



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for folkehelse

4BACH

Cicilie Skottnes Widsteen og Marita Arntsen

Veileder: Jan Stensland Holte

Bacheloroppgave i sykepleie

Tema: Å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

Subject: To prevent challenging behaviour with
dementia patients.

Antall ord: 12 948

BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket JA x NEI

Samtykker til tilgjengeligjøring i digitalt arkiv Brage JA X NEI

Sammendrag

Tema: Å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

Formål: Formålet med denne oppgaven er å øke kunnskapen om demens, symptomer på demens og hvordan sykepleieren kan forebygge utfordrende atferd hos denne pasientgruppen.

Problemstilling: «Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos en pasient med langkommet demensdiagnose på skjermet enhet?»

Metode: Denne oppgaven er en litteraturstudie som bygger på fag- og forskningsartikler, selvvalgt litteratur, pensum litteratur og våre erfaringer fra praksis.

Resultat og konklusjon: Sykepleieren kan forebygge utfordrende atferd ved å benytte og iverksette tiltak som DCM-kartlegging, kommunikasjon for å skape relasjon og miljøtiltak som måltider, musikk, sansehager, massasje og aromaterapi. Det er viktig at tiltakene er tilpasset hver enkelt pasient, da ikke alle tiltakene har samme effekt på alle pasienter. Sykepleieren må ha kunnskaper og kompetanse om sykdommen og symptomene for å kunne forebygge utfordrende atferd og møte utfordringene som kan forekomme.

Innhold

| | |
|--|--------------|
| Sammendrag | s. 2 |
| 1.0 Innledning | s. 5 |
| 1.1 Innledning og bakgrunn for valgt tema..... | s. 5 |
| 1.2 Problemstilling..... | s. 6 |
| 1.3 Avgrensing..... | s. 6 |
| 1.4 Oppgavens disposisjon..... | s. 7 |
| 2.0 Metode | s. 8 |
| 2.1 Valg av metode..... | s. 8 |
| 2.2 Litteratursøk..... | s.8 |
| 2.3 Fremgangsmåte for artikkelsøk..... | s. 9 |
| 2.4 Vurdering av selvvalgt litteratur..... | s. 10 |
| 2.5 Presentasjon av forskningsartikler..... | s. 12 |
| 2.5.1 <i>God omsorg for urolige personer med demens</i> | s.12 |
| 2.5.2 <i>Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling...</i> | s.12 |
| 2.5.3 <i>Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens</i> | s. 13 |
| 2.5.4 <i>Caring for Aged Dementia Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia- care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial</i> | s 13 |
| 2.5.5 <i>Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia</i> | s. 13 |
| 2.5.6 <i>Gir personerintert demensomsorg</i> | s.14 |
| 2.5.7 <i>Demens-faktaark</i> | s.14 |
| 2.5.8 <i>Hva er forebygging?</i> | s.14 |
| 2.6 Kildekritikk..... | s. 15 |
| 3.0 Teori | s. 16 |
| 3.1 Innledning..... | s. 16 |
| 3.2 Demens..... | s. 16 |
| 3.2.1 <i>Symptomer</i> | s.17 |
| 3.2.2 <i>Ulike fasene av demens</i> | s.18 |
| 3.3 Utfordrende atferd..... | s. 18 |

| | | |
|------------|--|--------------|
| 3.4 | Joyce Travelbees sykepleieteori..... | s. 19 |
| 3.5 | Personorientert omsorg..... | s. 20 |
| 3.6 | Skjermet enhet..... | s. 21 |
| 3.7 | Miljøterapi..... | s. 21 |
| 3.8 | Miljøbehandling og miljøtiltak..... | s. 22 |
| 3.9 | Dementia care mapping (DCM) for å utvikle personorientert demensomsorg..... | s. 23 |
| 3.10 | Forebygging..... | s. 24 |
| 3.11 | Kommunikasjon..... | s. 24 |
| 3.12 | Berøring..... | s. 26 |
| 3.13 | Intimsoner..... | s. 26 |
| 4.0 | Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos pasient med langkommet demensdiagnose på skjermet enhet?..... | s. 27 |
| 4.1 | Skape relasjon gjennom kommunikasjon..... | s.27 |
| 4.2 | Kjenne pasientens reaksjoner | s. 30 |
| 4.3 | Skape trygghet gjennom miljøtiltak..... | s. 34 |
| 4.3.1 | <i>Måltid</i> | s.35 |
| 4.3.2 | <i>Musikk</i> | s. 36 |
| 4.3.3 | <i>Sansehager</i> | s. 37 |
| 4.3.4 | <i>Massasje og aromaterapi</i> | s. 38 |
| 5.0 | Konklusjon..... | s. 40 |
| 6.0 | Litteraturliste..... | s. 41 |

1.0 Innledning

1.1 Innledning og bakgrunn for valgt tema

I denne bacheloroppgaven har vi valgt å ta for oss nyttige og effektive tiltak i møte med pasienter med diagnosen demens. Utfordrende atferd kan skape uro, aggresjon, slåing, sinne som både påvirker pasienten selv, pårørende og personalet. På grunn av dette er det svært viktig å ha kompetanse på hvordan man kan iverksette tiltak for å forebygge utfordrende atferd. I drøftingsdelen skal vi diskutere tre hovedpunkter som tar for seg ulike tiltak, Vi skal også vise nyttige metoder som kan bidra til forebygging av utfordrende atferd, samt føre til god livskvalitet. Rustøen (2001) beskriver at livskvalitet omhandler den enkelte persons opplevelse av en bestemt situasjon.

Vi har valgt problemstillingen ut ifra egne praksiserfaringer i møte med pasienter med demens, og deres varierende livskvalitet. Gjennom våre erfaringer har vi opplevd at pasienter med noe langtkommet demensdiagnose ofte får redusert sin livskvalitet på skjermet enhet, da mange kan bli isolert fra omverdenen. Samtidig er dette et tema vi som sykepleiere ofte møter. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere er bevisst på å se personen bak sykdommen, og bygge en identitet rundt pasienten slik at han klarer å ivareta integriteten. Dette spesielt ved demensrammede da personen bak sykdommen ofte blir glemt.

Ved å fordype oss i dette temaet ønsker vi en økt kunnskap slik at vi klarer å jobbe mer positivt og kvalitetssikret for pasientene på skjermet enhet, som kan føre til en god og verdifull livskvalitet. Med dette ønsker vi å få en større forståelse for demens, deres opplevelse av sykdommen, hvilke behov de har for god livskvalitet og årsaken til utfordrende atferd. Denne kunnskapen kan bidra til at vi som sykepleiere kan være i forkant og forebygge og tilrettelegge for pasientene. Dette kan føre til mindre utagering, noe som igjen bidrar til en bedre hverdag. I møte med pasientene kan dette hjelpe oss med å skape gjensidig tillit, respekt og bygge gode relasjoner. Samtidig kan dette føre til at vi som sykepleiere blir mer bevisst på våre holdninger og væremåte.

1.2 Problemstilling

Tema i denne oppgaven er forebygging av utfordrende atferd ved langkommet demens. For å kunne besvare dette kom vi fram til følgende problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos en pasient med demensdiagnose på skjermet enhet?

1.3 Avgrensning

For å kunne overholde retningslinjene og tidsbruken for oppgaven, har vi foretatt noen avgrensninger. I denne oppgaven har vi valgt å avgrense tema til å omhandle pasienter med langkommet demens over 65 år. Arenaen vi har valgt, er en skjermet enhet på sykehjem. I praksis har vi møtt denne pasientgruppen på skjermet enhet, noe som er årsaken til vårt valg av avgrensingsområde.

Etter å ha lest forskjellig litteratur har vi funnet flere atferdsbegrep, som problematferd, avvikende atferd, aggressiv atferd, utagerende atferd og utfordrende atferd. Vi har valgt å bruke begrepet utfordrende atferd, da dette beskriver flere typer atferdsproblemer. Begrepet utfordrende atferd benyttes når atferden hos demensrammede sees på som en utfordring for mennesker rundt. I denne oppgaven vil vi fokusere på hvordan sykepleieren gjennom samhandling og miljøtiltak kan forebygge utfordrende atferd for pasienter med langtkommet demens.

I oppgaven har vi skrevet generelt om de ulike demenssykdommene, symptomer og de ulike fasene ved demens, da dette er relevant for å få en forståelse av hvordan atferden til pasientene kan påvirkes av sykdommen.

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleierteori og Tom Kitwood sin teori om personorientert omsorg. Slik vi ser det er Travelbee sine synspunkter for mellommenneskelig relasjoner og kommunikasjon relevant i møte med pasienter med langtkommet demens og vil dermed være til hjelp i vår besvarelse av problemstillingen. Tom Kitwood sin teori om personorientert omsorg vil hjelpe sykepleierne til å ta fokuset bort fra demensdiagnosen, og heller legger vekt på å se pasientene som det unike individet de er. Slik

vi ser det vil dette bidra til å tilrettelegge tiltakene for hver enkelt pasient som bidrar til å kunne forebygge utfordrende atferd.

Gjennom oppgaven bruker vi betegnelsen «pasient», til tross for at Joyce Travelbee mener dette begrepet er kategoriserende (Travelbee, 2001). Grunnen til vi har valgt å benytte begrepet «pasient» i vår oppgave, er fordi vi er vant til dette fra våre praksiserfaringer på skjermet enhet.

1.4 Oppgavens disposisjon

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

Kapittel 2 tar for seg metode, valg av metode, vurdering av selvvalgt litteratur, litteratursøk, søkestrategi, fremgangsmåte for artikkelsøk, presentasjon av forskningsartikkel, presentasjon av fagartikler og kildekritikk.

Kapittel 3 er oppgavens teorikapittel, og handler om demens, frontallappdemens, symptomer, ulike faser av demens, utfordrende atferd, skjermet enhet, Joyce Travelbee, personorientert omsorg, miljøbehandling, miljøtiltak, dementia care mapping, forebygging, kommunikasjon, berøring og intimsoneer.

Kapittel 4 består av drøfting av problemstilling opp mot teori, forskning og praksiserfaringer. Det presenteres og drøftes ulike tiltak sykepleieren kan iverksette.

Kapittel 5 er en oppsummering av funn i oppgaven hvor det legges fram en konklusjon.

2.0 Metode

I metodekapittelet har vi forklart hvilken metode vi har anvendt i oppgaven, en beskrivelse av den mest anvendte litteraturen og begrunnelse for valg av denne. Videre presenteres fremgangsmåten for litteratursøk og kildekritikk av artiklene.

Metode er den måten vi innhenter informasjon på. Dalland (2012) refererer til sosiologen Vilhelm Aubert som definerer metode som en fremgangsmåte, et middel for å løse problemer, samt komme fram til ny kunnskap. Den forteller oss noe om hvordan vi kan anskaffe eller prøve ny kunnskap, skaffe gode data og belyse spørsmålet i vår problemstilling.

2.1 Valg av metode

Metoden i denne oppgaven er basert på Høgskolen i Hedmark sine retningslinjer for Bacheloroppgave i sykepleie. For å få svar på vår problemstilling er det anvendt en litteraturstudie. Litteraturstudie er basert på skriftlige kilder og bygger på opplevelser fra praksis for å kunne innhente informasjon og svar til vår problemstilling (Dalland, 2012). For å kunne besvare problemstillingen med relevant litteratur har vi brukt pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, fagartikler og forskningsartikler. For å se om litteraturen er valid har vi satt ulike bøker opp mot hverandre for å se en eventuell sammenheng. Dette bidrar også til å sjekke reliabiliteten til bøkene. I tillegg velger vi å bruke eksempler fra praksis siden dette er knyttet opp mot valg av tema.

2.2 Litteratursøk

Med litteratursøk er målet å finne relevante artikler som kan knyttes opp mot vår oppgave for å finne svar på problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2012). Ved hjelp av søkeord, databaser og avgrensning av søkene ønsker vi å få mest mulig relevant forskning og faglitteratur.

Metode kan deles inn i kvantitative og kvalitative metoder. Den kvantitative metoden har ikke vært relevant for vår oppgave. Dette siden den kvantitative metoden gir data i form av målbare enheter, som gir oss en mulighet for å utføre regneoperasjoner og statistikker (Dalland, 2012). I vår oppgave har vi brukt en kvalitativ metode ved å bruke praksiserfaringer og litteraturstudium siden denne informasjonen ikke tar utgangspunkt i statistikker. Dalland (2012) definerer den kvalitative metoden som en undersøkelse hvor meninger og opplevelser ikke kan måles eller fastslås i tall.

Ved utvelgelsen av forskningsartiklene hadde vi som fokus at de skulle være relevante i forhold til vår oppgave, ha en høy vitenskapelig kvalitet og samtidig bidra til å besvare problemstillingen.

2.2.1 Fremgangsmåte for artikkelsøk

I dette underkapittelet beskrives vår fremgangsmåte for artikkelsøk, søkeord og antall treff.

For å søke på artikler har vi brukt bibsys, SveMed+, Pubmed, cochrane google.no, googleschoolar, sykepleien.no, folkehelseinstituttet, norsk helseinformatikk som databaser. Søkeordene vi har benyttet er demens, omsorg, dementia care mapping, personhood, personorientert omsorg, personorientert sykepleie, forebygging, miljøbehandling, kognitiv terapi, utfordrende atferd, forebygge utfordrende atferd, relasjonsbygging, livskvalitet. Ved å kombinere disse søkeordene har vi funnet varierende antall treff.

Vi fant en forskningsartikkel relevant for vår oppgave ved å kombinere demens og omsorg i databasen sykepleien.no. Her avgrenset vi søket til forskningsartikler og fikk 47 treff. Artikkelen vi fant heter «*God omsorg for urolige personer med demens*» og er skrevet av Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge (2014). På samme database fant vi en annen forskningsartikkel ved å bruke søkeordet dementia care mapping og fikk da 4 treff. Denne artikkelen heter «*Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling*», og er skrevet av Anne Mork Rokstad og Solfrid Vatne (2011). Siste forskningsartikkelen funnet på denne databasen fant vi ved søkeordet sansehage og avgrenset søket til forskningsartikkel. Her fikk vi 2 treff. Denne artikkelen av skrevet av Marit Kirkevold og Marianne Thorsen Gonzalez (2012) og heter «*Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens*».

På databasen cochrane fant vi en forskningsartikkel relevant for vår oppgave med søkeordet dementia care mapping. Søket ga 25 treff. Denne forskningsartikkelen lenket oss videre til en annen nettside via DOI. Forskningsartikkelen heter «*Caring for Aged Dementia Resident Study (CADRES) of person – centred care, dementia – care mapping, and usual care in dementia: a cluster – randomised trial*». Den er skrevet av Lynn Chenoweth, Madeleine T King, Yun-Hee Jeon, Henry Brodaty, Jane Stein-Parbury, Richard Norman, Marion Haas og Georgina Luscombe (2009).

Ved å benytte søkeordet «dementia» på databasen pubmed fant vi en annen forskningsartikkel som også er relevant for vår oppgave.. Dette søket ga 185 treff. Denne forskningsartikkelen heter «*Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia*», skrevet av Bob Woods, Elisa Aguirre, Aimee E Spector, Martin Orrell (2012).

Vi gikk inn på sykepleien.no og avgrenset søket med fagartikler. Ved å bruke søkeordet personorientert omsorg fikk vi 8 treff. Her fant vi en relevant artikkel som heter «Gir personorientert demensomsorg» skrevet av Geir-Tore Stensvik (2015).

Vi gikk inn på folkehelseinstituttet og avgrenset søket med fagartikler. Deretter brukte vi søkeordet demens og fikk 2020 resultater. Øverst på første siden fant vi en relevant artikkel «*Demens - faktaark*» (2015) skrevet av Ellen Melbye Langballe og Hanna Hånes.

Ved å bruke søkeordet «hva er forebygging?» på databasen google.no, fikk vi 885 000 treff. Her fant vi en relevant artikkel på første siden som lenket oss til databasen forebygging.no. Der fant vi artikkelen «Hva er forebygging?» skrevet av Stein Mikkelsen (2005).

2.3 Vurdering av selvvalgt litteratur

I dette underkapittelet blir det presentert en beskrivelse av den selvvalgte litteraturen vi har anvendt mest og hvorfor vi har valgt å bruke disse. Vi har benyttet oss av søkemotoren Oria på Høgskolen i Hedmark ved Campus Elverum. For å finne bøkene har søkeordene demens, utfordrende atferd, personorientert omsorg, Joyce Travelbee, Tom Kitwood, kommunikasjon, møte og samhandling, miljøterapi, miljøbehandling, livskvalitet og sykepleie blitt benyttet. Ved å kombinere søkeordene har vi funnet relevant litteratur.

Hovedsakelig har vi benyttet bøker som omhandler demens i oppgaven vår.

Vi har valgt å ta for oss tre ulike bøker av Engedal og Haugen, som blir belyst i teoridelen. Disse bøkene omhandler ulike demenssykdommer, opplevelsen av å være rammet av demens, utfordringer og symptomer. Den tar også for seg den utfordrende atferd og årsaker til dette. Dette gjør bøkene relevant for vår oppgave siden det er viktig at vi beskriver hva demens er, hvilke symptomer som forekommer og hva utfordrende atferd innebærer. Når vi har gått igjennom litteraturen vi har funnet blir det ofte referert til boken Engedal og Haugen (2009) i annen litteratur. Dette gjør at vi ser på boken som troverdig og som en god kilde.

For å kunne belyse Tom Kitwood sin teori om personorientert omsorg, har vi valgt å bruke boken *En revurdering af demens* (Kitwood, 1997). Denne boken er redigert av Dorte Høeg, og oversatt av Nina Johnsen. Boken tar for seg hans teori om personorientert omsorg, hvor hans personlige synspunkter på en forbedret pleie for personer med demens blir belyst. Den tar for seg det å være en person sett bort i fra sykdommen, hvor viktigheten av opprettholdelse av den personlige identiteten og personens egen opplevelse av sykdommen kommer frem. Vi ser på denne boken som relevant for vår oppgave, siden vi ønsker å rette oppgaven vår etter personorientert omsorg, da vi mener dette kan bidra til forebygging av utfordrende atferd.

For å belyse Joyce Travelbee sin sykepleierteori, har vi valgt å bruke boken *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (Travelbee, 2011). Denne boken er oversatt fra Travelbee sin bok *Interpersonal Aspects of Nursing* av Kari Marie Thorbjørnsen. Boken tar for seg hennes teori om mellommenneskelige forhold i sykepleie, samt det å skape menneske til menneske forhold mellom pasient og sykepleier via kommunikasjon og samhandling. Dette er primærlitteratur og er en troverdig kilde i motsetning til andre bøker hvor hennes teori blir presentert, men hvor vi får forfatterens tolkning av teorien og ikke selve teorien. På grunn av dette ser vi på Joyce Travelbee sin sykepleierteori som relevant for vår oppgave i samspillet med pasienten og for å kunne besvare vår problemstilling.

Boken til Samuelsen (2005) omhandler kommunikasjon og samspill, hukommelse og effekten av ulike følelser. Boken handler om kunsten i samspillet mellom mennesker hvor personen med demens er sårbare for avvisning siden de ikke har hensiktsmessige forsvarsmekanismer lenger. Det belyses hvordan de ulike følelsene påvirker mennesket, noe

som kan knyttes opp mot hvorfor utfordrende atferd oppstår. Dette gjør boken relevant for vår oppgave.

2.4 Presentasjon av forskningsartikler

I dette underkapittelet vil det bli en liten presentasjon av forskningsartiklene, samt en begrunnelse av hvorfor disse er viktig i henhold til vår oppgave. Vi har valgt å benytte artikkelens overskrift i vår presentasjon.

2.4.1 *God omsorg for urolige personer med demens (2014)*

Denne forskningsartikkelen tar utgangspunktet i hva god omsorg er på en skjermet enhet. Her belyses viktigheten til god omsorg for demensrammede hvor personalets arbeidsform, tilnærming, deres kunnskaper og kjennskap til pasienten har stor betydning for forekomsten av utfordrende atferd. Personalets holdninger og kunnskaper om demenssykdommen, samt bruken av miljøbehandling var også en påvirkende faktor for forekomsten.

Disse faktorene gjør studien relevant for å løse vår problemstilling da vi har erfart at manglende kunnskap kan være en medvirkende faktor for at utfordrende atferd forekommer.

2.4.2 *Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling (2011)*

Denne forskningsartikkelen er basert på bruken av Dementia care mapping (DCM) for å kunne utvikle kompetanse i miljøbehandling hos personalet i møte med pasienter med demens. Det beskrives hvordan DCM som verktøy bidrar til å øke personalets bevissthet og endrer deres tilnærming mot pasientene med demens. Ved å ta i bruk DCM kartleggingen åpnet dette opp for refleksjoner hos personalet over egen sykepleieutførelse, samtidig hvor nye måter å møte pasienten ble belyst.

Dette gjør forskningsartikkelen relevant for vår oppgave siden dette er en metode som kan bidra til forebygging av utfordrende atferd hos pasienter med demens.

2.4.3 Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens (2012)

Denne forskningsartikkelen tar for seg viktigheten med opprettholdelse av god livskvalitet i demensomsorgen. Her ble bruken av miljøbehandling, sansehager og planter benyttet. Resultatet av denne forskningen viste at sansehage som miljøtiltak hadde en positiv effekt på pasienter med demens. Funnene viste også å ha en reduserende effekt på utfordrende atferd.

Siden dette er et tiltak som kan benyttes for å bidra til forebygging av utfordrende atferd hos pasienter med demens, vil denne artikkelen være relevant for vår oppgave.

2.4.4 Caring for Aged Dementia Resident Study (CADRES) of person – centred care, dementia – care mapping, and usual care in dementia: a cluster – randomised trial (2009).

Bakgrunnen for denne forskningsartikkelen var å sammenligne individuell pleie og omsorg med personorientert omsorg og bruken av observasjonsmetoden dementia care mapping i møte med pasienter med demens. Resultatet av denne forskningen viste at personorientert omsorg og dementia care mapping hadde et bedre utfall hos denne pasientgruppen, hvor det samtidig bidro til å redusere utfordrende atferd.

Denne forskningsartikkelen er relevant for å løse vår problemstilling, siden bruken av personorientert omsorg og dementia care mapping er med på å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

2.4.5 Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (2012)

Denne forskningsartikkelen tar for seg forskjellige kognitive tiltak for å stimulere tenkning og hukommelse hos pasienter med demens. Her belyses metoder som musikk, praktiske øvelser og sansehager som har en positiv innvirkning på livskvaliteten hos pasienter med demens

Dette gjør artikkelen relevant for vår oppgave da den bidrar til å besvare valgt problemstilling, og hvor disse metodene blir anvendt for å forebygge utfordrende atferd.

2.5 Presentasjon av fagartikler

I dette underkapittelet presenteres de brukte fagartiklene og det vil bli sagt noe om hvorfor disse er relevant for oppgaven vår. I vår presentasjon av fagartiklene har vi valgt å benytte artikkelens overskrift.

2.5.1 *Gir personorientert demensomsorg (2015)*

Dette er en fagartikkel som er knyttet opp mot valgt forskningsartikkel «*Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling*» (Rokstad & Vatne, 2011). Denne er relevant for oppgaven siden den omhandler hvordan dementia care mapping (DCM) bidrar til å gi helsepersonellet en mulighet til å kunne se pasienten bak demenssykdommen. Samtidig kan DCM-metoden knyttes opp mot personorientert omsorg.

2.5.2 *Demens – faktaark (2015)*

Denne artikkelen tar for seg hva demens er og sykdommens utvikling. Den tar også for seg symptomer ved demens. På grunn av dette blir artikkelen relevant for oppgaven, siden det er viktig å belyse hva demens er og sykdommens framtidsutsikter.

2.5.3 *Hva er forebygging? (2005)*

Denne artikkelen tar for seg hva forebygging er og blir dermed viktig for oppgaven for å kunne belyse og svare på vår problemstilling.

2.6 KILDEKRITIKK

Dalland (2012) definerer kildekritikk som en metode som anvendes for å stille seg kritisk til litteraturen man har funnet, og som brukes i oppgaven for å fastslå om kilden er troverdig. Vi har benyttet oss av primær og sekundærkilder. Primærkilden er den opprinnelige kilden, men sekundærkilden er en kilde som bygger på primærkilden (Dalland, 2012). Vi har vært bevisst på å bruke primærkilder, da sekundærkilder vil være tolkninger av den opprinnelige kilden. Vi har brukt sekundærkilde, der vi ikke fant primærkilden.

I følge Dalland (2012) er hensikten med kildekritikk å vise refleksjoner man foretar i utvelgelsen av litteratur som belyser problemstillingen. Vi må være kritisk til hva vi vil kildene skal belyse, og i hvilken grad litteraturen og forskningsartiklene bidrar til å beskrive vår problemstilling. Under søkene etter artikler og forskning var vi derfor kritiske til de treffene vi fant, relevansen for vår problemstilling, troverdighet og om kildene var av nyere dato. Forskningsartiklene vi benytter i oppgaven tar for seg ulike tiltak i forhold til forebygging av utfordrende atferd og hvordan man som helsepersonell kan gi god omsorg til pasienter med demens. Ved å kunne se en sammenheng mellom utvalgte artikler og forskning vurderer vi disse som relevante og troverdige, da funnene belyser det samme som i pensumlitteraturen.

3.0 Teori

3.1 Innledning

Vi vil i dette kapittelet presentere teoriene som vi fant mest relevante i forhold til de tre hovedpunktene vi bruker i drøftingsdelen. Teori kan defineres som noe å se på eller granske noe, hvor hensikten er å komme frem til god beskrivelse av virkeligheten. Ved å bruke ordet teoretisk perspektiv vil det si at vi velger å se problemet våres i lyset av en bestemt teori (Dalland, 2012).

Valgt teori er tatt på bakgrunn av forebygging ved utfordrende atferd, samt å bidra til god livskvalitet med utgangspunktet i sykdommen demens.

3.2 Demens

Demens er fellesbetegnelse på flere sykkelige tilstander som blir kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, sviktende funksjonsevne i forhold til de dagligdagse funksjoner og en svikt av emosjonell kontroll (Engedal, 2000). Demens debuterer hyppigst i aldersgruppen over 65 – 70 år. Denne kliniske tilstanden forverres ofte over tid (Rokstad & Smebye, 2008). I dag lider omkring 70 000 personer i Norge av demens. Hos de som er rammet av demens forekommer en svikt av hukommelsesfunksjonen og minst en annen kognitiv funksjon. Dette kan eksempelvis være dømmekraft, tenkning eller planlegging. Sykdommen utvikler seg gjerne over flere år. For enkelte kan det gå raskt, men dette avhenger av hva som forårsaket sykdomsutviklingen (Folkehelseinstituttet, 2015).

Ved demenssykdommene vil pasienten oppleve en sviktende evne til utførelse av dagligdagse aktiviteter, endring i sosial atferd og hukommelsen svikter. Engedal og Haugen (2009) sier for å få diagnosen demens, må den kognitive svikten føre til at pasientene ikke lenger har evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter, eller den må påvirke pasientens sosiale liv. Samtidig må det foretas en kartlegging av demens. I Norge benyttes det offisielle klassifikasjonssystemet International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (Rokstad og Smebye, 2008; Berentsen, 2008). I denne kartleggingen stilles kriterier om sykdommen er kronisk, og uttrykk for svikt i kognitive funksjoner som hukommelse, tankeevne, evne til læring, språk, regning og svikt i pasientens evne til

vurdering (Engedal og Haugen, 2009). Her blir det også kartlagt hvilken fase for demens pasienten befinner seg i (Rokstad og Smebye, 2008). Disse fasene vil vi forklare nærmere senere i oppgaven (se punkt 3.2.2).

Det finnes ulike typer demenssykdommer som degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Under degenerative hjernesykdommer finnes alzheimers sykdom, frontotemporal demens, demens med lewy-legemer, parkinsons sykdom med demens og Huntingtons chorea med demens (Rokstad & Smebye, 2008).

Vaskulær demens skyldes manglende blodtilførsel til hjernen eller en skade i hjernes blodkar, noe som kan føre til oksygenmangel i hjernen (Berentsen, 2008). Dette kan oppstå på grunn av blødninger, trombose (blodpropp) eller lavt væsketrykk i hjernen. Hvilke symptomer pasienten får, avhenger av hvilke områder i hjernen som rammes (Rokstad og Smebye, 2008).

Sekundær demens er en gruppe hjernesykdommer (Engedal og Haugen, 2009). Sekundær demens kan forekomme ved forskjellige infeksjonssykdommer i hjernen (Berentsen, 2008). I følge Berensten (2010) kan infeksjonene oppstå av normaltrykkshydrocephalus, alvorlig ubehandlet vitamin B-12 mangel, aids, langvarig og stort alkoholbruk, hodeskader, svulst og encefalitt (hjernebetennelse).

3.2.1 Symptomer

Symptomer ved demens er svekket oppmerksomhet, læringsevne, nedsatt hukommelse, svekket språkevne og kommunikasjonsferdigheter. Noen kan også utvikle personlighetsforandringer som aggressivitet og irritabilitet, depresjon og tilbaketrekning, rastløshet, motorisk uro, vandring og en forandret døgnrytme (Engedal og Haugen, 2009). Ved demens forandrer hjerneskadene muligheten til å forstå sanseintrykk. Syn, hørsel, smak, lukt og føleevne kan rammes av disse skadene. Hvis man har en manglende evne til å tolke sanseintrykk kalles dette for agnosi, men når det er en begrenset evne til å forstå, kalles det dysgnosi (Aremyr, 1999).

3.2.2 Ulike fasene av demens

Demens kan deles inn i ulike faser, mild, moderat og alvorlig.

I fasen hvor det er mild grad av demens merker personen selv, samt de nærmeste, at glemsomheten får konsekvenser i hverdagen. Dette kan gå ut på å glemme avtaler, kjøpe inn matvarer, hente posten, betale regninger. Det kan også være vanskelig å følge med på tid og finne de riktige ordene når de kommuniserer. Ved mild grad av demens kan man klare seg hjemme, men kan trenge tilrettelegging, påminnelser og hjelp med eventuelt påkledning, matlaging og rydding (Berentsen, 2008).

I den moderate fasen mister personen kontrollen på tilværelsene, hvor hukommelsen er dårlig samt evnen til å løse problemer i hverdagen. Siden hukommelsen er dårlig kan det være vanskelig å se konsekvenser av ulike valg som tas. Dagligdagse aktiviteter og det å dekke de grunnleggende behov blir utfordrende. Tilværelsen kan virke kaotisk da det kan være vansker med å danne et klart bilde av omgivelsene. I denne fasen kan det oppstå kommunikasjonsvansker, da evnen til å utrykke seg verbalt er manglende. Da mange mister flere funksjonsevner kan dette føre til angst og depresjon, fortvilelse, engstelighet og irritasjon. Psykotiske symptomer, hallusinasjoner og generell uro kan forekomme i denne fasen (Berentsen, 2008).

I den alvorlige fasen er dårlig hukommelse, hvor man bare husker deler av opplevelser fra tidligere liv, gjenkjenner ikke stemmen eller ansiktet til de nærmeste i familien. Ordforrådet er svært begrenset og evnen til orientering om tid og sted er borte. De kan også ha vanskeligheter med å forstå hva andre sier. Personen har opplevelsen av kaos, hvor da stimuli som syn, hørsel og taktile inntrykk kan være vanskelig å tolke. Det kan føre til inkontinens for urin og avføring, de kan ha vanskeligheter med å styre bevegelser og vil derfor trenge hjelp døgnet rundt. (Berentsen, 2008)

3.3 Utfordrende atferd

En fellesbetegnelse på begrepet utfordrende atferd er de psykiatriske- og atferdsmessige symptomer som oppstår hos en person. Atferdssymptomene blir betegnet som slåing, vandring og motorisk uro (Engedal &Haugen, 2009). De psykiatriske symptomene kan være

hallusinasjoner, depresjon, angst og vrangforestillinger De hyppigste symptomene er avvikende sosial atferd, utagering og motorisk uro (Berentsen, 2008). Hvor hyppig disse symptomene forekommer varierer veldig fra person til person (Engedal &Haugen, 2009).

Årsaken til at atferdsproblemer oppstår kan være mange. Problemer ved utfordrende atferd kan fort bli plassert som pasientens skyld, selv om det kan være hos pleieren, miljøet eller andre personer problemet ligger. Når man bruker betegnelsen utfordrende atferd blir det understreket at det er i forståelsen av atferden løsningen ligger. For å kunne korrigere forholdene bør man sette i gang tiltak som er med på å endre atferden til pasienten, pleieren, samt miljøfaktorene (Engedal & Haugen, 2009).

3.4 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee er en sykepleieteoretiker som vi har valgt å bruke i vår oppgave. Hennes hovedfokus er enkeltmennesket og kunne se individene. Travelbee definerer sykepleie slik: *«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene»* (Travelbee, 2001, s. 29). Et menneske – til – menneske – forhold er noe som står sentralt i sykepleieteorien til Travelbee, og det vil si de opplevelser og erfaringer som en sykepleier og den syke deler. Et vesentlig kjennetegn er behovet for å bli ivaretatt (Travelbee, 2001). Sykepleierens funksjon er å hjelpe hvert enkeltindivid til å mestre, samt utholde sykdom og lidelse.

Travelbee (2001) mener sykepleieren oppnår sine hensikter og mål ved å opprette et menneske-til-menneske forhold, som betegnes som en gjensidig prosess mellom sykepleieren og pasienten. I denne prosessen for å skape menneske-til-menneske forhold må sykepleieren og pasienten gjennom fem faser. Første fasen omhandler det første og innledende møtet. Her vil sykepleieren observere pasienten, danne et bilde og et inntrykk av hvem pasienten er. Pasienten vil gjøre det samme, og førsteinntrykket av hverandre dannes. På denne måten kan ulike følelser oppstå, og sykepleieren kan se den syke som et unikt individ (Travelbee, 2001). Dette gir pasienten og sykepleieren muligheten til å fortsette til neste fase, hvor sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandres personlighet og identitet. Ved å kunne se den enkelte som et unikt individ kan tilknytning og relasjon oppstå.

Den tredje fasen i menneske-til-menneske forholdet er empatifasen. Her vil sykepleieren og pasienten oppnå en forståelse av hverandres situasjon og mentale tilstand. Gjennom empati kan sykepleieren ta del i pasientens opplevelse, og dermed forutse pasientens atferd. Bruken av empati bidrar til å knytte bånd og gi opplevelsen av nærhet, uten å overta den andres følelse, tanker og opplevelse (Travelbee, 2001).

Den fjerde fasen i prosessen er sympati og medfølelse, som er en videreføring av empatifasen. Denne fasen omhandler å vise forståelse for pasientens plager, hvor sykepleieren med et ønske om å hjelpe kan ta del i pasientens opplevelse av lidelsen. Sympati og medfølelse bidrar til å skape en gjensidig kontakt. Her vil sykepleieren være følelsesmessig involvert, men uten å la egne følelser ta overhånd (Travelbee, 2001).

Den siste fasen omhandler gjensidig kontakt og forståelse, som bidrar til å skape tillitt mellom sykepleier og pasienten. Ved å ha bygget opp en nær relasjon og gjensidig forståelse, kan sykepleieren og pasienten kunne se hverandre som unike individer. Dette gir begge en mulighet til å se hverandres personlighet og utvikles som mennesker. De erfaringene sykepleieren og pasienten har delt er viktig for samhandlingen (Travelbee, 2001).

3.5 Personorientert omsorg

Professor Tom Kitwood var den første til å introdusere personorientert omsorg, også kalt personhood. Personorientert omsorg legger vekt på trøst, identitet, tilknytning, engasjement og inklusjon som er noen grunnleggende behov vi mennesker har behov for å dekke. Det sies og at disse kan oppsummeres i behovet for kjærlighet (Rokstad, 2012). Rokstad og Smebye (2008) refererer til Tom Kitwood (1999) hvor viktigheten understrekes ved å legge vekt på den enkeltes opplevelse av sitt liv med demenssykdommen, istedenfor å legge vekt på selve diagnosen.

Rokstad og Smebye (2008) definerer ordet «dement» som noen uten sjel, hvor personer med demens oppleves som hjernedød eller et menneske uten følelser. Kitwood (1997) gjorde oppgjør med samfunnet på bakgrunn av dette. Han mente at verdien på et menneske ikke skulle devalueres på grunn av svikt i den kognitive funksjonen, men heller erkjenne personen som et unikt individ. Tom Kitwood mente at man skal se på de med demenssykdom som en PERSON-med-demens og ikke som en person-med-DEMENS (Kitwood, 1997). Det handler om å se pasienten med demens som en person med følelser,

rettigheter, ønsker og en livshistorie, og ikke se på diagnosen. For å kunne dekke disse behovene er det viktig å bruke empati som går ut på å sette seg selv inn i den andres posisjon og kjenne igjen følelsen situasjonen skaper for pasienten (Rokstad, 2012).

I begrepet personorientert omsorg refererer Rokstad (2012) til Brooker (2007) som vektlegger viktigheten av å verdsette pasienten som et fullverdig medlem av samfunnet, å ha en individuell tilnærming, tilstrebe pasientens perspektiv og tilrettelegge for det sosiale i miljøet innen demensomsorgen. Dette bidrar til å anerkjenne det unike hos hver enkelt og er med på å støtte pasientens identitet, trøst, inklusjon, engasjement og tilknytning. Pasienten må gis en mulighet til deltakelse i samhandlingen. Brooker (2007) belyser også at relasjonen er viktig og må prioriteres like mye som andre oppgaver.

3.6 Skjermet enhet

En skjermet enhet er en avdeling med få personer. I følge fagmiljøet legges det vekt på at avdelingen skal være liten og oversiktlig. På en skjermet enhet er det viktig for pasientene med demens å ha et stabilt personell, med små oversiktlige miljøer rundt seg. Dette kan bidra til mer trygghet og økt funksjonsnivå til pasientene, samt øke deres mestringsfølelse (Engerdal & Haugen, 2009).

3.7 Miljøterapi

For å forebygge ytterligere funksjonssvikt hos pasientene med demens, vil vi legge stor vekt på miljøterapi i vårt samarbeid. Miljøterapi er med på å fremme pasientens muligheter for læring, mestring og personlige ansvar (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010). Det innebærer en reflektert og aktiv nyttegjøring av ressurser i enheten pasienten er innlagt på, samt fokus på å bruke deres egne ressurser som er virksomme i denne prosessen (Djordjevic, Græsby & Lund, 2014). Miljøterapi handler også om ting som skjer her og nå, og gjennomføring av planlagte behandlingsaktiviteter. Man kan dermed si at miljøterapi er en kombinasjon av spontane dagssituasjoner, og målrettede og strukturerte behandlingsaktiviteter (Berge & Repål, 2008). Målet med miljøbehandling for pasientene går ut på å kunne sette de i stand til å bruke egne ressurser maksimalt, samt opprettholde

selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad, 2012). I følge Rokstad og Smeby (2008) er andre viktige mål med miljøbehandling å skape glede, trivsel, gi god livskvalitet, noe som kan bidra til å redusere angst og uro hos pasientene med demens. Samtidig må denne målsettingen tilpasses pasientens forutsetninger hele tiden.

I forbindelse med personorientert omsorg nevnes ofte miljøbehandling. Dette innebærer ulike typer aktiviteter, både individuelt og i grupper (Rokstad, 2012). Miljøbehandling består av fysiske og psykiske rammebetingelser. De fysiske rammebetingelsene innebærer innendørs og utendørs forhold. Dette kan være utforming av rom, uteareal og bruk av hjelpemidler og redskap. De psykiske rammebetingelsene omhandler ifølge Rokstad (2012) atmosfæren i enheten (pleiekulturen). Her er personalets rolle sentral, og deres kunnskaper, holdninger og verdier blir viktige. Ved å bygge relasjon med pasientene, bidrar dette til å skape en kultur for støtte, involvering og verdsetting av den enkelte person via kommunikasjon og samhandling. Samtidig er det viktig å organisere og gjennomføre miljøbehandling ved å tilpasse og skreddersy ulike metoder og tiltak i miljøbehandling for den enkelte (Rokstad, 2012).

3.8 Miljøbehandling og miljøtiltak

For personer med demens er målet med miljøbehandling å redusere de negative følgene av sykdommen, og bidra til at de som lider av sykdommen skal få en bedre hverdag (Engedal & Haugen, 2009). Miljøtiltak omfatter tiltak som inneholder alt fra mindre fysiske forandringer til tiltak som kan være mer omfattende og ta for seg hele miljøet. Ved demenssykdommen har atferdsproblemer en sammenheng med den manglende styringen og kontrollen av handling. Det blir lagt vekt på grensesetting og tilpassing av miljøet hvor det er aktivitet og stimuleringen som står sentralt i behandlingen (Engedal & Haugen, 1996). Det er viktig at pasienten ikke får for mange valg da det kan skape problemer med å velge, noe som kan skape frustrasjon hos pasienten. Dette kan for eksempel være i forbindelse med stellesituasjoner.

I følge Gun Aremyr (1999) ønsker mennesker å klare seg best mulig selv og være selvstendige, de ønsker gjerne slippe å være avhengige av andre mennesker. Ved nedsatt hørsel kan man bli litt unnvikende fra andre mennesker da man ikke vil bli betraktet som

«dum» fordi man ikke hører hva som blir sagt. Samtidig kan det også være ydmykende. Pasienter med demens kan ha samme følelsen når hukommelse- og taleproblemer oppstår i ulike situasjoner.

På en skjermet enhet kan bruken av musikk være et godt tiltak da det er med på å vekke gamle minner og følelser til livet. Musikk stimulerer ikke bare hukommelsen, hørselen og følelsene, men kan bidra til livsglede og livsgnist. Dette kan også huslige aktiviteter som matlaging, baking, oppvask og rengjøring føre til. Målet bak disse aktivitetene er å stimulere alle sanser, både intellektuelle og følelsesmessig stimulans (Aremyr, 1999).

Noen personer må kanskje ha tiltak som er skreddersydde for dem, og tiltak som personer med en demensdiagnose vil ha utbytte av. Målet med miljøbehandling vil være å forsinke utviklingen av demenssykdommen, og bidra til å bedre funksjonsevnen på de viktige områdene. Det er ikke alltid at disse tiltakene oppleves positivt for pasienten da følelsen av og mislykkes kan forsterkes. Når det skal settes i gang tiltak bør livskvalitet vektlegges, ved at de tiltakene som man vurderer å sette i gang resulterer i økt trivsel (Engedal & Haugen, 2009). For å kunne gi riktig behandling for den enkelte pasient, må man ta utgangspunkt i bakgrunnen til personen og hvordan tilværelsene er her og nå. Man må derfor med jevne mellomrom vurdere hvordan tiltakene virker, om de skal fortsette, endres eller opphøre.

3.9 Dementia care mapping (DCM) for å utvikle personsentrert demensomsorg

Dementia care mapping (DCM) er et observasjons- og evalueringssystem som bygger på personorientert omsorg, og er utviklet av professor Tom Kitwood. Hensikten med denne systematiske metoden er å forbedre omsorgs- og livskvaliteten for pasienter med demens. (Rokstad, 2012). Dementia care mapping består av systematiske observasjoner av atferd/aktivitet og grad av velvære/trivsel hos pasienter med demens. DCM bygger på teorien om personorientert omsorg hvor de fem grunnleggende psykologiske behovene trøst, identitet, engasjement, inklusjon og tilknytning er vektlagt. Det handler om en kombinasjon av empati- og observasjonsferdighet. Dette innebærer en empatisk innlevelse i pasientens opplevelse av konkrete situasjoner basert på observasjon. Bakgrunnen for dette er å kunne forsterke de ressursene pasienten med demens har i den gitte situasjonen, hvor personalet har

større bevissthet og refleksjon rundt holdninger som kommer til uttrykk via kommunikasjon og samhandling (Rokstad, 2012). Ut ifra de observasjonene som gjøres kan det planlegges individuelle tiltak for behandling og pleie for den enkelte.

3.10 Forebygging

Det å drive forebyggende helsearbeid omhandler forebygging av sykdom, skade og tidlig død, samtidig som det går ut på å bevare pasientens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2010). For å begrense eller eliminere en uønsket utvikling vil man foreta et forebyggende arbeid (Mikkelsen, 2005). I følge Ranhoff (2010) er hensikten med å iverksette forebyggende tiltak å gi pasienten et godt liv med best mulig funksjon og minst mulig sykdom.

3.11 Kommunikasjon

Når en pasient med demens får problemer med talespråk og kommunikasjon, kan de miste kontakt med omverdenen da de ikke lenger klarer å uttrykke seg eller gjøre seg forstått (Solheim, 1990). Man kan dele disse språkproblemene inn i to hos de med demensdiagnose. Den ene pasienten kan ha problemer med å forstå det som blir sagt, den andre kan ha problemer med å uttrykke seg.

Når man kommuniserer med hverandre formidles et budskap, både verbalt og non-verbalt (Hummelvoll, 2012). Situasjonen og omstendighetene rundt kommunikasjonen varierer hele tiden, og kan virke inn på samhandlingen mellom personalet og pasienten. Strand (1990) sin definisjon av verbalisering omhandler dette med å uttrykke opplevelser, følelser, tanker, konflikter og sammenhenger via ord. Non-verbale kommunikasjon er et responderende språk som omhandler ansiktsuttrykk, blick, kroppsspråk, stemme, berøring, stillhet, ikke-ord, fysisk avstand/nærhet og tid/tempo (Eide & Eide, 2007)

Det er viktig å vise empati, respekt, medfølelse, samt å vise at vi ser og forstår pasienten når vi kommuniserer (Eide & Eide, 2007). Det non-verbale er en stor del av vår måte å kommunisere på, men dette må fortolkes. Det er ikke alltid man ser og hører det som

pasienten uttrykker. Her kan vi da gjengi, sammenfatte og parafrasere, slik at det som pasienten prøver å formidle blir riktig oppfattet (Djordjevic, Bræsby & Lund, 2014).

De seks non-verbale kommunikasjonsverktøyene til Eide og Eide (2007), bør en legge vekt på ved kommunikasjon med pasienter som har demensdiagnose.

1. Ha god øyekontakt (uten å stirre)
2. Unngå å krysse bein og armer (ha en åpen kroppsholdning)
3. Unngå å henge likegyldig tilbakelent i stolen (vis interesse)
4. Følge den andres utsagn, forståelse nikk, «mm», beroligende berøring.
5. Ha en naturlig og behagelig stemme, være avslappet og ha rolig bevegelser.
6. Uttrykke ro, tilstedeværelse og interesse i ansiktet.

Når man skal kommunisere med pasienter med demens, er det godt å kunne ha flere ulike «verktøy» å benytte seg av. Dette kan eksempelvis være verktøy som å uttrykke en ro, tilstedeværelse og vise interesse i ansiktet, samtidig som beroligende berøringer har vært til hjelp for å berolige pasienter med demens (Eide og Eide, 2007). Et annet verktøy som er relevant og ofte blir brukt ved uro og utfordrende atferd hos pasienter med demens, er avledning. I følge Sejerøe – szatkowski (2004) er avledning å foreta seg noe som vil flytte oppmerksomheten deres bort fra noe til noe annet. Avledning er en veldig god metode for å unngå å få mange uhensiktsmessige episoder og handlinger. Ofte kan pasientene ha behov for veiledning fra personalet. Det å veilede betyr å vise vei (Sejerøe – Szatkowski, 2004). Det er flere ulike måter å veilede på, det kan være med kroppen, språket eller stemmen. Berøring og inntrengning i den intime sonen til en person med demensdiagnose kan medføre at pasienten blir aggressiv. Formålet med veiledning er å få pasienten til å utføre mest mulig selv for å bevare sin identitet, egenverd og evner. Vi vil utdype berøring og intimsoner i punktene under (punkt 3.12 og 3.13).

3.12 Berøring

Ikke alle mennesker liker å bli berørt av andre, og forskjellen på hva slags berøring man liker og av hvem er stor. Flere av de som er rammet av demens liker berøring da det kan gi dem en trygghetsfølelse og en nærhet som de trenger. Det man bør vite før en skal berøre et annet menneske er hva man vil oppnå med denne berøringen. Reaksjonen som er i huden og musklene ved berøring er noe man kan lære seg betydningen av. Myk hud, rynkete hud, fuktig hud, fet hud, varm hud, kald hud og hard hud kan være noe av det vi gjenkjenner ved berøring. For å finne ut om pasienten liker berøring eller ikke kan man for eksempel starte med å berøre skulder for å forberede til mer berøring. Mange kan også ha stor glede av massasje da de ofte faller til ro. Aromaterapi og massasje kan senke stressnivået og stimulere produksjonen av oksytocin (vekstfremmer) hos pasientene (Sejerøe – Szatkowski, 2004).

3.13 Intimsoner

Alle mennesker er omgitt av individuelle og usynlige soner, som avhenger i hvor tett andre slippes inn og hvilken tilknytning som skapes (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Disse sonene kan deles inn i intimsoner, personlig sone og den forlengende sonen. Siden disse sonene er individuelle fra person til person kan derfor grensen variere. Intimsonen omhandler personer man har tett følelsesmessig relasjon med, og er den innerste sonen i vårt nettverk. Den personlige sonen tar for seg personer man tilbringer mest tid sammen med. Dette kan være venner og familie. Den forlengende sonen rommer mange personer, som for eksempel arbeidskollegaer, gamle kjente eller offentlige personer man møter på gaten (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

4.0 Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos en pasient med langkommet demensdiagnose på skjermet enhet?

I dette kapittelet skal vi drøfte ulike tiltak som kan bidra til forebygging av utfordrende atferd hos pasienter med demens. Vi vil drøfte tiltakene dementia care mapping (DCM), kommunikasjon, og miljøtiltak.

4.1 Skape relasjon gjennom kommunikasjon

For oss mennesker er kommunikasjon et grunnleggende behov for å gjøre seg forstått og selv forstå. Samuelsen (2005) refererer til Wogn – Henriksen (1997) at veien til forståelse skjer gjennom kommunikasjon. Når man blir forstått er dette med på å skape en trygghetsfølelse hos pasientene, men hvis de misforstås eller oversees kan dette føles ubehagelig. Kommunikasjon innebærer all menneskelig samvær og gir næring til relasjoner (Samuelsen, 2005; Rokstad 2014).

Gjennom kommunikasjon foregår det en sårbar selvutlevering hvor håp, fortvilelse og avmakt tar sted. I forholdet og samspillet mellom sykepleieren og pasienten vil det alltid være et maktforhold, og hvordan pasienten blir mottatt i samhandlingen er forutsetningen for hans opplevelse av enten aksept eller avvisning. For pasienter med demens kan det være vanskelig å forstå hva andre mennesker rundt dem føler og tenker. De som har demens mangler evnen til å kunne sette seg inn i andres opplevelser (Skårderud, Haugsgjerd, Stanicke, 2010). På grunn av dette kan personen ha vanskeligheter med å forstå vennlighet, vite hva som er irritasjon, hva som er spøk og hva som er alvor. Samtidig er det viktig å tenke på at behovet for kommunikasjon reduseres ikke ved demenssykdommer, selv om språket ikke er like tydelig, effektivt og presist (Samuelsen, 2005). I praksis har vi erfart og sett situasjoner hvor pasienter har følt seg utrygg, opplevd frustrasjon og irritasjon på grunn av kommunikasjonsproblemer med personalet.

Travelbee (2001) belyser at i det innledende møte med pasienten kan det være enklere å forstå deres tanker og følelser, dersom sykepleieren har kunnskaper om tilstanden og

situasjonen. Ved at sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandres personlighet og identitet, kan sykepleieren oppfatte, svare og respektere pasientene som det unike individet de er. Ved at sykepleieren har egenskaper som empati og sympati kan det føre til forståelse, som igjen kan bidra til å kunne forutse pasientens atferd. Travelbee (2001) mener at på denne måten kan pasienten og sykepleieren skape gjensidig forståelse og kontakt som en del av menneske-til-menneske forholdet.

I følge Rokstad og Smebye (2008) kan de kognitive forandringene i hjernen føre til redusert livskvalitet hos pasienten, siden kommunikasjonen og muligheten for livsutfoldelse reduseres. Når vi har lest ulike definisjoner av livskvalitet, har vi forstått at kommunikasjon er avgjørende for et godt liv. Rokstad og Smebye (2008) refererer til Snyder (2006) hvor pasienter med demens har blitt spurt hva de synes er viktig i livet deres. De fleste nevnte da samspill og kommunikasjon. Det å være sosial, føle en tilhørighet, føle seg respektert og stimulert sto høyt for deres velvære. Samtidig har vi erfart at den reduserte kommunikasjonsevnen hos noen pasienter, har påvirket deres sosiale funksjon, ført til økt tilbaketrekning, agitasjon og forstyrret atferd. Samuelsen (2005) referer til Wogn – Henriksen (1997) om denne vanskeliggjorte kommunikasjonen som har blitt beskrevet som en av de største påkjenningene ved demenssykdommen. På grunn av dette ser vi det slik at det kan bli utfordrende å opprette et menneske-til menneske-forhold til pasienter med demens. Vi mener derfor at sykepleieren må være bevisst på sin tilnæringsmåte og kommunikasjon i møte med pasientene, samt tilrettelegge ut ifra deres behov.

For å skape god relasjon til pasienter med demens, mener vi det er viktig at sykepleieren har gode kommunikasjonsferdigheter. Dette understreker Travelbee (2001) i hennes teori om menneske-til-menneske-forholdet. Å bygge kommunikasjon på respekt og ærlighet er med på å skape en stabil relasjon mellom pasienten og sykepleieren som er nødvendig for å oppnå tillit, selvfølelse og egenverd (Bertensen, 2008, s 152). Ved at sykepleieren byr på seg selv i samtalen, forteller en historie fra sitt eget liv og har gode holdninger, bygger hun bevisst opp tillitten hos pasienten. Tillitt skapes der mennesker møter hverandre mer enn en pleier-pasient-relasjon, hvor sykepleieren viser sin personlige side og møter pasienten hvor han er. Samtidig er det å vise tillitt bundet sammen med å våge å vise sårbarhet (Samuelsen, 2005, s 61-104). I følge Travelbee (2001, s 135) kommuniserer sykepleieren og pasienten enten de er bevisst eller ikke. God kommunikasjon skaper forståelse, fellesskap, nærhet og trygghet. Når budskapet i kommunikasjonen ikke kommer fram og man er usikker vil det føre til

dårlig dialog. På grunn av dette kan det oppstå misforståelser, forvirring, uro, utrygghet og mistenksomhet hos pasienten (Rokstad og Smebye, 2008). Vi har erfart i praksis at disse kommunikasjonsproblemene har ført til frustrasjon hos noen pasienter med demens, og har opplevd utfordrende atferd. Noen ganger hadde vi vanskeligheter med å forstå pasienten og hva han ville formidle til oss. Samtidig kunne pasienten ha problemer med å forstå våre budskap.

I følge Eide og Eide (2007) er kroppsberøring en form for non-verbal kommunikasjon. Før sykepleieren berører et annet menneske må hun vite hva hun vil oppnå med akkurat denne berøringen. Pasienter med demens liker som regel å bli berørt, siden det gir følelsen av en trygghet og nærhet som trengs (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Om berøring oppfattes positivt eller negativt er individuelt og situasjonsavhengig (Eide og Eide, 2007). I praksis erfarte vi at noen pasienter satte pris på å bli holdt i hånden, bli strøket støttende på skulderen eller at sykepleieren ga en støttende arm. Vi erfarte tilnærmingen før berøring hadde mye å si for hvordan pasienten oppfattet og tok imot berøringen. Hvis sykepleieren ga uttrykk for at hun var der, snakket og hadde en rolig tilnærming, hadde dette en beroligende effekt på vedkommende. Samtidig erfarte vi hvis sykepleieren kom brått på og ikke ga inntrykk for at hun var der, resulterte dette i uro og agitasjon hos pasienten.

I praksis erfarte vi bruken av humor som verktøy bidro til å skape relasjon og forebygge utfordrende atferd. Humor resulterte i et positiv miljø. I situasjoner hvor vi så tegn til utfordrende atferd hos pasientene, tok vi i bruk humor hvor vi klarte å endre humøret til det positive. I følge Jensen (1996) har de fleste med demens bevart sin humoristiske sans. For å kunne bruke humor i en positiv retning, var dette avhengig av at både vi og de andre sykepleierne kjente pasienten og pasientens personlighet. Hvis noen sykepleiere brukte ironi hadde dette en negativ innvirkning. Ironi kan virke ondskapsfullt og avslørende for de med demens (Jensen, 1996). Vi opplevde også at bruken av samme humor og framgangsmåte hos en pasient, ikke fungerte på samme måte hos andre pasienter. For pasienter med demens vil den kognitive svikten påvirke kommunikasjonen og forståelsen av humor (Jensen, 1996).

4.2 Kjenne pasientens reaksjoner (Å kunne se pasienten bak sykdommen)

Som i de fleste tilfeller i livet, er det viktig å ligge på forskudd ved utfordrende atferd hos pasienter med demens (Engedal & Haugen, 2009). Med dette menes at sykepleieren kan se tegn på utfordrende atferd dersom sykepleieren har kjennskap til pasienten og deres reaksjoner (Engedal & Haugen; Rokstad & Smebye, 2008). I praksis erfarte vi at det var viktig å kjenne til de utløsende faktorene til utfordrende atferd hos pasientene, samt hvordan vi og sykepleierne kunne møte de på en best mulig måte. Alle mennesker er forskjellige på grunn av ulike livserfaringer (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010). I følge Travelbee (2001) vil ikke to mennesker reagere likt på samme erfaring. Ved å verdsette den andre som et unikt individ, vil følelser, tanker og inntrykk dannes om den andres personlighet. På denne måten skapes relasjon mellom to individer, hvor den individuelle identiteten vokser frem og anerkjennes. Derimot hvis man mangler evnen til å se på pasienten som unikt individ, kan dette skape problemer i sykepleiesituasjonen hvor relasjon og tilknytning blir vanskelig. Vi mener derfor at kartlegging av hvert individ er nødvendig for å se det unike, utløsendefaktorer for utfordrende atferd, samt finne tilpassede tiltak for å forebygge utfordrende atferd. Vi mener at hvis sykepleieren ikke kartlegger pasientens reaksjoner, vil de ikke kunne se tidlige tegn på utfordrende atferd. Det vil da være for sent å iverksette forebyggende tiltak, som resulterer i at utfordrende atferd oppstår.

I motsetning til vanlig pleie viser funnene i forskningsartikkelen at både personorientert omsorg og dementia care mapping har en positiv og reduserende effekt på utfordrende atferd hos pasienter med demens (Chenoweth et. Al., 2009). Slik vi ser det brukes dementia care mapping for å kunne kartlegge individuelle behov, som bidrar til å kunne finne forebyggende tiltak tilpasset hver enkelt pasient for å redusere utfordrende atferd. Som nevnt i teoridelen omhandler DCM en kombinasjon av empati og observasjonsferdighet. Travelbee (2001) belyser empati som en opplevelse av å forstå. Her vil den enkelte være i stand til å se forbi ytre atferd og heller fokusere på den indre opplevelsen. Rokstad (2014) refererer til Tom Kitwood som definerer personverd som en verdi som gis av andre i mellommenneskelige forhold og relasjon. Han mener det er viktig å respektere enkeltmennesket med en indre verdi, selv om rasjonelle refleksjoner og aktiviteter svekkes av kognitiv svikt.

DCM bygger på personorientert omsorg. Slik vi ser det kan det være vanskelig for sykepleieren å kartlegge individuelle behov hos hver pasient hvis de ikke tar i bruk DCM-metoden. Sykepleieren bygger ikke opp under det å være et menneske hvis de ikke klarer å møte deres behov og knytte tiltakene opp mot disse. Sykepleieren må derfor bruke DCM slik at de ser hele mennesket, legger til rette for at pasienten får bruke sine egne ressurser optimalt, gis mulighet til å opprettholde selvstendigheten og at de respekterer deres identitet (Rokstad & Smebye, 2008).

Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) konkluderer med at betydningen av ansattes kunnskaper, tilnærming og arbeidsform var viktig for å kunne yte god omsorg for pasienter med demens. I praksis erfarte vi stress blant personale ved mangel av ansatte da dette resulterte i økt arbeidsmengde og arbeidsbelastning. I denne forbindelsen ble det ofte benyttet vikarer som vi mener reduserte kontinuiteten i omsorgen. Samtidig var det en merkbar endring i atferden hos pasientene. På grunn av dette mener vi at det er viktig med større stillinger for sykepleiere slik at arbeidsmengden blir jevnere fordelt. Vi mener større stillinger og god kompetanse hos personale kan bidra til at de ser de individuelle behovene hos hver enkelt pasient. Kirkevold (2010) mener for å kunne sikre kvaliteten i fagfeltet, er sykepleiefaglig innføring og tilbud om veiledning nødvendig. Samtidig trenger ufaglærte ansatte opplæring for å jobbe kvalitetssikret. Vi vet økonomien i norske kommuner er begrenset, og at benyttelse av vikarer ofte vil være mer lønnsomt. Likevel mener vi faste ansatte er viktig for pasienter med demens for å kunne skape en tillitsfull relasjon til hverandre.

I følge Thorvik, Helleberg & Hauge (2014) er sykepleiere avhengig av å ha kunnskap om sykdommen for å kunne gi god omsorg ovenfor pasienten med demens. Kunnskap om pasientens sykdom, samt kjennskapen til deres vaner og væremåte, bidro til at sykepleierne lyktes i å hjelpe pasienten på en best mulig måte. For å kunne gi god omsorg var det viktig at sykepleierne hadde gode kunnskaper om menneskets fysiske og psykiske grunnleggende behov. Her var det viktig at sykepleierne reflekterte over hva pasienten hadde behov for, ville eller ønsket da uro/utfordrende atferd oppsto. Det er viktig at sykepleieren kartlegger grunnen for reaksjonen som oppstår. For at dette skal lykkes kreves det kjennskap til pasienten og deres væremåte. Vi erfarte i praksis at ved å bruke et skjema hvor vi registrerte hendelsen, når, hvor og hva som trigget den utfordrende atferden, bidro dette til å forstå pasientens reaksjon bedre når pasienten selv ikke klarte å uttrykke sine behov. Dette kunne

for eksempel være om uroen oppsto av at pasienten var sliten, sint eller om pasienten måtte på toalettet. Utfordringen med dette systemet kan være dårlig oppfølging fra ansatte og manglende kunnskaper, som vi mener kan forekomme ved vikarer eller hvis sykepleieren ikke tar seg tid til å sette seg inn og forstå pasientens reaksjoner. Thorsvik, Helleberg & Hauge (2014) belyser i artikkelen at sykepleierne er avhengig av hverandre og det å spille på hverandres kompetanse. I praksis observerte vi situasjoner hvor den ene sykepleieren ikke forsto hva pasienten ville eller ønsket, noe som førte til stigende irritasjon. Sykepleieren trakk seg ut fra situasjonen slik at en annen sykepleier kunne overta. Dette bidro til deeskalering av utfordrende atferd.

En person med demens bør anerkjennes som komponent på sin egen situasjon og ikke usynliggjøres. Om kvaliteten på omsorgen skal bedres, avhenger dette av at relasjon baseres på samarbeidet hvor pasientens opplevelse av sin egen situasjon fanges opp. Samtidig krever det en endret og ydmyk holdning hos personalet der de tilstreber informasjon angående pasientens egne ønsker og behov gjennom aktiv lytting. Når man lytter aktivt til en pasient får man identifisert underliggende følelser som involverer alle sanser (Rokstad & Smebye, 2008). Travelbee (2011) mener det er viktig at sykepleiere ikke ser seg selv i andre, men klarer å fokusere på den andre som et individ, siden alle er forskjellig. Hvis sykepleieren ikke er bevisst på dette kan det være utfordrende i det forebyggende arbeid, og det kan oppstå komplikasjoner ved tilknytningen til hverandre hvis sykepleieren ikke klarer å sette seg inn i pasientens situasjon. Det er viktig å være bevisst på at personen med demens ikke er en som skal observeres, men er en person som kan lære deg som helsepersonell om sykdommen og sin egen oppfatning av situasjonen (Rokstad & Smebye, 2008).

I følge Rokstad og Vatne (2011) bidrar DCM-metoden til refleksjon blant sykepleierne samt at de blir mer bevisst på sin egen holdning. Igjen bidrar dette til at sykepleieren møter pasienten med en mer sensitiv tilnæringsmåte. Ved at sykepleieren føler seg trygg i sin utøvelse, reflekterer over sin egen atferd og tilnæringsmåte vil trivselen hos pasienten øke og de vil føle seg mer verdsatt. Ofte kan vi tenke at samspillet mellom sykepleieren og pasient styres av bevisste intensjoner, og ser derfor på dette som noe positivt. Samtidig er det viktig å være klar over at vi mennesker ikke har helt kontroll over våre følelser. Våre tanker kan være uklare, og det vi formidler gjennom kommunikasjon kan vi til tider forstå betydningen av i etterkant (Skårderud, Haugsgjerd & Stanicke, 2010). Dette kan spesielt forekomme i situasjoner hvor utfordrende atferd oppstår, hvor våre følelser blir utfordret og

kan hemme sykepleierens kompetanse. Dette kan være følelse som sinne, angst, skamfølelse, vemmelse. Slike følelser kan påvirke samspillet i en annen retning enn forventet, enten følelsene er hos pasienten eller sykepleieren. Når man for eksempel er redd kan man føle seg utrygg på menneskene rundt, og da redsel kan framstå som sinne eller fiendtlighet. Dette kan bidra til at utfordrende atferd oppstår (Skårderud, Hauggjerd & Stanicke, 2010).

På grunn av dette mener vi at DCM-metoden er nødvendig da nettopp dette gir sykepleierne muligheten til refleksjon over de ulike utfordringer de møter. Dette gir personalet muligheten til å drøfte sammen, støtte hverandre og utarbeide tiltak for å ruste seg selv i møte med utfordringene. Slik vi ser det vil dette kunne bidra til økt forståelse og kunnskap om hver enkelt pasient, samtidig kan dette føre til økt bevissthet hos sykepleierne over egen atferd i møte med pasientene. Derimot ser vi at DCM-metoden kan ha noen ulemper. I følge Rokstad (2012) trenger man sertifisering, som er et tre dagers kurs, for å kunne praktisere metoden. På grunn av dette blir metoden kritisert for å være tid- og ressurskrevende, da det fører til omrokking av personalet i enheten. Ut ifra praksiserfaringer har vi observert vanskeligheter med vaktbytte med tanke på turnus. Det kan derfor være aktuelt, slik vi ser det, for personalet å anvende fridager for kurs og eventuell opplæring, som kan avspaseres ved en senere anledning.

Rokstad (2012) sier tidsbruken fra forberedelse til tilbakemeldinger til personalet i DCM-metoden tar 3-4 arbeidsdager. Ut ifra egne praksiserfaringer så vi at varierende dagsform hos pasientene påvirket deres atferd. For eksempel opplevde vi variasjon i funksjonsnivået hos en pasient, hvor pasienten hadde behov for full pleie i stellesituasjonen ene dagen, men andre dager hadde pasient kun behov for tilrettelegging. Vi opplevde også at pasientenes varierende dagsform bidro til endringer i miljøet som blant annet økt støy og uro. Dette kunne føre til utfordrende atferd hos pasientene. På grunn av varierende dagsform, ser vi det slik at hyppig bruk av DCM-metoden er gunstig for å kunne kartlegge og fange opp denne variasjonen i dagsformen hos pasientene. For å kunne øke kvaliteten i demensomsorgen anbefales det å gjennomføre DCM-metoden flere ganger (Rokstad, 2012).

Slik vi ser det kan det være en utfordring å benytte DCM-metoden da denne tar utgangspunkt i tall og koder i kartleggingen av pasientene. På grunn av dette kan det forekomme utfordringer med tanke på sykepleierens personlige oppfatning av pasientens humør. For en sykepleier kan pasienten oppleves glad, mens for en annen kan samme pasient oppfattes mindre glad. Som nevnt tidligere brukte vi et skjema i praksis for å kartlegge

atferdsmønsteret hos hver pasient ved bruk av tall, og opplevde vanskeligheter knyttet opp mot dette, da tall er vanskelig å fastslå korrekt i forhold til pasientens atferd. I tillegg mener vi at kjennskap til pasientene påvirker resultatet av kartleggingen. Hvis sykepleieren observerer pasienten på avstand kan dette ha en negativ innvirkning for kartleggingen da sykepleieren kan mistolke pasientens humør og eventuell reaksjon knyttet til atferden. Ved at sykepleieren tilbringer tid med pasienten, kan sykepleieren anerkjenne og respektere den enkelte pasient som en unik person, deres identitet og selvforståelse, som igjen bidrar til å bevare pasientens personlige integritet (Kirkevold, 2010). Travelbee (2001) mener det å se på pasienten som et unikt individ kan skape et menneske-til-menneske forhold. Slik vi ser det vil dette kunne bidra til en bedre kartlegging i DCM-metoden, samt gi sykepleierne mulighet for refleksjon, evaluere og iverksette forebyggende tiltak.

4.3 Skape trygghet gjennom miljøtiltak

Det er viktig med oversiktlig og entydige omgivelser for personer med demens for at de skal kunne holde egne ressurser intakt. Ved å bo på en skjermet enhet med få pasienter, stabilt personale og oversiktlig miljø kan dette bidra til gjenkjennelse. Tiltak som oversiktlig og stabilitet gjør det lettere for pasientene å finne fram i omgivelsene, samt føre til orientering av tid og egen person (Engedal & Haugen, 2009). I følge Rokstad og Smebye (2008) er dagligdagse aktiviteter et naturlig miljøtiltak for pasienter med demens. Samtidig er det viktig å være klar over at demenssykdommer påvirker pasienters evne til å ta del i aktiviteter, på grunn av manglende oversikt og innsikt, som trengs for å delta. Dette kan føre til kaotisk og unaturlig aktivitet for pasientene. Det er derfor viktig å finne muligheter og måter å skape forandring i pasientens situasjon på (Travelbee, 2001). En av de viktigste positive effekter man kan få ut av miljøtiltak, er endring i den sosiale funksjonen. Her menes samvær, samspill og interessen for andre mennesker. For å forhindre usikkerhet, utrygghet og følelse av uro hos pasienten med demens, er det viktig å orientere de om hvilken situasjon de befinner seg i, forklare hva som skal skje og gi pasienten god tid (Engedal & Haugen, 2009). Vi mener at sykepleieren kan skape forandringer og forebygge utfordrende atferd ved å iverksette aktivitetsrettede tiltak.

Pasienter med demens er avhengig av sykepleierens kunnskaper, engasjement, tro på aktiviteter som iverksettes og miljøet på enheten (Engedal & Hagen, 2009). Det er viktig at

sykepleieren tilpasser og kartlegger aktiviteter for hver enkelt person, hvor deres interesser, behov for aktivitet og eventuell bistand ivaretas. I følge Rokstad og Smebye (2008) er målet med aktivitetene å gi pasientene følelsen av mestring, skape tilhørighet, styrke ressurser, glede, trygghet og opplevelser i hverdagen. Miljøbehandling kan være en utfordrende og engasjerende oppgave da man skal ta vare på pasientens ønsker og behov (Engedal & Haugen, 2009). Til tider kan pasientene også bli feil stimulert hvis tiltaket omfatter mange personer samtidig, for mye aktivitet, dårlig informasjon om aktivitetene, for høy og ukjent musikk. Dette kan resultere i at pasienten blir forvirret og engstelig istedenfor at det gir en mestringfølelse. Det kan også være utfordrende å sette i gang individuelle tiltak og aktiviteter da det kan føre til en konfrontasjon av enkelte aktiviteter pasienten eventuelt ikke lenger mestrer (Rokstad & Smebye, 2008). Vi erfarte i praksis en hendelse hvor en pasient ble satt i gang med håndarbeid, siden pasienten var tidligere en flittig strikker. Det viste seg at pasienten ikke klarte dette lenger på grunn av den kognitive svikten ved demens, som førte til følelsen av og ikke lykkes. Tiltak som tar utgangspunktet i tidligere interesser er ikke nødvendigvis en positiv opplevelse (Rokstad & Smebye, 2008).

Vi har valgt å utdype tiltakene måltid, musikk, sansehager, massasje og aromaterapi, da dette ifølge Berentsen (2008) kan bidra til mestringfølelse, trivsel blant pasientene og forebygge utfordrende atferd.

4.3.1 Måltid

Det å spise er en av de første innlærte ferdighetene vi mennesker får. Bruken av måltider i miljøbehandling gir derfor en anledning til å kombinere behovet for mat og drikke i et sosialt fellesskap, hvor aktivisering og sansestimulering forekommer. Disse faste innslagene i hverdagen kan gi glede og følelse av velvære hos de fleste pasientene. Samtidig kan måltid som tiltak, bidra til observasjon og kartlegging av funksjonsnivået og praktiske ferdigheter hos pasientene (Rokstad & Smebye, 2008). Det anbefales at måltidene foregår i samme rom, ved samme bord og med samme personer, slik at pasienten får en større mulighet til å gjenkjenne omgivelsene. Antallet pasienter ved hvert bord bør ikke overskride åtte, da dette også bidrar til at det blir lettere for pasientene med demens å gjenkjenne situasjonen og ansikter. Her får pasientene muligheten til å føle seg som en del av et sosialt og trygt

fellesskap som skaper trivsel og matlyst. Oppdekking av bordet bør være mest mulig likt og oversiktlig hver dag (Rokstad & Smebye, 2008).

Rokstad og Smebye (2008) mener en positiv atmosfære under måltidene kan gi pasientene økt matlyst og trivsel. Derimot kan en negativ atmosfære hvor det forekommer mye støy, uro, andre aktiviteter i rommet føre til at måltidene blir uoversiktlig. Rokstad og Smebye (2008) refererer til Day, Carreon og Stump (2000) som mener at en slik negativ stimuli vil føre til usikkerhet, uro, forvirring og utrygghet blant pasientene som kan føre til utfordrende atferd. På grunn av den kognitive svikten ved demens, slik vi ser det, vil en slik overstimulering medføre vanskeligheter med å holde oversikt over aktivitetene og omgivelsene.

Opplevelse av mestring

Mestring av egen hverdag og dagligdagse aktiviteter er noe alle ønsker, og kan knyttes opp mot selvfølelse, identitet og livskvalitet (Rokstad & Smebye, 2008). Muligheten til å kunne spise selv er viktig for at pasienten med demens får en opplevelse av mestring. Under måltider kan personer med demens ha behov for tilrettelegging og hjelp til å klare seg mest mulig selv (Rokstad & Smebye, 2008). Sykepleieren kan gjennom sine handlinger hjelpe pasientene med å mestre erfaringer de har med sin sykdom (Travelbee, 2001). Sykepleieren kan støtte, oppmuntre og gi en hjelpende hånd der det trengs. Rolige omgivelser kan ha en positiv innvirkning på pasienten hvor de får tid til å spise måltidet i sitt eget tempo. Dette kan gi pasienten en følelse av kontroll og mestring. Måltid som tiltak kan også ha en negativ innvirkning på pasientens mestringsfølelse hvis de ikke klarer å spise selv. Dette kan være traumatisk og gi følelsen av nederlag da det sitter flere rundt bordet (Rokstad & Smebye, 2008). Slik vi ser det bør sykepleieren tilrettelegge slik at mestringsfølelse oppstår hos pasientene, noe som kan minske sjansene for at utfordrende atferd forekommer.

4.3.2 Musikk

Musikkaktivering er et miljøtiltak sykepleierne kan ta i bruk. Musikk stimulerer alle deler av hjernen. Målet med denne type aktivering er å stimulere pasienten til sosial deltakelse, gi positive opplevelser, trygghet og fremkalle minner. I tillegg kan dette redusere stress, angst og uro (Woods et.al, 2012).

I praksis erfarte vi bruken av musikk vekket gamle minner hos pasientene. Pasientene ble glade, sang med og ble sosiale. For at musikken skal oppleves som trygghetsskapende bør den være kjent for pasienten. Ved å kunne knytte musikk mot minner, vil dette kunne styrke pasienters identitet og opplevelse av egenverd (Rokstad & Smebye, 2008). Berentsen (2008) mener kjennskap til musikken vil skape en mestringfølelse, da pasienten gis muligheten til å synge med. I praksis observerte vi jevnlig bruk av musikk hadde en reduserende effekt på utfordrende atferd. Derimot så vi at feil bruk av musikk kunne føre til uro og stress hos enkelte. Dette siden musikk utgir mye lyd som kan føre til overstimulering. Ved overstimulering kan uro og agitasjon forekomme (Rokstad & Smebye, 2008). Vi mener derfor at det viktig at sykepleieren er oppmerksom på pasientenes individuelle sans for musikk, samt tilpassing av volumet. Ut ifra våre praksiserfaringer måtte volumet tilpasses pasientens hørsel slik at det verken ble for lavt eller høyt, da dette kunne virke forstyrrende eller skape uro.

I følge Berentsen (2008) kan bruken av rytmisk musikk øke aktivitetsnivået hos pasientene, men ved bruk av rolig og langsom musikk kunne dette senke pasientenes aktivitetsnivå, og dermed føre til avspenning. Musikken burde være rolig, som for eksempel klassisk musikk, men samtidig være noe pasienten gjenkjenner. Ved å unngå sangtekster, kan dette resultere i at pasientene kan slappe av, uten å bruke energi på å forstå ordene i musikken (Rokstad & Smebye, 2008).

4.3.3 Sansehager

En sansehage er spesielt tilrettelagte hager som ofte er i tilknytning til en skjermet enhet (Rokstad & Smebye, 2008). Her får pasientene med demens stimulert sansene ved opplevelsen av natur og planter. Sansehagene gir pasientene muligheten til sosialt samvær, en følelse av gjenkjenning, samt gis muligheten for ro og avslapning. Hensikten med dette er at urolige pasienter har et trygt og tilrettelagt område å bevege seg på. Samtidig vekker dette gamle minner og hendelser pasientene har opplevd tidligere (Kirkevold & Gonzalez, 2012).

I følge Kirkevold og Gonzalez (2012) vil bruken av sansehager og pasientens glede av dem avhenge av personalet og sykepleierens holdninger. Demenssykdommene fører til redusert kontroll over eget liv og endringer i mentale funksjoner. De pasientene som brukte sansehagen mest, viste tegn til mindre uro, samt at det bidro til bedre humør og god

livskvalitet. Det er viktig at sykepleierne bruker sansehagene aktivt, siden dette viste en reduksjon av stress, og hadde en forebyggende effekt ved utfordrende atferd. I hagene kan gamle gjenstander plasseres på ulike steder for å vekke minner hos pasientene (Rokstad & Smebye, 2008). Gamle gjenstander tenker vi kan være utstyr og redskaper som de mannlige pasientene også kan ha nytte av. Dette kan for eksempel være redskaper som ble brukt under tømmerhugging eller jordbruk. Ved gjenkjennelse av de ulike redskapene kan det gi pasientene en identitet, følelse av tilhørighet og glede. Samtidig kan dette minne pasientene på sin tidligere selvtilit og kunnskap. En slik positiv innvirkning kan gi pasienten en økt selvfølelse (Berentsen, 2008; Rokstad & Smebye, 2008).

Det er ikke alle skjermede enheter som har tilgang til sansehager. Der det ikke er sansehager kan sykepleierne bruke parker eller annen nærliggende natur (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Utfordringen med sansehagene er å avgrense fra forstyrrede arealer som parkeringsplasser, veier og hovedinngangen til enheten. I følge Kirkevold & Gonzalez (2012) har sansehagen også lite nytte for de som bruker den lite eller hadde behov for hjelp for å komme ut. Ved for mange sanseintrykk kan sansehagen få en negativ innvirkning på pasientene og øke forvirringen og utrykgheten hos pasientene. I praksis erfarte vi at hvis for mange benyttet seg av sansehagen samtidig, førte dette til stress og utfordrende atferd hos pasientene. Bruken av hagen virker dermed mot sin hensikt. Vi mener derfor at sykepleieren må tilrettelegge bruken av sansehagen for å kunne unngå for mye aktivitet på samme tid, da dette kan ha negativ effekt. Vi mener også at sykepleieren bør ha kunnskap om hva slags effekt bruken av sansehager har på pasienter med demens.

4.3.4 Massasje og aromaterapi

I følge Rokstad og Smebye (2008) har alle mennesker behov for fysisk kontakt som blant annet berøring. Gjennom berøring kan sykepleieren skape kontakt, samt gi pasienten en form for bekreftelse og trygghet. Travelbee (2001) belyser at sykepleieren kan bruke berøring som en overføring av sin omsorg til pasienten. Sykepleieren kan bruke massasje som en form for berøring, som kan utføres på blant annet hender, skuldre, føtter og ansikt. For å oppnå avspenning kan man ta i bruk oljer med lukten av lavendel eller banan (Rokstad & Smebye, 2008). Ved å benytte massasje og aromaterapi kan dette bedre nattesøvn samt ha en forebyggende effekt på utfordrende atferd. I tillegg kan sykepleierens bruk av massasje føre

til en følelse av avspenning, velvære, samt bidra til å redusere stress hos pasientene (Rokstad & Smebye, 2008).

I praksis erfarte vi at bruken av berøring og massasje kunne bidra til forebygging av utfordrende atferd. Pasientene uttrykte tilfredshet og velvære. Hos flere førte dette til avspenning, og de søkte derfor mer kontakt med oss. Vi hadde god erfaring med bruken av massasje i forbindelse med stellesituasjoner og på ettermiddagen da dette skapte ro og trygghet før kvelden. Vi erfarte også pasienter som ikke responderte godt på denne type kroppskontakt og nærhet. Alle mennesker har ulike intimsone, hvor det er individuelt hvor nærme fremmede kan tilnærme seg den personlige grensen (Sejerøe – Szatkowski, 2004). På grunn av dette hadde massasjen en negativ innvirkning på noen pasienter, hvor det gjorde pasienten mer urolig og agitert. I tillegg kunne utfordrende atferd oppstå hos pasientene, selv om de responderte bra på massasjen, hvis dette varte for lenge og førte til overstimulering. Det er derfor viktig for sykepleiere å finne balansen mellom for lite og for mye stimuli (Rokstad & Smebye, 2008).

5.0 Konklusjon

For sykepleiere kan det være utfordrende og vanskelig å håndtere utfordrende atferd, spesielt hvis man fokuserer kun på atferdssymptomene. Dette kan være irritabilitet, aggressivitet, slåing og motorisk uro. En utfordrende atferd kan i tillegg skape en følelse av å mislykkes, engstelse og føre til stress blant sykepleierne. Dette kan føre til at sykepleieren ikke klarer å møte pasientens behov tilstrekkelig. På grunn av dette mener vi kunnskaper om demenssykdommene, symptomer og utløsende faktorer for at utfordrende atferd oppstår, er viktig i samspillet med denne pasientgruppen. Samtidig hvis man ofte fokuserer kun på symptomer, vil man gjerne behandle disse raskt, men kan fort glemme pasienten bak sykdommen.

Vi har i denne oppgaven fokusert på ulike tiltak sykepleieren kan iverksette for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens. Tiltakene som har vist seg å ha en forebyggende effekt på utfordrende atferd er kartlegging gjennom DCM-metoden, kommunikasjon for å skape relasjon, samt miljøbehandling og ulike aktiviteter. Dette kan være aktiviteter som måltid, musikk, sansehage, massasje og aromaterapi. Bruken av personorientert omsorg og det å skape et menneske-til-menneske forhold, har også hatt en positiv innvirkning i det forebyggende arbeid. Det er viktig at sykepleieren klarer å balansere mellom for lite og for mye stimuli, og klarer å se positive og negative konsekvenser ved tiltakene. Både det fysiske, psykiske og sosiale må tilrettelegges for hver enkelt pasient, da alle er forskjellig som et unikt individ. Et tiltak som virker forebyggende på en pasient, vil ikke automatisk ha samme effekt på en annen. Ved å se pasienten der han er kan sykepleieren forebygge utfordrende atferd, og pasienten kan få opplevelsen av mestring, trygghet og god livskvalitet.

Slik vi ser det vil det alltid være en utfordring for sykepleieren å forebygge utfordrende atferd. På bakgrunn av dette mener vi at sykepleieren må ha kunnskaper og kompetanse for å være trygg på seg selv. Dette bidrar til å kunne møte pasienten på en god måte og ivareta deres integritet, samt forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

6.0 Litteraturliste

*Aremyr, G. (1999). *Aktivering af mennesker med demens: ideer og erfaringer*. Munksgaard, København (Antall sider: 119)

*Berentsen, V., D. (2008). *Demensboka – Lærebok for pleie og omsorgspersonell*. BK Grafisk as.(Antall sider: 90)

Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (1.utg., s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk

Berge, T. & Repål, A. (2010). *Den indre samtalen: Lær deg kognitiv terapi.*(3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Chenoweth, L., King, M.T., Jeon, Y.H., Brodaty, H., Parbury, S.J., Norman, R. ... Luscombe, G. (2009). Caring Of Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person – centred care, dementia – care mapping, and usual care in dementia: a cluster – randomized trial. *Cochrane Library*. [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*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, O. & Trygstad, H. (2012). Kilder og kildekritikk. I Dalland,O. *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Djordjevic, Z., Græsby, K.M. & Lund, O. E. F (2014). Miljøterapi ved akutt døgnenhet. Selvfølelses- og mindfulnessfokusert terapi som inspirasjon til refleksjon over praksis. Lokalisert på: http://www.kognitivterapipublikasjoner.no/tidsskrift/arkiv/TKT_nr_32014/#/20/ (Antall sider: 51)

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

* Engedal, K & Haugen, P.K. (1999). *Aldersdemens : fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse. (Antall sider: 13)

*Engedal, K. (2000). *Urunde hjul: Alderspsykiatri i praksis*. BK Vestfold Grafiske (Antall sider: 26)

*Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009) *Demens - fakta og utfordringer*. (Kap. 2 Symptomer ved demens s. 33- 50). Forlaget Aldring og helse. (Antall sider: 96)

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt: Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

*Jensen, K.T. (1996). *Humor som verktøy*. Oslo: Det medisinske fakultet. (Antall sider: 39)

*Kirkevold, M. & Gonzalez, M.T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Sykepleien Forskning*. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0029> (Antall sider: 12)

*Kitwood, T. (1997). *En revurdering af demens : personen kommer i første række*. Frederikshavn: Dafolo Forlag (Antall sider: 11)

*Langballe, E.M. & Hånes, H. (2015). Demens- faktaark. Lokalisert på: <http://www.fhi.no/tema/eldres-helse/demens> (Antall sider: 3)

*Mikkelsen, S. (2005). Hva er forebygging?. Lokalisert på: <http://www.forebygging.no/Artikler/2007-1998/Hva-er-forebygging/> (Antall sider: 4)

Ranhoff, A.H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (1.utg., s.137-147) Oslo: Gyldendal Akademisk

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

*Rokstad, A.M.M. & Vatne,S. (2011). Dementia care mapping – en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0043> (Antall sider: 9)

*Rokstad, A.M.M. (2012). Bruk av Dementia Care Mapping (DCM) for å utvikle personsentrert omsorg. I A.M.M. Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens*. Forlaget Aldring og helse. (Antall sider: 32)

*Rokstad, A.M.M. (2014). *Se hvem jeg er!*. Oslo: Universitetsforlaget. (Antall sider: 15)

*Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal Akademisk (Antall sider: 11)

*Samuelson, A.G. (2005). *Kunsten i samspill: Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget AS (Antall sider: 43)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykiatriboken: Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Solheim, K. (1990). *Omsorg for aldersdemente i institusjon*. Engers Boktrykkeri A/S. (Antall sider: 22)

*Stensvik, G.T. (2015). Gir personorientert demensomsorg. *Sykepleien Forskning*. Lokalisert på: <https://sykepleien.no/2011/03/gir-personorientert-demensomsorg> (Antall sider: 2)

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

*Szatkowski, K.S. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk (Antall sider: 101)

*Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige pasienter med demens. *Sykepleien Forskning*. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0140> (Antall sider: 10)

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

*Woods, B., Auguirre, E., Spector, A.E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *PubMed*. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD005562.pub2> (Antall sider: 80)

