De tre hovedgruppene er degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerative hjernesykdommer omhandler for eksempel Alzheimers sykdom, frontallappsdemens og demens med Lewy-legemer. Degenerativ demens vil si at hjernecellene gradvis dør. Vaskulær demens kommer som følge av sykdom eller skade på blodkar i hjernen som fører til redusert oksygentilførsel, som ved et hjerneinfarkt. Ved sekundærdemens er den kognitive svikten et symptom på annen sykdom eller skade, som alkoholmisbruk, vitaminmangel, hjernetumor og hodetraume (Engedal & Haugen, 2009).

Det finnes en rekke symptomer på demens, og de kan deles inn i tre grupper; kognitive, atferdsmessige og psykologiske og motoriske symptomer. Noen er generelle for alle

demenssykdommene. Andre symptomer er mer spesifikke ut fra hvilken demenstype det er snakk om. Hvor langt pasientene er i sykdomsforløpet er også relevant for graden av symptomer (Rokstad, 2008a). Vi vil utdype ulike symptomer senere i vår spesifikke del om frontallappsdemens.

Det finnes ulike varianter av demenssykdommer, som alle fører til ulik grad av kognitiv svikt.

3.3 Redegjørelse om frontallappsdemens

I dette kapittelet vil vi redegjøre for frontallappsdemens, og symptomene som kan følge med sykdommen.

Frontallappsdemens debuterer vanligvis i tidlig alder, rundt 65 årsalderen. Både kvinner og menn rammes (Berentsen, 2010). Frontallappsdemens rammer i hovedsak de fremre delene av frontallappen (panelappen), ved at nerveceller degenereres. Frontallappsdemens svekker pasientenes evne til å lese andre personer og miljøet rundt seg, og å tolke inntrykkene for så å respondere som forventet. De mister kontrollen over impulser og hemninger, og endrer både personlighet og aktivitetsnivå. Ofte rammes også de fremste delene av temporallappene (tinningslappene), derfor kalles denne demenstypen også frontotemporal demens. Dette fører med seg svekkelse i forhold til språk, hukommelse og evne til kritisk tenking (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). I tillegg til degenerative endringer, kan frontallappsdemens forårsakes av Picks sykdom. Picks sykdom er noe forskjellig fra degenerativ frontallappsdemens, men rammer også frontallappens fremre, nedre del og temporallappens nedre del. Det er en svært sjelden sykdom, som rammer i tidligere alder enn den degenerative typen. I tillegg kan hodeskader, som hjerneblødning og svulster, og alkoholmisbruk føre til lignende symptomer som ved frontallappsdemens (Engedal, 2009).

3.3.1 Kognitive Symptomer

De kognitive symptomene som kan ses ved frontallappsdemens er nedsatt oppmerksomhet, gjentakelse av tidligere handlinger og løsninger (perservasjon), nedsatt evne til å velge strategi og velge ut hvilken informasjon som er relevant under oppgaveløsning, dårligere evne til å kunne planlegge og å sortere informasjon, mindre evne til å utføre praktiske handlinger og redusert språkevne (Engedal & Haugen, 2009, s. 102).

Når oppmerksomheten nedsettes så blir det vanskeligere for pasientene å oppfatte signaler som blir gitt fra miljøet rundt. De klarer ikke å fokusere og skille mellom hva som er viktig og ikke (Rokstad, 2008). Ved utføring av oppgaver, kan de lett «miste tråden» i det de holder på med. Nedsatt oppmerksomhet kan igjen påvirke hukommelsen (Engedal & Haugen, 2009). En av frontallappens funksjoner er å kunne resonnerer seg fram til mulige konsekvenser av de handlingene man gjør. Når pasienter med frontallappsdemens mislykkes i noe de prøver på, vil de ikke ha evnen til å tenke ut et nytt handlingsalternativ. De velger løsningene som passer best der og da, uten å tenke langsiktige konsekvenser. Dette vanskeliggjør pasientenes evne til å løse oppgaver (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009).

Ved frontallappsdemens får man en væremåte som samsvarer med uttrykket; «out of sight, out of mind». Dersom de ikke ser det, klarer de ikke å forholde seg til det. Pasientene har vanskeligheter med å planlegge og gjennomføre oppgaver, da de ikke klarer å forestille seg det uten å se det (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). De kognitive endringene ved frontallappsdemens vanskeliggjør evnen til å utføre praktiske handlinger. Siden det er vanskelig for pasientene å planlegge noe de ikke ser, blir det utfordrende å forflytte seg mellom ulike rom. I tillegg mister de evnen til å se for seg hvilke gjenstander de ulike rommene skal inneholde. Dersom de finner riktig rom, vil de allikevel ha vanskeligheter med å planlegge utførelsen av den bestemte oppgaven. De kan også ha glemt hvordan ulike gjenstander brukes. I tillegg kan tanken om hva som skal gjøres ha blitt borte, innen de kommer til riktig sted (Berentsen, 2010). Vanskeligheter med å utføre dagligdagse aktiviteter, ADL-aktiviteter, oppstår som regel langt ut i sykdomsforløpet. I likhet med ADL-aktiviteter, kan orienteringsevnen også svekkes ved langtkommen frontallappsdemens (Engedal & Haugen, 2009).

Etter hvert som frontallappsdemens utvikler seg, vil språket reduseres gradvis. Setningene og ordene blir ufullstendige, og mangler sammenheng. Pasientene kan ofte lage seg nye ord, som en følge av at de ikke klarer å uttale det egentlige ordet. Dette kalles for parafasi. Ekkolali, altså gjentakelse av hva andre sier, blir en vanlig del av språket. Det de fortsatt har evnen til å si, blir ofte gjennomgående i deres kommunikasjon (Engedal & Haugen, 2009).

Etter hvert som sykdommen progredierer (forverres) vil hukommelsen svekkes, men det skjer senere enn ved andre demenstyper (Engedal & Haugen, 2009). Muligheten til å bearbeide nye stimuli ved frontallappsdemens nedsettes. Evnen til å ta i mot stimuli henger sammen med

hukommelsen og framhenting av tidligere minner (Rokstad, 2008a). Hukommelsen svekkes dermed i takt med disse sykdomsendringene. Korttidsminnet innefatter kun de seneste sekundene. Langtidsminnet dreier seg om alt fra minutter til år, og kan deles inn i episodisk, semantisk og prosedural hukommelse. Episodisk hukommelse er minner fra eget liv, og kan involvere sanseopplevelser. Semantisk hukommelse vil si kunnskaper om noe som er kjent for folk flest. Kultur og hvordan man er oppdratt er ofte avgjørende for hvilke kunnskaper man har. Det omhandler også kunnskap om hvordan man opptrer i sosiale sammenhenger. Prosedural hukommelse er handlinger man har lært, og ikke trenger å tenke over for å utføre (Rokstad, 2008a).

3.3.2. Atferdsmessige og psykologiske symptomer

Hos pasienter med frontallappsdemens er det ofte de atferdsmessige og psykologiske symptomene som kommer til syne først. Hvilke symptomer pasientene får kommer an på hvor i frontallappen skadene befinner seg. Symptomer på atferdsmessige endringer ved frontallappsdemens kan være: hyperoralitet, misbruk av alkohol, persevererende tale og atferd, sosialt ukritisk atferd og språk, irritabilitet, uadekvate følelsesmessige reaksjoner, rastløshet, likegyldighet i forhold til personlig hygiene, påkledning og sosialt samvær, apati og tap av interesse, depressivitet og følelsesmessig avflatethet, lykkefølelse og angst. Skader på de øvre delene av frontallappen gir mest symptomer som mangel på interesse og likegyldighet. Når de nedre delene skades, så ser vi mer symptomer som rastløshet og manglende hemninger (Engedal & Haugen, 2009, s. 103).

Perservasjon betyr å gjenta. Pasientene kan få en atferd som kan ligne på OCD (tvangslidelse), men forskjellen er at den ikke styres av angst eller lindringen av den. Pasientene blir låst i sin tankegang og klarer ikke å gi slipp på dette. Det fører til at handlinger eller setninger/fraser gjentas gang på gang. De kan «stå fast» i spesielle handlingsmønstre. Disse symptomene blir mer fremtredende lengre ut i forløpet. Etter hvert som endringene ved sykdommen utvikles, vil pasientene kunne starte denne atferden ubevisst ut fra stimuli de mottar fra miljøet rundt. De kan få ekkolali og ekkopraksi. Ekkolali vil si at de gjentar hva andre sier, mens ekkopraksi vil si å herme etter andres handlinger (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009).

Hyperoralitet betyr å spise og drikke uten hemninger (Engedal & Haugen, 2009). Kilander, Landahl og Ingelsson (2009) sier at ved frontallappsdemens kan pasientene spise raskt, i store

mengder og glemme å tygge maten skikkelig. Dette kan resultere i oppkast. De har ingen grenser for hva og hvor mye de inntar. De kan spise det de får tak i som røykstumper, blyanter og lignende. Denne oppførselen kan virke sjenerende for menneskene rundt. Hyperoralitet kan også inkludere uhemmet inntak av alkohol og tobakk (Ljøstad & Mygland, 2014).

I sosialt ukritisk atferd og språk, legger vi atferd og språk som styres av impulser, uten at det tas hensyn til andres reaksjoner og følelser. Rokstad (2008a) forklarer dette med tap av kontroll over impulser og hemninger, som en følge av sykdommen. Pasientenes sosiale ferdigheter svekkes ved at de mister forståelsen for hva som er akseptabelt å si. De taper evnen til kritisk tenking. De glemmer tidligere innlært oppførsel i samvær med andre, og klarer ikke lese signalene andre gir. Pasientene med frontallappdemens kan virke egoistiske, ved at de ofte kun snakker om det som opptar de selv (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). Dette, sammen med lav eller fraværende innsikt i egen situasjon, kan føre til likegyldighet i ulike settinger. Noen pasienter med frontallappdemens slutter å bry seg om egen hygiene og påkledning. De tenker ikke lengre over hvordan de oppfattes av andre, og ser ikke viktigheten av for eksempel god hygiene (Berentsen, 2010). De degenerative skadene i frontallappen kan gi uadekvate følelsesmessige reaksjoner. Dette kan for eksempel være overdreven latter på enkel humor, eller overdreven lykkefølelse (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009).

Pasienter med frontallappdemens virker å ha lavere terskel for å bli irritable enn friske (Engedal & Haugen, 2009). Det er antagelig komplekse forklaringer for dette, men mangelen på impuls kontroll kan være en av dem (Rokstad, 2008a). I tillegg kan evnen til å tenke kritisk svekkes (Berentsen, 2010). Irritabiliteten kan utvikle seg til aggressivitet, spesielt dersom de føler seg såret eller krenket (Engedal & Haugen, 2009). De mest vanlige årsakene til irritabilitet og aggressivitet er mangel på innsikt i egen sykdom, at de stilles krav til, angst og misforståelser mellom sykepleier og pasient. Dette kalles forsvarsaggressivitet. I tillegg er det angrepsaggressivitet som oppstår uten noen åpenbar årsak. Noen pasienter kan også gi uttrykk for dette ved voldelig atferd (Berentsen, 2010).

Apati og likegyldighet er den endringen i atferd som oftest oppstår ved frontallappdemens. De sitter mye i ro, og har liten interesse for det som tidligere engasjerte dem (Engedal & Haugen, 2009). Dette kan gjøre at pasientene virker late, og er ofte det første tegnet på sykdommen. Det å være apatisk kan være et uttrykk for depresjon, eller at de har glemt hvordan de skal utføre ting de tidligere har gjort med selvfølgelighet (Berentsen, 2010). Noen

kan virke rastløse, ved at de ikke klarer å sitte stille og må hele tiden ha noe å gjøre. Det kan være flere grunner for dette. En mulighet er savn etter kjente aktiviteter (Engedal & Haugen, 2009), eller uttrykk for indre uro (Kilander, Lindahl & Ingelsson, 2009).

Depresjon kan forekomme ved frontallappsdemens. Det er mest vanlig i de tidligste stadiene, da de merker sykdomsendringene. Endringer i signalsubstanser som en følge av degenerative forandringer, kan også være utløsende årsak. Depresjon er følelse av stor tristhet og håpløshet (Berentsen, 2010). Ved frontallappskader så forekommer emosjonell inkontinens, som vil si ukontrollert gråt i situasjoner hvor dette virker unaturlig (Engedal & Haugen, 2009). Angst betyr en indre uro uten noen spesiell grunn, og er et kjent problem (Berentsen, 2010). Angsten kan skyldes manglende kontroll og oversikt i eget liv. Spesielt der hukommelsen er svekket kan pasientene føle redsel for å være alene. De kan reagere med voldsom angst der de ikke forstår hjelperen eller miljøet rundt seg. Ved demens kan depresjon og angst komme til uttrykk med ulike atferdsendringer, som sinne eller apati (Engedal & Haugen, 2010).

Frontallappsdemens er en demenstype som vil føre til personlighetsendringer. Den gir symptomer som påvirker kognisjon, atferd og psykisk helse. Motoriske symptomer kan også oppstå ved langtkommen frontallappsdemens. Dette betyr parkinsonisme, som muskelstivhet, treghet og tremor, og inkontinens for urin og avføring (Berentsen, 2010).

3.4 Utfordrende atferd

Dette kapitlet vil omhandle hva vi legger i begrepet «utfordrende atferd».

I forbindelse med atferdsendringer knyttet til demenssykdom har det tidligere blitt brukt begreper som voldelig atferd, aggressiv atferd og vanskelig atferd (Rokstad, 2008c). I nyere faglitteratur er utfordrende atferd ofte det gjeldene begrepet. I «utfordrende atferd» legger vi uønsket atferd som en følge av psykologiske og atferdsmessige symptomer ved demenssykdom. Dette kan være verbal og fysisk utagering i form av skjellsord, slag, spark, spyting og lignende (Rokstad, 2008c). Det kan også bety annen type atferd, som vandring, roping, manglende seksuelle hemninger og paranoia (Rokstad, 2008c).

Utfordrende atferd kan være en måte for pasienten å uttrykke at noe ikke er helt som det skal. På et vis kan man kalle det kommunikasjon fra pasientens side, siden formidlingsevnen kan

være svekket på grunn av sykdomsforandringer. Atferden kan for eksempel skyldes forvirring, frustrasjon eller maktesløshet. For mye stimuli eller udekte behov kan også føre til denne type reaksjoner. Det må også tas i betraktning at andre faktorer kan utløse utfordrende atferd som for eksempel obstipasjon, smerter, infeksjoner og bivirkninger av legemidler (Rokstad, 2005).

3.5 Forebygging

Med begrepet «forebygging» så mener vi å hindre negative symptomer eller hendelser før de oppstår. I faglitteraturen skilles det mellom primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging vil si å sette i gang tiltak før det oppstår sykdom eller skade. Sekundærforebygging er hindring av at noe skal skje flere ganger. Tertiærforebygging betyr at det allerede er en tilstedeværende sykdom med sine symptomer, og at det skal unngås flere negative konsekvenser av sykdommen (Ranhoff, 2010).

Ut fra det som er kommet frem i teorikapittelet, er Travelbee opptatt av å danne mellommenneskelige forhold, hvor sykepleieren ser hele mennesket og ikke bare pasientens sykdom. Demens er en samlebetegnelse på en rekke sykdommer og tilstander som fører til kognitiv svikt. Frontallappsdemens har et sykdomsforløp som fører til en rekke endringer i forhold til kognisjon, atferd og psykisk helse. Blant annet svekkes kontrollen over hemninger og impulser. Utfordrende atferd betyr uønsket atferd, og forebygging vil si hindring av at dette oppstår.

4.0 Funn fra forskning

I dette kapittelet vil vi presentere forskning som er gjort tidligere, som er relevant for besvarelsen av vår problemstilling.

4.1 Sykepleie til mennesker med frontallappsdemens

Både Edberg og Edfors (2008) og Rasmussen og Hellzen (2013) har begge som hensikt i sin forskning å belyse hvordan sykepleiere opplever å jobbe med mennesker med frontallappsdemens, og hvilke erfaringer de har fra dette. Blant annet sier de at det å yte sykepleie til mennesker med frontallappsdemens kan være en krevende oppgave. Begge studiene antyder at det er utfordrende å jobbe med pasientgruppen siden sykdomsendringene kan føre til store personlighetsforandringer og utfordrende atferd. Derfor er det viktig å klare å se personen bak sykdommen og handlingene, for å yte god sykepleie.

Når man jobber med mennesker med frontallappsdemens er arbeidsdagen uforutsigbar, da pasientenes humør og psykiske tilstand kan endre seg raskt. Studien legger vekt på viktigheten av å kunne være i forkant av situasjonen, planlegge og å improvisere etter pasientenes behov (Edberg & Edfors, 2008). Studien til Rasmussen og Hellzen (2013) indikerer at det er viktig å kjenne pasienten godt, for å yte god sykepleie. Allikevel er dette ofte utfordrende på grunn av symptomene frontallappsdemens gir. Rognstad og Nåden (2011) har som hensikt å få frem sykepleieres erfaringer med å jobbe med demente med utfordrende atferd. De vil i tillegg belyse behovet for kompetanse for å forebygge dette. Studien viser at sykepleiere som gjentatte ganger utsettes for utfordrende atferd kan bli usikre i arbeidssituasjonen, noe som igjen kan påvirke kvaliteten på helsehjelpen. Tilstrekkelig kunnskap ses på som viktig for å forhindre dette.

4.2 Dementia care mapping

Dementia care mapping(DCM) er et kartleggingsverktøy hvor det gjøres observasjoner av demente, deres atferd og i hvilken grad de virker å trives og ha det bra (Rokstad & Vatne, 2011). Studien til Rokstad og Vatne (2011) ønsker å få frem sykepleieres erfaringer med bruk av DCM, og betydningen den har for helsehjelpen som gis. Studien viser at DCM bidrar til at sykepleiere blir mer bevisst i hvordan de møter dementes atferd. I tillegg tenker de mer over hvem mennesket bak sykdommen er. DCM bidrar til økt refleksjon som igjen kan føre til bedre måter å møte de demente på.

Chenoweth et al. (2009) har som hensikt å sammenligne individuell pleie og omsorg, DCM og vanlig omsorg. De har i sin studie sett at DCM kan bidra til å minske agitert atferd hos demente, altså opphisset, urolig atferd. Studien finner ingen klare tegn på at dette fører til forbedring av pasientenes livskvalitet.

4.3 Bruk av musikk og sansehage

Forskning beskriver ulike miljøterapeutiske tiltak mot utfordrende atferd, hvor musikkterapi og sansehage er blant dem. Bragstad og Kirkevold (2010) hadde som hensikt å gjøre et systematisk litteratursøk for å finne ut hva forskning sier om individualisert musikk til pasienter med demens. I følge studien viser det seg at musikkterapi har en god effekt for å redusere utfordrende atferd. Musikken kan frembringe minner hos pasientene. Studien viser at musikk kan brukes i ulike situasjoner, og det viser seg at det kan være lurt å bruke individrettet musikk. Det spesifiseres at bruken av musikk vil spille inn på hvilken effekt den har, og at det fortsatt kreves mer forskning på området.

Kirkevold og Gonzalez (2012) har i sin studie gjort et systematisk litteratursøk for å finne ut hva forskning sier om sansehager og hagebruk inne og ute. De har konkludert med at det tyder på at sansehager kan redusere forekomsten av utfordrende atferd. Sansehager er hager som ofte er lukket/avgrenset så pasientene kan bevege seg fritt. De er tilrettelagt for å stimulere pasientenes sanser. Sansehager tyder på å kunne ha effekt på pasientenes trivsel og livskvalitet. Her legges det også vekt på individuell tilpasning, og behovet for bredere forskning.

Mye forskning legger vekt på å se personen bak sykdommen. Samtidig beskrives behovet for å tilpasse seg pasienten, kartlegging og miljøterapeutiske tiltak for å forebygge utfordrende atferd.

5.0 Hvordan kan sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos mennesker med frontallappsdemens som bor i skjermet enhet på sykehjem?

I dette kapitlet skal vi drøfte ulike tiltak som kan forebygge utfordrende atferd ved frontallappsdemens.

Det velges å bruke sykepleieprosessen som struktur i drøftingen. Sykepleieprosessen er et verktøy for at sykepleiere kan jobbe målrettet, systematisk og individrettet, og gi pasienten god omsorg og hjelp. Den består av fem trinn; innsamling av data/kartlegging, sykepleiediagnostisering, utforming av sykepleiemål, gjennomføring av sykepleietiltak og evaluering (Rotegård & Solhaug, 2011). Drøftingen vil ha fokus på kartlegging, gjennomføring av sykepleietiltak og evaluering. Før tiltakene igangsettes bør det bli utformet sykepleiediagnose og -mål, uten at disse drøftes nærmere. Diagnostiseringen av Alfreds problemer vil omhandle utfordrende atferd som følge av frontallappsdemens. Det kan blant annet føre til situasjoner hvor han kan skade seg selv eller andre. Målet med sykepleien er at Alfred skal oppleve reduksjon i utfordrende atferd og økt livskvalitet

5.1 Kartlegging av Alfreds utfordrende atferd

Dette kapitlet vil drøfte hvordan sykepleieren kan samle data om Alfred og hans utfordrende atferd. Fokuset vil ligge på Dementia care mapping (DCM) som kartleggingsverktøy.

Datainnsamlingen vil dreie seg om å samle informasjon om Alfreds tidligere liv og hans nåværende situasjon. Dette er viktig for å yte god og helhetlig sykepleie (Rotegård & Solhaug, 2011). Grunnet Alfreds kognitive svikt er det usikkert hvor mye informasjon han klarer å gi. Han har familie, som kan gi informasjon og kjennskap om hans tidligere liv til sykepleieren. Pasientens ressurser kan avgjøre hvilke sykepleietiltak som skal igangsettes, og tydeliggjøre bistandsbehovet (Rotegård & Solhaug, 2011). Alfreds ressurser vil være til hjelp for å avgjøre hvilke tiltak som passer til ham, og hva som behøver kartlegging. Det skilles mellom indre og ytre ressurser. Indre ressurser omhandler kognitive styrker som å tenke positivt, relasjonsstyrker som å stole på andre og emosjonelle styrker som å være optimistisk og føle at en bidrar. Ytre ressurser dreier seg om personer rundt seg, som familie, venner og helsepersonell. I tillegg kan det omfatte yrke og interesser (Rotegård & Solhaug, 2011). Alfred har langtkommen frontallappsdemens og svekkede kognitive evner. Han bor i skjermet enhet som tilsier høyt behov for bistand (Engedal & Haugen, 2009). Dette kan tyde på at flere

av Alfreds indre ressurser har gått tapt sammen med utviklingen av sykdommen. Samtidig har Alfred familie, og personalet på den skjermede enheten rundt seg. Dette blir hans ytre ressurser. Likevel vil ytre ressurser være tapt ved at han ikke lengre er yrkesaktiv. Frontallappsdemens kan føre til likegyldighet (Engedal & Haugen, 2009), som gjør at tidligere interesser kan være tapt.

Sammen bidrar indre og ytre ressurser til kontroll i eget liv, og evne og vilje til handlinger (Rotegård og Solhaug (2011)). Alfreds indre ressurser, og til dels de ytre er svekket, og derfor kan han trenge økt bistand og støtte fra de gjenværende ressursene. Dette dreier seg om sykepleierne, og til dels familien. Han kan trenge igangsetting av tiltak som omhandler mange av hans behov. Han vil alene ha lav evne til å kontrollere faktorene som fører til utfordrende atferd, og dermed forebygge dette. Sykepleieren må dermed kartlegge utløsende årsaker, for å kunne hjelpe han å forebygge den utfordrende atferden.

Rokstad (2005) skriver at kartlegging er viktig for å få kjennskap til utløsende faktorer til utfordrende atferd. Dersom sykepleieren kjenner pasienten godt, vil det være lettere å forutsi når og hvorfor atferden oppstår (Engedal & Haugen, 2009). Travelbee (2001) understreker at observasjon er nødvendig for å utøve sykepleie og iverksette tiltak, og det blir i samsvar med det innledende møte i opparbeiding av menneske-til-menneske-forholdet. Det gir forståelse av pasientens helhetlige situasjon, og gjør det lettere å forebygge utfordrende atferd. Rokstad (2005) sier at det er lettere å forebygge utfordrende atferd enn å behandle den. For å kunne forebygge, er god kjennskap til pasienten og hva som forårsaker utfordrende atferd nødvendig. Dette kan ses i sammenheng med egne erfaringer om at når flere ukjente er på jobb, ser vi mer uro i avdelingen enn når kjent personale er på vakt.

5.1.1 Dementia care mapping som kartleggingsverktøy

DCM kan brukes til å kartlegge utfordrende atferd hos Alfred. En person observerer samhandlingen mellom sykepleieren og pasienten, hvor fokuset er på pasientens atferd og trivsel. Hvert femte minutt gjennom seks timer skriver observatøren ned sine observasjoner. DCM er et verktøy for å bedre demensomsorgen, og forebygge utfordrende atferd (Rokstad, 2005). Bruk av DCM viser positive erfaringer, og mulig økt trivsel hos pasientene (Rokstad, 2008d). Alfred har utfordrende atferd i ulike situasjoner. DCM kan gi sykepleierne bedre kjennskap om hvordan deres samhandling påvirker Alfred, og hvordan den utfordrende atferden kan forebygges (Rokstad & Vatne, 2011). Studien til Rokstad og Vatne (2011) viser

at en observatør vil ha evnen til å se ting som er vanskelig å oppfatte når man står i selve situasjonen.

Studien til Chenoweth et al. (2009) viser at DCM har positiv virkning på utfordrende atferd. DCM fokuserer på hvert enkelt individ og hva som kan gjøres for å bedre omsorgen. At DCM har fokus på pasientens individuelle behov, er i samsvar med Travelbees (2001) sykepleierteori om å se pasientens unike egenart. Ved bruk av denne kartleggingen, har sykepleierne blitt mer reflektert rundt hvordan de møter pasienten og hvorfor de gjør som de gjør. Dette gjør sykepleierne sikrere i pasientsituasjonene, som gjør at de kan yte bedre omsorg (Rokstad & Vatne, 2011). Rokstad (2008d) poengterer at det er viktig å få innspill på hvordan begynnende uro kan minskes med en gang. Dette er fordi det er lettere å hindre utfordrende atferd før uroen utvikler seg. DCM-kartlegging gjør sykepleieren mer bevisst på å yte helsehjelp på pasientens premisser. Sykepleieren skal tilpasse seg pasienten, ikke motsatt (Rokstad & Vatne, 2011). Dette samsvarer med studiene til Rasmussen og Hellzen (2013) og Edberg og Edfors (2008). De skriver at å kunne improvisere og følge intuisjonen sin utfra signalene pasienten gir, er en viktig egenskap i møte med pasienter med frontallappsdemens. Alfred kan ha en uforutsigbar atferd blant annet på grunn av svekket impuls kontroll (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). Det viser at god kjennskap til Alfred er viktig, for å kunne tyde signaler han gir ved utvikling av utagering. Samtidig kan Alfred utagere uten forvarsel, og ved å være bevisst at han kan ha raske humørendringer kan sykepleieren raskt tilpasse seg disse. Sykepleiers bevissthet rundt dette kan minske forekomsten av utfordrende atferd hos Alfred. Dette kan ses i sammenheng med viktigheten av å hindre uro før den utvikler seg. Dersom sykepleieren tilpasser seg humørendringene raskt kan tiltak iverksettes med en gang, før den utfordrende atferden utvikler seg.

DCM har i likhet med andre kartleggingsverktøy enkelte begrensninger. Det krever opplæring av observatørene, og avdelingene kan være skeptiske til tidsbruken (Chenoweth et al. 2009). Under opplæringen må annet personale fylle observatørens vakter. Dette medfører ekstra utgifter. Vår erfaring tilsier at å utsettes for voldelig atferd kan være belastende for sykepleierne. Forskning sier at personale som gjentatte ganger utsettes for utfordrende atferd i form av vold kan føle redsel, usikkerhet og mislykkethet i pasientrelasjonen (Rognstad & Nåden, 2011). Kartlegging av utløsende årsaker til utfordrende atferd, gjør det lettere å sette i gang virkningsfulle tiltak (Rokstad, 2005). På sikt kan det vurderes til at forebygging av utfordrende atferd og bedre metoder å møte den på, kan føre til mindre belastning og lavere

sykefravær. Dette kan være kostnadsbesparende. Det blir dermed en vurderingssak om avdelingene velger å prioritere opplæring i DCM.

Observatøren registrerer atferden i koder og tall (Rokstad, 2005). Det kan gi rom for egne tolkninger. Travelbee (2001) legger vekt på å se det unike i hver enkelt. Dette kan vanskeligjøres da materiale presenteres i tall. Chenoweth et al. (2009) viser ingen klare tegn på at DCM sin reduksjon på utfordrende atferd fører til bedre livskvalitet. Vår tanke bak å forebygge utfordrende atferd hos Alfred er at dette vil bedre hverdagen hans, da utagering kan være belastende og slitsomt for ham.

Kartlegging er viktig for å kunne forebygge utfordrende atferd (Rokstad, 2005). DCM kan bidra til økt refleksjon og bevisstgjøring blant sykepleieren, som bidrar til bedre måter å møte atferden på.

5.2 Gjennomføring av sykepleietiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Alfred

I dette underkapitlet drøftes ulike tiltak som kan forebygge utfordrende atferd hos Alfred. Tiltakene som drøftes er kommunikasjon, grensesetting og bruk av musikk og sansehage.

Sykepleietiltak er handlinger for å oppnå målene med sykepleien (Rotegård & Solhaug, 2011). Tiltakene som igangsettes for å forebygge utfordrende atferd kan kalles sekundærforebygging siden de kan hindre at atferden oppstår på nytt (Ranhoff, 2010). Samtidig har Alfred allerede en frontallapspdemens, som medfører symptomer som kan gi utfordrede atferd som han ikke kan kontrollere (Engedal & Haugen, 2009). Derfor kan det være mer nærliggende å kalle sykepleietiltakene for tertiærforebygging (Ranhoff, 2010).

Før sykepleieren kan gjennomføre tiltak må utførelsen planlegges. Travelbee (2001) understreker at sykepleieren må skaffe seg tilstrekkelig med kunnskaper og søke hjelp, dersom dette trengs. Sykepleieren kan lese seg opp på emnet. Samtidig tenker vi at det kan søkes hjelp hos andre som kjenner Alfred godt, for eksempel annet personale. Kollegaer kan inneha erfaringer, videreutdanning eller kurs som kan bidra til at sykepleieren får nødvendige kunnskaper til å utføre tiltakene på en god måte. I tillegg bør turnus planlegges for å sikre at det er kjent personale på jobb, med kjennskap til pasientene. Pleiere som jobber med pasienter

med frontallappsdemens opplever det som viktig å jobbe med kollegaer som er trygge og som kjenner pasientene (Rasmussen & Hellzen, 2013). For å kunne planlegge må de nødvendige kunnskapene være tilstede. Etter sykepleieren er ferdig med å planlegge, kan gjennomføringen av tiltakene begynne (Travelbee, 2001).

5.2.1 Kommunikasjon

Her vil det drøftes hvordan kommunikasjon som sykepleietiltak kan forebygge utfordrende atferd hos Alfred.

I følge Eide og Eide (2007) dreier begrepet «kommunikasjon» seg om all samhandling mellom personer. Misforståelser og vansker i kommunikasjonen er ofte utløsende årsak til utfordrende atferd. Det kan skyldes frustrasjon og engstelse over og ikke forstå eller gjøre seg forstått (Rokstad, 2005). Når pasienter med frontallappsdemens ikke forstår det som blir formidlet, skyldes utageringen som regel mangel på impuls kontroll (Berentsen, 2010). Svekket konsentrasjon og oppmerksomhet er vanlige symptomer på frontallappsdemens (Engedal & Haugen, 2009). Solheim (2009) sier at og ikke kunne forholde seg til det relevante og fokusere oppmerksomheten kan svekke kommunikasjonsevnen. I tillegg har Alfred vanskeligheter med å bearbeide stimuli, som følge av frontallappsdemens (Rokstad, 2008a). Alfreds forståelse av kommunikasjonen vil vanskeliggjøres ytterligere, om det er mye aktivitet i avdelingen. Det kan være mye vandring eller høylydt snakk, som gjør at han mister fokus. Dette viser at da sykepleieren skal kommunisere med Alfred lønner det seg å gjøre dette i rolige omgivelser. På denne måten har han bedre forutsetninger til å oppfatte hva som formidles. Dette kan være på rommet hans eller i en roligere del av fellesarealet.

Vi har erfaring med at det ofte oppstår utagering i stellesituasjoner. Det kan underbygges av Wogn-Henriksen (2008) som sier at stell er den situasjonen hvor utagering oftest oppstår, gjerne på grunn av kommunikasjonsproblemer. Alfred reagerer ofte aggressivt under stell. Målet i kommunikasjon med pasienter med frontallappsdemens er at de skal føle seg trygge og at forvirring skal reduseres. Samtidig er det viktig å gi tid til å oppfatte det som blir sagt, før man forventer en respons (Rokstad, 2005). Sykepleieren vil ha en viktig funksjon i å skape trygghet for Alfred, og hvordan sykepleieren kommuniserer kan forebygge utfordrende atferd. Rokstad (2005) sier som nevnt at sykepleieren skal skape trygghet. I følge Travelbee (2001) vil kommunikasjon kunne bidra til å skape et godt menneske-til-menneske-forhold mellom sykepleieren og pasienten. Dette resulterer i gjensidig tillitt og forståelse til hverandre. Det er

naturlig å tenke at dersom Alfred opparbeider et slikt forhold til sykepleieren, vil han kunne føle trygghet i samhandlingen. Det kan forebygge utfordrende atferd. Samtidig har Alfred en kognitiv svikt som følge av skadene i frontallappen. Derfor kan det stilles spørsmål ved om Alfred kan oppnå et menneske-til-menneske forhold som skaper trygghet. Alfred husker muligens ikke hvem sykepleieren er fra dag til dag, dette kan medføre at han opplever hvert møte som det første. Sykdommen svekker evnen til å ha forståelse for andres følelser, og å føle empati (Kilander, Landahl og Ingelsson, 2009; Rokstad, 2005). Travelbee (2001) anser opparbeidelse av empati som en fase i dannelsen av menneske-til-menneske-forholdet, og alle fasene må fullføres. Dette gjør at Alfred ikke har forutsetninger for å ha et fullverdig menneske-til-menneske-forhold til sykepleieren. Likevel kan sykepleieren lære Alfred å kjenne, og finne ulike kommunikasjonsteknikker som kan skape trygghet hos Alfred og forebygge utfordrende atferd.

Yuhas, McGowan, Fontaine, Czech og Gambrell-Jones (2006) forteller at det er viktig at sykepleieren forklarer pasienten hva som skal skje under utførelsen av ulike oppgaver. Alfred reagerer ofte med aggresjon i stellesituasjoner. Er dette på grunn av utrygghet og usikkerhet på hva som skal skje? Dette kan kanskje motvirkes ved at sykepleieren forklarer Alfred hva som skal foregå. Samtidig kan det også hjelpe å vise Alfred hva som skal gjøres, for eksempel ved å vise frem vaskekluten. I tillegg bør det brukes ord. Rokstad (2005) påpeker at å vise frem objektet man snakker om, øker muligheten for forståelse hos pasienten. Dette kan ses i sammenheng med at pasienter med frontallapspdemens ikke klarer å forholde seg til det de ikke ser (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). Det vil kunne bidra til å forberede han på hva som skal skje og skape trygghet, som kan forebygge utfordrende atferd.

Pasienter med frontallapspdemens klarer ikke å forholde seg til mye stimuli (Rokstad, 2008a). Dersom sykepleieren informerer for mye, kan det tenkes at Alfreds usikkerhet og forvirring øker. Dette vil igjen kunne føre til økt utfordrende atferd. Vi opplever at i stell av pasienter med utfordrende atferd er man ofte to sykepleiere. Da viser erfaringene at dersom begge sykepleierne informerer og i tillegg snakker med hverandre, vil pasientens agitasjon kunne øke. På en annen side kan en sykepleier utføre oppgavene, mens den andre har fokus på pasienten og forklarer underveis. Dette har vist seg å kunne virke beroligende for pasienten. Erfaringene kan tyde på at informasjon kan virke forebyggende på utfordrende atferd, men at den må gis enkelt og tydelig. Det underbygges av Rokstad (2005) som sier at når setninger er

enkle og korte, er det lettere for pasienten å oppfatte. At sykepleieren klarer å formidle at hun ønsker å hjelpe, kan styrke relasjonen til Alfred (Travelbee, 2001).

Erfaringer rundt pasienter med frontallappsdemens, tilsier at det skaper trygghet når sykepleiere planlegger og møter pasienten likt. Dette forbindes med pasientenes nedsatte evne til planlegging og utføring av praktiske handlinger (Berentsen, 2010). Erfaringer fra praksis viser at når sykepleiere skal møte pasientene likt, utarbeides det ofte en holdningsplan. En holdningsplan beskriver hvordan miljøtiltakene rundt pasienten tilrettelegges, i tillegg til hvordan sykepleieren kommuniserer med pasienten (Aldring og helse, s.a.). Alfred har nedsatt impuls kontroll, og kan utagere i ulike situasjoner. Dersom han finner trygghet i at sykepleiere kommuniserer på lik måte, kan dette bidra til å forebygge utagering. På en annen side oppleves det at selvstendig tenking og vurdering er viktig. Det anses i sammenheng med at pasientene har en uforutsigbar atferd som følge av mangel på impuls kontroll (Engedal & Haugen, 2009). Forskning viser at improvisering ses på som en avgjørende egenskap i møte med pasienter med frontallappsdemens på grunn av den uforutsigbare atferden (Edberg & Edfors, 2008).

Nonverbal kommunikasjon bidrar til å tydeliggjøre sykepleieres intensjon (Travelbee, 2001). Å kommunisere med pasienter med frontallappsdemens setter andre krav enn til kommunikasjon med personer uten frontallappsskade (Rokstad, 2005). Da sykepleieren ikke når frem til pasienten via verbalt språk, blir nonverbal kommunikasjon enda viktigere. Ved langtkommen demens kan det være vanskelig å oppfatte verbalt språk, og nonverbal kommunikasjon kan bli en måte å opprette kontakt og forståelse hos pasienten på (Eide & Eide, 2007). Dette betyr at god bruk av nonverbal kommunikasjon kan forebygge utfordrende atferd hos Alfred. Nonverbal kommunikasjon kan bidra til å tydeliggjøre kommunikasjonen, og hindre misforståelser som kan medføre aggresjon (Engedal & Haugen, 2009).

På en annen side har pasienter med frontallappsdemens vanskeligheter med å tolke kroppsspråk og sanseinntrykk (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009; Berentsen, 2010). Dermed kan det stilles kritiske spørsmål til i hvor stor grad nonverbal kommunikasjon bidrar til å forebygge utfordrende atferd hos Alfred. Kilander, Landahl & Ingelsson (2009) indikerer likevel at pasienter med frontallappsdemens kan utagere hvis det verbale og nonverbale ikke samsvarer. Eide og Eide (2007) påpeker viktigheten av at toneleie og kroppsspråk samsvarer med det som formidles verbalt. Dette viser at sykepleieren må være bevisst på hvordan både

verbal og nonverbal kommunikasjon benyttes, for å forebygge utfordrende atferd hos Alfred. Han utagerer ofte under stell. Her kan det være viktig at sykepleierens verbale og nonverbale kommunikasjon samsvarer, for at Alfred skal bevare roen. Praktiserfaring viste at sykepleiere er opptatt av ikke å vise redsel i samhandling med pasienten, da dette kan øke uroen. For eksempel hvis Alfred viser tegn til begynnende utagering, vil han oppfatte om sykepleieren er redd eller usikker i situasjonen. Det vil kunne øke Alfreds uro ved at han oppfatter at han bør være redd, eller fordi det er misvisende at sykepleieren virker redd men sier at det går bra. Dette ses i sammenheng med at sykepleieren må skaffe seg tilstrekkelige kunnskaper for utførelse av tiltakene.

Hvordan kroppsspråket brukes kan avgjøre om sykepleieren opptrer som truende eller beroligende (Eide & Eide, 2007). Rokstad (2005) skriver at det lønner seg å møte personen med demens rett forfra for å få øyekontakt. På en annen side sier Liv Kristin Haga, instruktør i terapeutisk konflikthåndtering (TKH), at sykepleieren skal nærme seg pasienten fra siden. Dette oppleves mindre truende (personlig kommunikasjon, 6. februar 2015). Alfred har nedsatt impuls kontroll, og svekket evne til å se konsekvenser av sine handlinger (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009). Dersom sykepleieren kommer rett på Alfred, kan han reagere med å slå. Samtidig vil sykepleieren da befinne seg i en sårbar situasjon, hvor Alfred kan treffe med slaget. Om sykepleieren tilnærmer Alfred fra siden, kan det virke mindre truende. Det kan være at Alfred ikke oppfatter at sykepleieren nærmer seg, spesielt hvis sykepleieren kommer bakfra og inn på siden. Blir han overrasket, kan han også slå. Våre erfaringer tilsier at å nærme seg på skrått fremfor Alfred, kan være mest hensiktsmessig og minst truende.

Liv Kristin Haga, instruktør i TKH, sier at det kan forebygge utfordrende atferd å benytte speiling i møte med pasienter med frontallappdemens (personlig kommunikasjon, 6. februar 2015). Travelbee (2001) sier at speiling er å gjenspeile de følelsene pasienten uttrykker. Dersom sykepleieren ler da Alfred er sint, kan han reagere med utagering. Dette kan skyldes at han blir provosert, og ikke klarer å kontrollere reaksjonene. Samtidig kan uroen øke dersom sykepleieren blir sint da han er det. Hvis sykepleieren er rolig og viser forståelse for at han er sint, kan dette bidra til følelse av trygghet og forståelse. Speiling handler om å uttrykke forståelse for pasientens følelser (Travelbee, 2001). Dette kan igjen føre til forebygging av utagering.

Det er flere tiltak i forhold til kommunikasjon som kan virke forebyggende på utfordrende atferd. Det kan være rolige omgivelser, vise gjenstander, informere enkelt og tydelig, utarbeide holdningsplan og benytte nonverbal kommunikasjon.

5.2.2 Grensesetting

I dette underkapittelet vil det drøftes grensesetting som tiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Alfred.

Grensesetting er en måte å møte mennesker med frontallappsdemens på, og hjelpe de å få struktur i hverdagen (Engedal & Haugen, 2009). Strand (1990) beskriver grensesetting som en del av egostyrkende sykepleie, som handler om å hjelpe pasienten å kontrollere impulser. Alfred har problemer med dette, som kan føre til utagering. Han trenger hjelp til å sette grensene han ikke klarer å sette selv (Wogn-Henriksen, 2008). Grensesetting virker dermed forebyggende på utfordrende atferd.

Frontallappsdemens svekker evnen til å planlegge og bearbeide stimuli (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009; Rokstad 2008a). Det kan være vanskelig å forholde seg til valg (Rokstad, 2005). Få valgmuligheter kan dermed bidra til å forebygge utfordrende atferd. Sykepleieren kan spørre om Alfred vil ha brøds-kive med ost, fremfor å tilby fem ulike påleggstyper. Brukermedvirkningen, altså muligheten til å ta egne valg rundt eget liv, skal ivaretas (Lov om pasient- og brukerrettigheter, 1999). Bevares Alfreds brukermedvirkning da han ikke gis valgmuligheter? Han må ha muligheten til å si nei, og da gis et nytt valgalternativ. Frontallappsdemensen gjør at Alfred har svekket impuls-kontroll, og nedsatt terskel for aggresjon (Engedal & Haugen, 2009). Ved kjennskap til Alfred, kan sykepleieren presentere valgalternativet han vanligvis foretrekker først. Dette kan hindre at Alfred utagerer som følge av mange valgmuligheter, eller at han føler seg misforstått. Dette kan støttes av Travelbee (2001), som mener at sykepleieren må kjenne pasienten for å gi betydningsfull hjelp.

Grensesetting skal forebygge at Alfred skader seg selv eller andre med sin atferd (Rokstad, 2009). Alfred har hyperoralitet som medfører at han spiser mye, fort og ofte kaster opp. Det kan øke faren for kvelning og aspirasjon. Det vil si fare for å trekke mat og drikke ned i lungene (Lindskog, 2003). Grensesettende tiltak kan være at mat og drikke ikke er tilgjengelig utenom fastsatte tidspunkter. Dette hindrer at han spiser hele tiden, som også kan medføre kraftig vektøkning. Sykepleierne må håndheve dette likt, da Alfred kan bli forvirret hvis det

gjøres forskjellig (Rokstad, 2005). Samtidig kan Alfred bli sulten og tørst utenom disse tidene, uten å kunne uttrykke dette verbalt. Han kan dermed ty til utagering. Det kan være viktig at sykepleieren tilbyr mat og drikke ved tegn til uro. Under måltider kan Alfred serveres små porsjoner om gangen, i tillegg til at maten deles i mindre biter. Dette forebygger oppkast, kvalning og aspirasjon. En sykepleier bør sitte ved Alfred å minne han på å spise saktere, da frontallappskaden gjør det vanskelig å kontrollere dette selv. Engedal og Haugen (2009) understreker at grensesetting bør gjøres omsorgsfullt, men bestemt. Sykepleieren kan fremstå som belærende, nedlatende eller sint da grensene settes. Det er forskjell på sint å si «fy, ikke spis så fort», fremfor å si «husk å ta det med ro» på en mildere måte. Å være nedlatende kan krenke Alfreds følelser, og øke utagering fremfor å forebygge den (Wogn-Henriksen, 2008). Travelbee (2001) sier at å anklage pasienten for sykdommen vil være ødeleggende for forholdet. Skadene på Alfreds frontallapp gjør at han ikke kan styre atferden selv (Engedal & Haugen, 2009). Dersom sykepleieren mener at han kan det, vil det være ødeleggende for hvordan grensesettingen utføres. Samtidig må sykepleieren være bestemt og konkret, for å hjelpe Alfred (Rokstad, 2005).

En løsning for å forebygge utfordrende atferd, kan være å følge Alfred ut fra fellesarealet før den oppstår. For eksempel i forkant av måltider, eller når han viser tegn på agitasjon. For å se disse tegnene, er det viktig å kjenne Alfred. Det kalles å skjerme, og brukes blant annet for å redusere stimuli (Rokstad, 2005). Skjerming er en form for grensesetting (Strand, 1990). Alfred har svekket evne til å bearbeide stimuli, og overstimulering kan utløse utagering (Rokstad, 2008a). Skjerming hjelper pasienten å gjenvinne kontroll i en uoversiktlig situasjon (Hummelvoll, 2004). Ved mye stimuli eller tegn til agitasjon, kan sykepleieren forsøke å ta Alfred med på rommet en periode. Sykepleieren kan være der å hjelpe ham å samle seg (Hummelvoll, 2004).

På rommet kan sykepleieren tilby kaffe, og de kan snakke om temaer han interesserer seg for, som fiske og dyr. De kan også se på bilder av familien. Dette er i tråd med reminisens, som omhandler å fremkalle gamle minner (Berentsen, 2010). Det kan skape trygghet, samtidig er det viktig å kjenne Alfred og vite at det kjente frembringer positive minner. Ved frontallappdemens kan det være uforutsigbart hvordan pasienten reagerer på det kjente og kjære (Myskja, 2009). Dette kan ses i sammenheng med at pasienten kan bli likegyldig (Engedal & Haugen, 2009). Ved å benytte skjerming på denne måten, kan sykepleieren

forebygge utfordrende atferd hos Alfred før den oppstår. Erfaringene våre tilsier at dette er en metode som ofte brukes, og som kan ha god effekt. I tillegg har vi sett at uro ofte smitter mellom pasienter. Å skjerme Alfred vil derfor også ivareta de andre pasientene, ved å forebygge utfordrende atferd hos dem. Sykepleieren kan dermed ivareta alle pasientene på avdelingen. Samtidig er det viktig å unngå at Alfred oppholder seg på rommet over lengre tid. Han vil ha behov for noe sansestimulering, for å unngå inaktivitet og kjedsomhet (Rokstad, 2008b).

Når skjermingen på rommet gjøres til en hyggelig stund, kan Alfred oppholde seg der frivillig. Dermed slipper Alfred å oppleve skjerming som straff. Strand (1990) understreker at hvis skjerming skal ha effekt, må det tilstrebes at pasienten ikke opplever å straffes. Om Alfred ikke vil oppholde seg på rommet, vil det regnes som tvang om han må være der. Det kan tenkes at Alfred vil oppleve dette som provoserende, og kunne øke den utfordrende atferden. Dersom Alfred ikke lar seg skjerme frivillig når tegnene til utfordrende atferd oppstår, kan hans sykdomsbilde gjøre at det raskt utvikler seg til utagering. Han kan misforstå sykepleieren som forsøker å følge han på rommet, sånn at han utvikler forsvarsaggressivitet (Berentsen, 2010). Samtidig kan skadene i frontallappen gjøre at han utagerer uten forvarsel. Det trenger heller ikke være en åpenbar grunn, altså angrepsaggressivitet (Berentsen, 2010). At Alfred kan utagere uten forvarsel og tydelig årsak, gjør at det ikke bestandig vil være mulig å forebygge utfordrende atferd som en følge av frontallapssdemensen.

Når Alfred utagerer tyr han ofte til slag, spark og kasting av gjenstander. Dette kan skade han selv og andre, både personale og medpasienter. Ett tiltak vil være og fysisk holde han fast eller føre han ut av situasjonen med makt. Har sykepleier lov til dette? Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) sier at helsehjelp kun skal gis med pasientens samtykke. Samtidig åpner pasient- og brukerrettighetsloven (1999) i kapittel 4A for å gi helsehjelp til pasienter som motsetter seg, da det er fare for liv eller helse. Kravet er blant annet at pasienten ikke er samtykkekompetent. Det vil si tapt forståelse til å samtykke rundt valg i eget liv (Johnsen & Smebye, 2008). Johnsen og Smebye (2008) sier at demente ofte er i denne gruppen. Pasienter med frontallapssdemens mister ofte samtykkekompetansen tidlig, grunnet mangelen på impuls kontroll og hemninger. Ut fra kunnskapen om Alfreds demenssykdom er det sannsynlig at han ikke er samtykkekompetent, blant annet fordi han ikke kan se konsekvenser av valg eller styre impulser. I tillegg er det fare for helse når han utagerer. Sykepleieren har også et ansvar om å beskytte de andre pasientene mot at Alfred skader dem.

Samtidig er det viktig å være klar over at selv om Alfred mister samtykkekompetansen på et område i livet, kan han fortsatt beholde den i forhold til andre deler (Johnsen & Smebye, 2008).

Pasient – og brukerrettighetsloven (1999) sier at det skal fattes tvangsvedtak dersom atferden er forventet å gjenta seg. Vedtaket skrives av sykepleiere som kjenner han godt, før det sendes til fylkeslegen. Dette kan for eksempel gjelde dersom personlig hygiene ved avføring ikke lar seg gjennomføre uten utagering, til tross for forebyggende tiltak. Straffeloven (2005) §17 og Lov om helsepersonell (1999) §7 åpner for bruk av nødrett. Den åpner for at sykepleier kan gripe inn dersom det er nødvendig for å hindre skade på liv eller helse. Nødrett kan gjelde dersom Alfred plutselig utagerer mot en annen pasient. Alfred vil ikke lengre vite hvordan han opptrer i samvær med andre, eller klare å vurdere konsekvensene av sine handlinger. I tillegg vil impuls kontrollen være svekket, og misforståelser kan lett oppstå (Kilander, Landahl & Ingelsson, 2009; Rokstad, 2008a). Dette gjør det sannsynlig at bruk av tvang vil kunne oppstå i omsorgen av Alfred, siden han ikke har mulighet til å kontrollere atferden sin. Dette kan gjøre at situasjoner kan oppstå hvor Alfred står i fare for å skade seg selv eller andre, og må hindres fra dette.

For å bruke tvang skal tillitsskapende tiltak skal være forsøkt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det vil være tiltak som skaper tillitt til sykepleieren (Kirkevold, 2008). Igjen kan det stilles spørsmål om Alfred kan ha tillitt til sykepleieren i samsvar med Travelbees (2001) menneske-til-menneske-forhold, dersom Alfred opplever hver dag som det innledende møtet. Likevel kan tillitsskapende tiltak forsøkes, for å forebygge utvikling av utfordrende atferd. At Alfred tilbys kaffe og at sykepleieren benytter reminisens kan være et eksempel. Sykepleieren skal bestandig etterstrebe å unngå bruk av tvang. Om tvang må benyttes skal den være av kortest mulig varighet, og brukes minst mulig (Johnsen & Smebye, 2008). Å holdes med makt kan være en traumatisk og skremmende opplevelse for Alfred. Pasienter med frontallapspdemens bevarer ofte minnet langt ut i sykdomsforløpet (Engedal & Haugen, 2009). Alfred har betydelig svekket hukommelse, men mange pasienter kan huske utageringen. Vi har sett at pasienter med frontallapspdemens kan ha dårlig samvittighet i etterkant. På denne måten kan tvang muligens regnes som et forebyggende tiltak, siden det hindrer Alfreds utagering i å fortsette. Tvang kan dermed hindre dårlig selvfølelse i etterkant.

Grensesetting bidrar til å sette grenser pasientene ikke kan sette selv. Få valgmuligheter og skjerming vil være forebyggende tiltak, og i enkelte tilfeller blir det vanskelig å unngå bruk av tvang.

5.2.3 Musikk

I dette underkapitlet drøftes bruk av musikk som sykepleietiltak.

I de senere årene har det blitt mer fokus på musikk i demensomsorgen (Berentsen, 2010). Bruk av musikk kan ha mange positive effekter, som å bedre sosiale forhold, redusere agitasjon og uro, takle følelsesmessige reaksjoner, øke tidlige evner og frembringe gode minner (Myskja, 2009). Musikk kan skape trygghet, mestringsfølelse og øke oppmerksomhet og konsentrasjon (Sløgedal, 2010). Travelbee (2001) mener at selv om en sykdom er uønsket, er det fortsatt mulig å oppleve meningsfulle erfaringer. Det kan tenkes at Alfred opplever mening, ro og velvære ved bruk av musikk. Samtidig har han svekket hukommelse, og målet med sykepleien blir dermed kanskje å skape gode øyeblikk. Når pasienter hører musikk, begynner de ofte å synge med. Ordene kan komme lettere og tydeligere frem enn i verbal samtale (Berentsen, 2010).

Musikk kan benyttes i grupper, da brukes CD, levende musikk, allsang og ofte bevegelser til rytmen (Rokstad, 2008b). Dersom bevegelse benyttes, må musikken være tilpasset melodi, rytme og tempo. Bruk av de samme sangene og bevegelsene bidrar til gjenkjennelse og trygghet (Sløgedal, 2010). Dersom Alfred skal delta på gruppeaktiviteter kan han være avhengig av klare regler og veiledning av sykepleier underveis. Dette kan ses i sammenheng med hans manglende impulskontroll (Rokstad, 2008a). Rokstad (2008b) sier at de pasientene med størst behov for bistand, trenger personalet ved siden av seg. Alfred har en ukritisk sosial atferd som kan vanskeliggjøre hans sosiale omgang. Musikk som gruppeaktivitet blir dermed en måte for han å være sosial. Det kan gi velvære og mestringsfølelse, som forebygger utfordrende atferd. Dette underbygges av at sosial omgang er et grunnleggende behov hos alle mennesker i følge Virginia Henderson (Mathisen, 2011).

Musikk i grupper krever oppmerksomhet og konsentrasjon av de som deltar (Sløgedal, 2010). Pasienter med frontallappdemens har svikt i de kognitive evnene, deriblant oppmerksomhet og konsentrasjon (Engedal & Haugen, 2009). I tillegg er det vist at mye stimuli kan øke uro og agitasjon. Dette gjør at bruk av musikk i grupper kan ha negative virkninger for Alfred.

Det er mye å ha fokus på og konsentrere seg om, som kan gjøre situasjonen uoversiktlig. Dersom han ikke klarer å gjennomføre på en god måte, kan han få svekket mestringsfølelse, og muligens utvikle utfordrende atferd. Vår erfaring tilsier at musikk i grupper kan være en krevende aktivitet for mennesker med frontallappdemens, selv om mange finner glede i det. I tillegg til konsentrasjonsvansker, kan den sosialt ukritiske atferden ta litt overhånd. Det kan for eksempel være kritikk av andre som kan virke sårende, eller høylytt prat underveis som kan virke irriterende.

Det er usikkert hvordan gruppeaktivitet påvirker Alfred, men det finnes også andre måter å benytte musikk for å forebygge utfordrende atferd. Dette kan være musikk som avspenning. Denne formen for bruk av musikk anvendes alene eller i mindre grupper (Sløgedal, 2010). Musikk kan øke konsentrasjon og oppmerksomhet ved demens, og Alfred vil kanskje ha bedre utbytte om det er mindre å forholde seg til. Musikken bør ha et rolig tempo uten tekst. Kjent klassisk musikk med bruk av soloinstrumenter som fløyte eller klarinett er å anbefale (Sløgedal, 2010). Musikken skal redusere spenning, stress og uro (Rokstad, 2008b). Det er kjent at Alfred opplever mye uro og utagering. Dette indikerer at avspennende musikk kan ha effekt for å forebygge hans utfordrende atferd. Den kan brukes i stellesituasjoner og etter mye stimuli, som ofte er årsak til utagering. Myskja (2009) sier at mye tyder på at musikk kan forebygge utagering i stell. I tillegg kan sykepleier bruke sang og rytme for å skape godt samarbeid med Alfred.

Musikk kan stimulere sansene, men for langvarig bruk kan føre til overstimulering, som igjen kan føre til agitasjon. Det er anbefalt å spille musikk i maks 30 minutter (Sløgedal, 2010). Selv om Sløgedal (2010) sier at bruk av samme musikk fører til gjenkjennelse, kan det også tenkes at Alfred går lei om musikken aldri varieres. Samtidig er det usikkert om Alfred vil kjenne igjen musikken på grunn av sin nedsatte hukommelse. Muligens kan det være at han opplever å høre musikken for første gang hver gang. Alfred har tidligere vært glad i musikk, derfor kan det tenkes at dette kan ha positiv effekt. Likevel har han vært mest glad i countrymusikk, og hva han synes om klassisk musikk er usikkert. Dersom han misliker musikken kan det føre til irritasjon og uro (Rokstad, 2008b).

Det kan hende at individrettet musikk med bruk av countrymusikk kan ha bedre effekt hos Alfred, både til avslapning og i stell. Når Alfred har sluppet av tidligere er det denne typen musikk han har lyttet til. Forskning viser at individrettet musikk kan overskygge forstyrrende

stimuli og dempe uønsket atferd. Kjent musikk kan frembringe positive minner (Bragstad & Kirkevold, 2010). Samtidig har pasienter med frontallappdemens usikker effekt av kjent musikk, da frontallappskadene gjør at musikken kan oppfattes som plagsom (Myskja, 2009). I tillegg er Alfreds hukommelse svekket, som kan føre til at gamle minner og sanseopplevelser er tapt. Dette kalles episodisk hukommelse. Dersom minner og sanseopplevelser er bevart, vil det mest sannsynlig dreie seg om eldre minner (Berentsen, 2010). Derfor vil det være usikkert om kjent musikk frembringer gode minner. Likevel kan bruk av musikk forebygge utfordrende atferd (Myskja, 2009). Det viser at sykepleier må prøve seg frem på hva som har effekt hos Alfred, da hva han liker kan ha endret seg med sykdommen.

Bruk av musikk kan ha effekt på utfordrende atferd. Kjennskap til pasienten er avgjørende for å vite hva som fungerer. Det er viktig å være klar over at det etterlyses mer forskning på virkningen av musikk i demensomsorgen (Bragstad & Kirkevold, 2010).

5.2.4 Sanseshage

Bruk av sanseshage som sykepleietiltak vil drøftes i dette i underkapittelet.

En sanseshage i demensomsorgen er en avgrenset hage med elementer som skal stimulere pasientenes sanser i forhold til syn, lukt, hørsel, føling og smak (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Stimulering av sansene kan gi mening i hverdagen, men siden pasientene har vanskeligheter med å skille positiv fra forstyrrende stimuli, trenger de at det gjøres på en bevisst måte (Rokstad, 2008b). Sanseshagene kan være knyttet til skjermede enheter i sykehjem. Hensikten med sanseopplevelsene er å fremkalle tidligere minner som kan skape trivsel, trygghet og økt livskvalitet. Sanseshagen bør ha brede, trygge stier som fører pasientene på en runde som ender opp ved utgangspunktet. Det bør være noe helling på stiene, for at pasientene skal ha følelse av å bevege seg utendørs (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Hagen bør være avgrenset med gjerde eller hekk, som gjør det trygt for pasientene å bevege seg fritt (Rokstad, 2008b). Forskning antyder at sanseshager kan ha positiv effekt på pasienter med demens (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Alfred har tidligere vært glad i å være ute, derfor kan sanseshage være et godt alternativ for å bedre hverdagen hans og forebygge utfordrende atferd. Berentsen, Grefsrød og Eek (2007) indikerer at sanseshager kan bidra til å redusere symptomer som angst, uro, aggresjon og mangel på hemninger. Dette er utfordringer Alfred har i hverdagen som kan utløse utfordrende atferd. Vår erfaring er at pasientene bruker hagen

jevnlig da været tilsier det, og uroen avtar ofte fremfor når de er inne. De gir tydelig uttrykk for trivsel og glede ved å være utendørs.

Sansehagen bør inneholde ulike planter. Dette kan være ulike blomster, epletrær, bærbusker og jordbærplanter, hvor syn, smak, lukt og følesansen tas i bruk (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Mange eldre er vant til å være ute å arbeide i hagen. Det kan gjelde Alfred også, litt avhengig av hvor og hvordan han har bodd tidligere. Sansestimuleringen kan da gi han kjente og kjære minner, som gir følelse av velvære og trygghet. Disse følelsene kan forebygge utagering, siden han har det bra i situasjonen. Samtidig er det viktig å være klar over at følelsene rundt aktiviteter i hagen, kan ha forandret seg med utviklingen av frontallappsdemensen. Dette kan ses i sammenheng med likegyldighet og tap av interesser (Engedal & Haugen, 2009).

Plantene skal ikke være giftige eller ha torner, da pasientene kan spise plantene uten å forstå hva det er (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Sett i sammenheng med Alfreds hyperoralitet, er det fare for at han kan smake på plantene. Dersom han stikker seg på torner kan han bli irritert på grunn av manglende impuls kontroll. Han kan også trenge oppfølging for å ikke spise ubegrenset av bær og frukt. Berentsen, Grefsrød og Eek (2007) påpeker at pasienter med frontallappsdemens ikke bør styre aktiviteter i hagen selv, da de trenger tydelig veiledning i hva de kan gjøre. Dette ses i sammenheng med grensesetting. Samtidig trenger kanskje ikke sykepleieren å «fotfølge» Alfred til enhver tid, da dette kan oppleves som overvåking og dermed utløse aggresjon. Likevel bør sykepleieren hele tiden ha oversikt over Alfreds aktiviteter, for å ha muligheten til å gå inn å hjelpe han å kontrollere impulser.

Kjente elementer som pasientene kjenner igjen, kan styrke deres identitetsfølelse. Eksempler er vedstabler, flaggstang, vanndam, fontene og fuglebrett (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Det er flere elementer som kan være gjenkjennbare for Alfred. For eksempel har han vært glad i fiske. En vanndam med fontene og eventuelt fisker, kan være av interesse og gi trivsel. Vann gir i tillegg god sansestimulering, og kan ha beroligende effekt. Hvis man velger å ha vanndam bør den ikke være dyp, da pasientene kan drukne (Chalfont, 2008). Forskning viser at bruk av sansehage bør være individrettet (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Ved å bruke elementer Alfred har vært glad i, som vann og fiske, kan hans identitet ivaretas. Dersom han trives er det mindre sannsynlig at han vil utagere. Bruk av elementer fra tidligere i livet hans ivaretar hvem han var før symptomene kom til syne. Dette samsvarer med Travelbees (2001)

teori om å se mennesket bak sykdommen. Faren ved bruk av sansehage kan være at det blir mer stimuli enn Alfred kan bearbeide, som kan gi agitasjon. Berentsen, Grefsrød og Eek (2007) sier at det skal være maks tre kjente elementer for å unngå forvirring.

Ved bruk av sansehage, kan Alfred delta i oppgaver som raking av løv, fore fugler og fisk og vanning av planter. Dette kan gjøre at Alfred opplever mestring og føler seg nyttig, som kan forebygge utagering (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Samtidig får han brukt energi, som kan gjøre at han slapper av bedre etterpå. På en annen side har vi erfart at slitne pasienter ofte kan ha økt tendens til uro og utagering. Tidsbruken vil også her spille en rolle, da for mye inntrykk kan øke utfordrende atferd. At sykepleieren styrer aktiviteten er viktig, i tillegg til kjennskap til Alfred i samsvar med Travelbee (2001). Hvis Alfred utagerer med for eksempel en rive i hånden, kan dette skape farlige situasjoner med fare for skader.

Hagen kan ha avskjermede sitteplasser, for å unngå overstimulering. De bør ha gjenkjennende elementer som ved et lysthus eller en vanddam, og ha vegetasjon som skjermer og skaper trygghet (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). I tillegg bør sittemøblene være solide, og hindre gjenskinn. Det bør helst være tremøbler (Chalfont, 2008). Lytting til fuglekvisper kan virke beroligende (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007). Alfred kan benytte slike sitteplasser, og koble av fra overstimulering i et gjenkjennbart miljø. Det kan være et alternativ til skjerming på rommet hans, da det kan oppfattes som friere. At Alfred opplever trygghet og trivsel, og kan roe ned på slike sitteplasser, kan fungere som forebyggende for hans utfordrende atferd.

Bruk av sansehage kan skape trygghet, trivsel og økt livskvalitet om den tilpasses hver enkelt pasient. Likevel etterlyses det mer forskning på området (Kirkevold & Gonzalez, 2012).

5.3 Evaluering av sykepleietiltak for å forebygge utfordrende atferd hos Alfred

Her vil det kort drøftes evaluering av sykepleietiltakene som skal forebygge utfordrende atferd hos Alfred.

Evalueringen handler om å vurdere om sykepleietiltakene har ført til at sykepleiemålene har blitt oppfylt (Rotegård & Solhaug, 2011). Hos Alfred vil det omhandle om forekomsten av utfordrende atferd er redusert, og om dette har ført til bedre livskvalitet. Evalueringen bør gjøres jevnlig, og dersom det ikke er noen bedring bør tiltakene revurderes (Rotegård & Solhaug, 2011). Med tanke på Alfreds frontallappsdemens, er det naturlig at sykepleier og

eventuelt pårørende vil utføre evalueringen. For at den skal gjøres på en god måte, må målet være konkret og realistisk (Rotegård & Solhaug, 2011). Det er urealistisk å forvente at Alfreds utfordrende atferd skal avta helt, da de degenerative forandringene er permanente. Tiltakene vil derfor heller dreie seg om reduksjon i atferden, for at han skal få en bedre hverdag. En mulighet i evalueringen kan være at DCM-observatøren gjennomfører en ny kartlegging for eksempel en måned etter igangsetting av tiltakene, for å se etter bedring hos Alfred.

Første steg for å bedre Alfreds utfordrende atferd, vil være å kartlegge og vurdere ressurser (Rotegård & Solhaug, 2011). DCM kan benyttes i denne fasen. Mål, sykepleiediagnoser og planlegging må være på plass før tiltakene igangsettes. Mulige tiltak vil være i forhold til kommunikasjon, grensesetting og bruk av sansehage og musikk. Resultatene av tiltakene må evalueres underveis.

6.0 Konklusjon

Gjennom denne besvarelsen har vi sett på ulike tiltak for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med frontallappsdemens. Det er vanlig at atferdsmessige og psykologiske symptomer oppstår hos de som er rammet av sykdommen (Engedal & Haugen, 2009). Disse symptomene kan føre til utfordrende atferd i form av slag, spark, spyting og skjellsord som vi ser hos Alfred. Forskning av Rognstad og Nåden (2011) viser at sykepleiere som utsettes for denne atferden kan risikere å frykte pasientens atferd. At sykepleiere har kunnskap om å møte utfordrende atferd ses på som viktig for å unngå redsel og å møte pasienten på en god måte. Samtidig kan det tenkes at den utfordrende atferden er slitsom for pasienten, og kan redusere livskvaliteten.

I følge sykepleieprosessen vil første steg være å kartlegge pasientens utfordrende atferd og vurdere ressurser (Rotegård & Solhaug, 2011). I Alfreds tilfelle ser vi at mange av hans ressurser er tapt, da må sykepleieren gå aktivt inn å kompensere for flere av disse. DCM er en metode for å kartlegge pasientens utfordrende atferd (Chenoweth et al., 2009). Dette kartleggingsverktøyet har fokus på hvert enkelt individ i samsvar med Travelbee (2001) sin teori om å se personens egenart. DCM skaper bevissthet rundt hva som utløser utfordrende atferd og hva som kan forebygge den. Samtidig blir sykepleierne mer reflektert og trygge i samhandling med pasienten (Rokstad & Vatne, 2011).

Neste steg vil være å utforme sykepleiediagnose og –mål før sykepleietiltak iverksettes. Tiltakene må planlegges før de kan igangsettes (Rotegård & Solhaug, 2011). Mulige tiltak kan dreie seg om kommunikasjon, grensesetting, bruk av musikk og sansehage. Det er viktig at tiltakene tilpasses den enkelte pasienten for å oppnå best mulig effekt. Ved gjennomføring av tiltakene bør overstimulering unngås.

Evaluerer er viktig for å vurdere om tiltakene oppfyller målene (Rotegård & Solhaug, 2011). Samtidig vet vi at frontallappsdemens er en kronisk sykdom (Engedal & Haugen, 2009). Dette gjør det usannsynlig at den utfordrende atferden vil forsvinne helt. Likevel mener vi at gode, gjennomtenkte tiltak og trygge sykepleiere kan kunne minske forekomsten av utfordrende atferd, og forhåpentligvis bidra til at pasienten får en bedre livskvalitet.

Vi opplever at det er lite forskning som er spesifikt rettet mot frontallappsdemens og utfordrende atferd. Samtidig vet vi at ifølge Engedal og Haugen (2009) er frontallappsdemens, ikke inkludert i det internasjonale klassifikasjonssystemet for diagnostisering; International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10). Vi tenker derfor at det er ønskelig med videre forskning og fokus på frontallappsdemens for å møte pasienten på best mulig måte. Dette ses i sammenheng med at forekomsten av demens stadig øker, og at det også er en reell problemstilling i årene fremover (Helsedirektoratet, 2014).

7.0 Referanseliste

*Aldring og helse. (s.a.). *Holdningsplan er en individuell miljøbehandlingsplan*. Lokalisert på <http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljøbehandling/18708> (Antall sider: 1).

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Berentsen, V. D., Grefsrød, E.-E. & Eek, A. (2007). *Sansehage for personer med demens: Utforming og bruk*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 139).

*Bragstad, L & Kirkevold, M. (2010). Individualisert musikk for mennesker med demens. *Sykepleien forskning*, 5(2), 110-118.
<http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2010.0067> (Antall sider: 9).

*Chalfont, G. (2008). *Design for Nature in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley Publishers (Antall sider: 5).

*Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y-H., Brodati, H., Stein-Parbury, J., Norman, R...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. *The 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: 9).

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

*Edberg, A-K. & Edfors, E. (2008). Nursing care for people with frontal-lobe dementia-difficulties and possibilities. *International psychogeriatrics*, 20(2), 361-374.
<http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.1017/S1041610207005595> (Antall sider: 15)

*Engedal, K. (2009). *Studiehefte. Demensomsorgens ABC: Andre demenssykdommer. Perm 1* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 4).

*Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 424).

*Folkehelseinstituttet. (2015). *Hvor mange har demens i Norge?* Lokalisert på: <http://www.fhi.no/artikler/?id=109112> (Antall sider: 1).

*Helsedirektoratet. (2014). *Demens*. Lokalisert på <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx>

Hummelvoll, J. K. (2004). *HELT- ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Johnsen, L. & Smebye, K. L. (2008). Bruk av tvang i demensomsorgen. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 207 – 231). Oslo: Akribe.

*Kilander, L., Landahl, P. & Ingelsson, M. (2009). *Frontallobsdemens: den förbryllande sjukdomen*. Stockholm: Gothia förlag (Antall sider: 171).

Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2010). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten* (s. 113-122). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kirkevold, M. & Gonzalez, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, 7(1), 52-64. <Http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0029> (Antall sider: 13).

*Kirkevold, Ø. (2008). Lovtekst trer i kraft 1. januar 2009: Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. *Demens & Alderspsykiatri*, 12(4), 6-7. Lokalisert på <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=1589> (Antall sider: 2).

*Lindskog, B. I. (2003). *Gyldendals store medisinske ordbok*. Oslo: Gyldendal (Antall sider: 1).

*Ljøstad, U. & Mygland, Å. (2014). *Frontotemporal demens (FTD)*. Lokalisert på: <http://nevro.legehandboka.no/demens-og-delir/frontotemporal-demens-39242.html> (Antall sider: 1).

Lov om helsepersonell m.v., LOV-1999-07-02-64. § 7. (2015).

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. (2015).

Mathisen, J. (2011). Hva er sykepleie? Virginia Hendersons svar. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 149-168). Oslo: Akribe.

*Myskja, A. (2009). Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), 149-158. Lokalisert på: <http://www.idunn.no> (Antall sider: 10).

*Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2014). *Hva er demens?* Lokalisert på http://www.nasjonalforeningen.no/no/demens/Om_demens/ (Antall sider: 1).

Ranhoff, A. H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 137-147). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Rasmussen, H. & Hellzen, O. (2013). The meaning of long-term caregiving for patients with frontal lobe dementia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8. <http://dx.doi.org.ezproxy.hihm.no/10.3402/qhw.v8i0.19860> (Antall sider: 11).

*Rognstad, M-K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen-pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 143-155. Lokalisert på <http://www.Idunn.no> (Antall sider: 13).

Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs: Når atferd blir vanskelig å mestre* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 190).

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

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

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

Rokstad, A. M. M. (2008d). Kompetanseutvikling hos personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 340-350). Oslo: Akribe.

*Rokstad, A. M. M. (2009). *Studiehefte. Demensomsorgens ABC: Atferdsendringer hos personer med demens. Perm 1* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 22).

*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)

Rotegård, A. K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I I. M. Holter & T. E. Mekki (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (4. utg., s. 190-212). Oslo: Akribe.

*Sløgedal, I. (2010). *Studiehefte. Demensomsorgens ABC: Musikk, bevegelse og avspenning. Perm 2* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 24).

*Solheim, K. V. (2009). *Studiehefte. Demensomsorgens ABC: Brukerveiledning og læring. Kommunikasjon. Perm 1* (2. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall ord: 18).

Straffeloven, LOV-2005-05-20-28. § 17. (2014).

Strand, L. (1990). *Fra kaos mot samling, mestring og helhet: Psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (Antall sider: 287).

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

*Yuhas, N., McGowan, B., Fontaine, T., Czezh, J. & Gambrell-Jones, J. (2006). Psychosocial interventions for disruptive symptoms of dementia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 44(11), 34-42. Lokalisert på <http://www.healio.com/psychiatry/journals/jpn> (Antall sider: 9).

Antall sider med selvvalgt litteratur (*): 1387.

Vedlegg 1

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Frontal lobe dementia	Prevent		Increased quality of life
Frontotemporaldementia	Forebygge		Bedre livskvalitet
Frontotemporaldemens	Kommunikasjon		
Frontallappsdemens	Musikkterapi		
Challenging behavior	Sansehage		
Disruptive symptoms	Dementia care mapping		
Utfordrende atferd			

Vedlegg 2

Dato	Antall treff	Database	Søkeord	To kombinasjonsord	Tittel
15.01.15	1436	Oria	Frontal lobe dementia		The meaning of long-term caregiving for patients with frontal lobe dementia
15.01.15	1436	Oria	Frontal lobe dementia		Nursing care for people with frontal-lobe dementia-difficulties and possibilities
15.01.15	6	Cinahl		Frontal lobe dementia And Communication	Psychosocial interventions for disruptive symptoms of dementia (Fagartikkel)
23.01.15	65	Idunn	Demens		Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre (Fagartikkel)
23.01.15	3	Idunn	Frontotemporal demens		Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleierens perspektiv
23.01.15		Sykepleien forskning	Utfordrende atferd		Individualisert musikk for personer med demens
26.01.15		Sykepleien forskning	Dementia care mapping		Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling
28.01.15		Sykepleien forskning	Sansehage		Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens

Vi fant i tillegg forskningsartikkelen *Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial* i referanselisten til artikkelen *Dementia care mapping as a research tool* av Sloane, Brooker, Cohen, Douglass, Edelman, Fulton...Zimmerman (2006).