



Høgskolen i Hedmark

Avdeling Elverum

Kierra Samantha Ripman

Veileder: Marit Berg

Bacheloroppgave i Sykepleie

«Effekten av Miljøterapi»

“The effect of environmental therapy”

Antall ord: 12 600

BASY 2013

Våren 2016

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Jeg liker...

Jeg liker milde ord

som siver ut

av blikket ditt.

Jeg liker å sitte

tett inntil

den hvite frakken din,

i tryggheten,

mens vi lytter

til de usagte ordene

Kari Helseth Ingeberg

Sammendrag

Bacheloroppgaven min tar utgangspunkt i problemstillingen min: Hvordan kan jeg som sykepleier på sykehjem, forebygge utfordrende atferd ved hjelp av miljøterapi hos individer rammet av demenslidelse? Jeg har valgt å avgrense oppgaven til kun å fordype meg i demensrammede individer over 65 år, på sykehjem og med fokus på utfordrende atferd. Denne litteraturstudie tar for seg ulike forebyggende tilnæringsmåter som kan hjelpe sykepleieren i møte med utfordrende atferd hos personer rammet av demenslidelse. Tilnæringsmåtene bygger på respekt og verdighet for den enkelte. Det er en krevende pasientgruppe da det kan være utfordrende å samarbeide med dem. Videre kan kommunikasjonen være utfordrende da demenslidelsen medfører svikt i psykologiske prosesser (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 3013). Oppgaven er bygget opp på en case som omhandler Kari og hvordan hun opplever nederlag i hverdagen, med utfordrende atferd.

Forskning, faglitteratur, Joyce Travelbee sitt menneskesyn og egne erfaringer er anvendt i drøfting av problemstillingen min. Travelbee (2001) mener pasientene ikke må generaliseres da en kan overse det unike og det særegne behovet ved hvert enkelt individ. Jeg har lagt stor vekt på Joyce Travelbee sitt menneskesyn i denne oppgaven. I oppgaven drøftes det om hvordan kunnskap om selve individet, demenslidelse, kommunikasjon og miljøterapi med hovedfokus på berøring kan bidra til å forebygge utfordrende atferd. Gjennom oppgaven har jeg hatt et fokus på hvordan Kari kan oppleve bedre livskvalitet med forebyggende tiltak fra meg som sykepleier.

Innhold

Innhold

JEG LIKER.....	2
SAMMENDRAG.....	3
INNHold	4
INNLEDNING.....	7
1.1 VALG AV TEMA	7
1.1.1 Hensikt	7
1.2 PROBLEMSTILLING	8
1.3 AVGRENSNINGER I OPPGAVEN	8
1.4 CASE	9
1.5 ANONYMISERING.....	9
1.6 BEGREPSAVKLARING.....	10
1.7 OPPGAVENS OPPBYGGING	10
2. METODE	11
2.1 METODEBESKRIVELSE.....	11
2.2 SØK	11
2.3 DATAINNSAMLING OG SØKEORD	12
2.4 KILDEKRITIKK OG VURDERING AV KVALITET	12
2.5 VALGT FORSKNING.....	13
2.5.1 <i>Foot massage and physiological stress in people with dementia: A randomized controlled trial</i> 13	
2.5.2 <i>The effect of massage on agitated behaviors in older people with dementia: A literature review</i> 14	
2.5.3 <i>Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care</i>	14

2.5.4	<i>Non-pharmacological management of behavioral symptoms in nursing homes.....</i>	15
2.5.5	<i>Optimal nonpharmaological management of agitation in Alzheimer`s disease: challenges and solutions</i>	15
2.5.6	<i>Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens.....</i>	15
3.	TEORI.....	17
3.1	SYKEPLEIER TEORI.....	17
3.2	DEMENS.....	17
3.2.1	<i>Sensorisk Afasi.....</i>	19
3.2.2	<i>Utfordrende atferd.....</i>	19
3.3	KOMMUNIKASJON.....	19
3.3.1	<i>Kommunikasjonsredskaper.....</i>	20
3.4	ETIKK.....	22
3.4.1	<i>Nærhetsetikk.....</i>	23
3.5	MESTRING.....	24
3.6	LIVSKVALITET.....	24
3.7	MILJØTERAPI.....	25
3.7.1	<i>Berøring.....</i>	26
3.7.2	<i>Berøring som behandling.....</i>	27
3.8	PERSONORIENTERT TILNÆRMING.....	28
3.9	LOVVERKET.....	28
3.9.1	<i>Pasient- og brukerrettighetsloven.....</i>	28
3.9.2	<i>Helsepersonelloven.....</i>	29
4.	DRØFTING.....	30
4.1	KARI, ET UNIKT INDIVID.....	30
4.2	KOMMUNIKASJON MED KARI.....	32

4.3	MILJØTERAPI.....	34
4.3.1	<i>Berøring I hverdagen</i>	35
4.4	SYKEPLEIERENS ROLLE	37
5.	KONKLUSJON	41
	LITTERATURLISTE	42
	VEDLEGG 1:	46
	VEDLEGG 2:	47

Innledning

I Norge øker levealderen og med det vil det sannsynligvis forekomme mer enn en fordobling av demenslidelser i løpet av de neste 35 år. På sykehjem er det nesten 80 % som lider av demenslidelse. For å sikre tjenester av god kvalitet for den enkelte med demenslidelse, kreves det faglig kompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.1 Valg av tema

Mitt valg av tema er basert på de erfaringene jeg har gjort meg i praksis. Jeg opplevde at det var lite fokus på miljøterapi og berøring som et forebyggende tiltak mot urolighet og utagerende atferd. I løpet av den perioden jeg var på sykehjem fikk jeg mulighet til å bli kjent med en eldre dame, som var rammet av moderat grad av demenslidelse. Hun var mye urolig og kunne til tider slå personalet når hun ble frustrert. Jeg synes det var en utfordring å kommunisere med henne, og tenke forebyggende tiltak. Etter en stund fikk jeg vite at hun hadde hatt en mann som pleide å stryke henne på hendene. Jeg bestemte meg for å prøve dette, noe som resulterte i at hun ble roligere og mer avslappet. Kjennskap til pasienten bidro til å styrke kommunikasjonen og det ble enklere å samarbeide med henne.

1.1.1 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å synliggjøre utfordringene sykepleiere har, med forebyggende tiltak mot utfordrende atferd hos personer rammet av demenslidelse. Jeg ønsker å belyse hvor viktig det er med miljøterapi som forebyggende tiltak. Og viktigheten av å kunne bruke personsentrert omsorg og ulike kommunikasjonsredskaper, kombinert med gode kunnskaper om individet, demenslidelse, symptomer og bruk av pårørende som ressurs. Demensrammede pasienter kan være utfordrende å samarbeide med, men ut fra teori, forskning og erfaringer er det mulig å kunne skape en god relasjon og øke livskvaliteten til den enkelte som er rammet av denne lidelsen.

Ved å skape trivsel, aktivitet, glede, og bevare livskvaliteten med miljøterapi kan en skape ro og redusere angst. En personsentrert tilnærming i miljøterapi kan gi hvert enkelt individ den beste forebyggende behandling (Helsedirektoratet, 2016).

1.2 Problemstilling

Hvordan kan jeg som sykepleier på sykehjem, forebygge utfordrende atferd ved hjelp av miljøterapi hos individer rammet av demenslidelse?

1.3 Avgrensninger I oppgaven

Jeg har valgt å avgrense oppgavens problemstilling til personer rammet av demenslidelse som bor på sykehjem. Jeg har valgt å avgrense oppgaven på denne måten, da jeg har mest erfaring med personer rammet av demenslidelse på sykehjem. Det er ulike grader av demenssykdom og symptomer er individuelt ut fra hvor langt vedkommende har kommet i sykdomsforløpet. Jeg velger derfor å avgrense til moderat grad og symptom i form av utagerende atferd og sensorisk afasi. Dette fordi det kan være utfordrende å utøve god sykepleie til denne pasientgruppen. Jeg fokuserer ikke på de ulike demenstypene, da utfordrende atferd forekommer blant alle typer demenslidelse. Fordi jeg ønsker å få frem et helhetlig bilde av forebyggende tiltak mot utagerende atferd, velger jeg å ikke fokusere på at symptomer kan variere fra ulike typer demenslidelser. Utfordrende atferd er en fellesbetegnelse på atferdsmessige og psykologiske symptomer som kan komme til uttrykk som fysisk aggressivitet, urolighet, vandring, hallusinasjon og vrangforestillinger (Kirkevold et al., 2013).

Videre vil jeg avgrense oppgaven til å omhandle forebyggende tiltak i form av miljøterapi, med hovedvekt på berøring. Jeg vil bare inkludere systematisk utforming av atmosfære, med blomster som tilgjengelig ressurs og hovedvekten blir på berøring, som relasjoner mellom mennesker. Dette er på grunn av at det er et omfattende tema, jeg inkluderer dermed bare det jeg anser som relevant til casen min. Jeg vil nevne noen ulemper ved bruk av medikamentell behandling, men ikke noe mer utover dette. Jeg vil videre nevne hvor viktig pårørende er som ressurs, men oppgaven er i hovedsak fokusert på forholdet mellom pasient og sykepleier. Jeg vil ha et fokus på kommunikasjon og ulike kommunikasjonsredskaper da det er en viktig del av demensomsorgen. Jeg velger kun å trekke frem de kommunikasjonsredskapene jeg synes er aktuelle i forhold til problemstillingen min da det er et omfattende tema.

Jeg legger vekt på autonomi og mestring, som etter min mening er viktig i samarbeidet med demensrammede. Lovverket og etiske retningslinjer er også noe jeg vil ha med, da den

fremhever plikter jeg som sykepleier skal følge for å kunne gi god omsorg til pasienten. Den fremhever også hvilke rettigheter pasienten har. Jeg har videre valgt å ta utgangspunkt i sykepleieteoretiker Joyce Travelbee, som har et fokus på menneske- til menneske forhold og hvordan pasienten opplever det å være syk. Som jeg synes er relevant til besvarelsen av problemstillingen min.

1.4 Case

Kari er en 78 år gammel aktiv dame med moderat grad av demenslidelse. Hun bor på sykehjem. Hun har i løpet av dagen utagerende atferd og er ofte urolig. Personalet observerer ofte at hun går mye i gangene og klarer ikke å slappe av. Da sykepleierne prøver å roe henne ned og føre henne tilbake til rommet sitt for å hvile, nekter hun å bli med og kan reagere med å slå.

Morgenstellet utføres som oftest før kl. 08:30 da personalet må rekke å kunne servere frokost. Ifølge pårørende har Kari før innleggelse alltid likt å sove lenge om morgenen. Hun bodde sammen med mannen sin helt til han døde et år før hun ble innlagt. Det var han som tok vare på henne ettersom demenslidelsen utviklet seg og det ble vanskeligere for Kari å opprettholde grunnleggende behov som morgenstellet. Hun jobbet som gartner før hun pensjonerte seg, etter dette fortsatte hun med hagearbeid hjemme.

Kari har også utviklet sensorisk afasi som gjør det vanskelig for henne å utrykke seg selv. Den kognitive svikten gjør det også vanskelig for henne å forstå og tolke den informasjonen som blir gitt til henne.

1.5 Anonymisering

Casen er bygget på flere erfaringer med ulike pasienter rammet av demenslidelse og på denne måten kan ikke pasienten i casen være mulig å kjenne igjen. Navnet på pasienten i casen er diktet opp. Ved å gjøre Kari i casen ugjenkjennelig vil de pasientene i virkeligheten bli beskyttet og anonymisert (Dalland, 2014).

1.6 Begrepsavklaring

Demenslidelse er en fellesbetegnelse for flere ulike typer demenslidelse, det de har til felles er kognitiv svikt som er forbundet med funksjonstap i hjernen (Folkehelseinstituttet, 2014).

Sykehjem er en kombinasjon av behandlingsinstitusjon, en pleie- og omsorgsinstitusjon og en bolig (Kirkevold et al., 2013).

Sykepleie har mange definisjoner. Definisjonene tar utgangspunkt i livsholdninger og trossystem til den enkelte. Travelbee mener sykepleie er en mellommenneskelig prosess da den profesjonelle sykepleieren ikke bare hjelper et individ, men kan også hjelpe et samfunn eller pårørende. Sykepleie skal ha fokus på forebyggende tiltak og hjelpe den enkelte i å mestre erfaringer ved sykdom og lidelse og om det er nødvendig finne mening i de erfaringer (Travelbee, 2001).

Kommunikasjon foregår mellom en eller flere individer med ulike tegn og signaler som må fortolkes. Meningsfulle tegn og signaler som ofte er sammensatt i kommunikasjon kan uttrykkes enten verbalt eller non-verbalt (Eide & Eide, 2013).

Berøring kan beskrives som non-verbal kommunikasjon. Det kan også ses på som vårt grunnleggende språk for å formidle ømhet og medfølelse (Ertner, 2014).

Miljøterapi kan beskrives som en systematisk utforming av både atmosfære, tid, rom og relasjoner mellom mennesker på en slik måte at pasienten kan utvikle, opprettholde og bevare sin funksjonsevne og beholde selvbildet sitt og sin selvfølelse (Jakobsen, 2007).

1.7 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er delt opp i fem deler. Først en innledning, så en metodedel som inneholder beskrivelse av metode, fremgangsmåten jeg har brukt for søk, kildekritikk, vurdering av kvalitet og en presentasjon av valgt forskning som jeg anser som relevant til besvarelsen av problemstillingen min. Tredje del, inneholder aktuell teori og sykepleieteoretiker. Teorien tar utgangspunkt i pensum og selvvalgt litteratur. Fjerde delen inneholder drøfting av teori, forskning og egne erfaringer som skal belyses med case mot problemstillingen. Til slutt kommer en konklusjonsdel, denne delen beskriver hvilken konklusjon jeg har kommet frem til som besvarer problemstillingen min.

2. Metode

Ny kunnskap som skal tilegnes og problemstillinger som skal løses må ha en strukturert fremgangsmåte, altså en metode. Ulike metoder behøves for å finne ny kunnskap og for å etterprøve allerede påstander for å sikre at de er sanne, gyldige eller holdbare. Problemstillingen vil kunne indikere hvilken metode som er best egnet for å kunne sikre at funnene blir relevante (Dalland, 2014).

2.1 Metodebeskrivelse

Det er brukt en litteraturstudie som metode i denne oppgaven. Da har jeg først plassert problemområdet mitt innenfor et hovedemne, altså miljøterapi og demenslidelse. Videre har jeg søkt gjennom litteratur for å finne relevant teori og forskning som jeg ønsker å basere oppgaven min på. Kildene blir kritisk vurdert, både ved å stille kriterier til gyldighet og relevans (Dalland, 2014). Teorigrunnlaget for besvarelsen av oppgaven fremstilles gjennom litteratursøket som pensumlitteratur fra sykepleierutdanningen, selvvalgt litteratur og forskningsartikler.

2.2 Søk

Først ble det valgt et tema av interesse. Videre gjorde jeg et bredt søk på temaet for å kunne formulere en problemstilling. Da problemstillingen var formulert kunne jeg begynne med litteratursøket. For å finne aktuelle MeSH-termer (Medical Subject Headings) fra norske søkeord brukte jeg databasen SveMed+, som er en anerkjent nordisk database innen medisin- og helsefag. PICO ble brukt for å strukturere, sortere og holde oversikt over søkeord, MeSH-termer og funnet litteratur. Da problemstillingen ble så tydelig og presis som mulig ved hjelp av PICO-skjemaet ble kjernespørsmålet fra problemstillingen valgt. PICO-skjema er bygget opp av P – Population (populasjon) som innebærer hvilken pasientgruppe eller populasjon problemstillingen tar for seg. I – Intervention (Intervensjon) punktet skal det beskrives hvilket tiltak eller hvilken risiko problemstillingen er interessert i. C – Comparison (Sammenligning) dersom det er relevant kan en eller flere tiltak settes opp mot hverandre og sammenlignes. O – Outcome (Utfall) skal beskrive hvilket resultat eller utfall som er interessant å undersøke (Kunnskapsbasert praksis, 2012).

2.3 Datainnsamling og søkeord

Jeg har brukt biblioteket ved Høgskolen i Hedmark og litteratursøket har gått igjennom flere anbefalte anerkjente databaser som CINAHL og PubMed. Både enkeltartikler og aktuelle kilder sitert i litteraturstudier og oversiktsartikler publisert i fagfelleverderte tidsskrifter ble dermed funnet. Jeg har også benyttet meg av det norske tidsskriftet *Sykepleien* med norske søkeord («demens, kommunikasjon»), og begrenset søket til forskningsartikler, fagfelleverderte og år 2014.

Alle søkene jeg gjorde via troverdige databaser ble strukturert ved hjelp av PICO -skjemaet (Vedlegg 1). I litteratursøket ble følgende MeSH-termer brukt; «dementia», «massage», «touch», «tactile», «intervention», «agitation», «therapy», «non-pharmacological», «prevention», «prevent» og «aggression». Jeg har fått mange resultater på søkene, og har derfor valgt å ekskludere en del artikler på bakgrunn av kriterier som; kun forskning på pasienter med demenssykdom og på sykehjem som er relevant til problemstillingen min. Jeg har også kun inkludert artikler som omhandler moderat til alvorlig grad av demens. Jeg har ønsket å bruke forskningsartikler som ikke er eldre enn 10 år og som omhandler demensrammede over 65 år. Kun norsk- eller engelskspråklig artikler er inkludert. I hovedsak ville jeg bruke studier utført i Europa, men to artikler er fra Australia og jeg har likevel valgt å ta dem med da jeg ser en overføringsverdi til min problemstilling.

2.4 Kildekritikk og vurdering av kvalitet

For å kunne være rimelig sikker på at forskningsartiklene jeg har funnet er forskning og ikke fag - artikler, har jeg benyttet forskningen som bygger på en IMRaD-struktur, forkortelse for introduksjon/Introduction, metode/Methods, resultat/Results og (and) diskusjon/Discussion. Denne strukturen er en type norm som forskere bruker på oppbygging av den enkelte artikkel (Dalland, 2014).

Jeg har også fokusert på at alle artiklene er fagfelleverderte (peer review) før de er publisert, noe som betyr at artiklene har vært igjennom en streng kvalitetssikring som stiller bestemte krav om form og innhold. Ekspertene på fagfeltet har dermed vurdert og godkjent artiklene før publisering. Jeg har i tillegg selv, kritisk vurdert de ut fra en sjekklister for kritisk vurdering av forskning funnet på kunnskapssenteret (2014). Jeg har valgt å benytte forskningsartikler av både kvantitativ og kvalitativ metoder. Kvantitativ metode har som formål å finne

målbare enheter. Tall kan gi oss mulighet til å regne ut antall, gjennomsnitt eller sette opp statistikk. Den kvalitative metoden har som formål å finne opplevelser og meninger til individer. En kombinasjon av de to ulike metodene å innhente data på kan gi oss en helhetlig forståelse av resultatene (Dalland, 2014).

Selv om det er ulike metoder på å kvalitets sikre artiklene mine, så er det svakheter som er nødvendig å påpeke. Alle artiklene med unntak av en er engelskspråklig. Selv med gode engelskkunnskaper kan det by på utfordringer ved tolkningen av artiklene, og det kan dermed forekomme mistolkninger. Jeg har også reflektert over at alle artiklene utenom en i utgangspunktet baseres på andre land som Sverige, Frankrike, Spania og Australia. Selv om alle landene utenom Australia er innenfor Europa mener jeg både kultur og samfunn i alle artiklene i utgangspunktet er overførbare til Norge. Det skal likevel påpekes at det kan være både sosiale, økonomiske og eventuelt kulturelle forskjeller som kan være av betydning til de resultatene jeg trekker inn i oppgaven. Videre er to av artiklene jeg har valgt å benytte systematiske oversiktsartikler (reviewarticles). Hvor tidligere relevant forskning er oppsummert og resultatene sammenlignet med nye tolkninger, det kan da ses på som sekundærlitteratur. Ut fra dette blir min tolkning av artikkelen en tredje tolkning, og med så mange ledd fra primærstudiet kan det være rom for mistolkninger eller at noe av materiale er utelatt (Dalland, 2014).

2.5 Valgt forskning

Her presenterer jeg den forskningen jeg mener er relevant for å besvare oppgaven min.

2.5.1 Foot massage and physiological stress in people with dementia: A randomized controlled trial

Moyle et al. (2014) har gjennomført en randomisert kontrollert studie i Australia. Forskerne har brukt en kvalitativ metode. Den undersøker om fot massasje har en effekt på å redusere fysiologisk stress, som kan føre til aggresjon hos demensrammede. Totalt var det 53 individer med demenssykdom som var med i studien. De ble delt opp i to ulike grupper, den ene gruppen med fot massasje på 10 min og den andre gruppen var en kontroll gruppe. I kontrollgruppen skulle personalet bare sitte med pasienten uten å kommunisere eller ha fysisk kontakt. Resultatene indikerer at personer med demenslidelse klarte å hvile ved å være i nærhet av personalt uavhengig fot massasje, det kan til og med fremme avslapning som

igjen kan forbedre både blodtrykket og pulsen. Selv om resultatene ikke hadde noe signifikante forskjeller på puls så hadde fot massasje gruppen noe lavere puls enn kontroll gruppen. Begge gruppene opplevde redusert systolisk og diastolisk blodtrykk, men i gruppen med fot massasje var reduksjonen på det systoliske blodtrykk noe høyere.

2.5.2 The effect of massage on agitated behaviors in older people with dementia: A literature review

Moyle, Murfield, O'Dwyer & Wyk (2012) har gjennomført en systematisk vurdering av tiltak for utagerende atferd hos eldre personer med demenssykdom, da ser de på tidligere forskning på dette feltet. De tar for seg kvalitativ metode og de så på flere ulike søkeord og kombinerte dem for å få et stort utvalg på 10 ulike databaser. Restriksjonene var full-text og engelskspråk. De fant 13 studier som inkluderte kriteriene de hadde ved utvalg av forskningen, men bare en møtte deres kvalitet på metode. De kom frem til bevis som støtter opp massasje som en ikke-medisinsk behandling i møte med pasienten som lider av demenslidelse ved den ene studien. De 12 studiene som ble ekskludert var likevel med siden de hadde lignende konklusjoner som den inkluderte studien.

2.5.3 Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care

Skovdahl, Sørli & Kihlgren (2007) har utført en studie om taktil stimulanse på individer med demenslidelse på sykehjem. De undersøkte både hvordan personalet opplevde taktil stimulanse og hvordan pasientene opplevde behandlingen. Pasientene var individer med moderat til alvorlig demenslidelse som utøvde aggresjon eller urolighet. Det ble valgt ut fem pasienter som fikk behandling i 28 uker. Personalet fikk opplæring i taktil stimulanse, både teoretisk og praktisk. Behandlingen skulle utførers mist en gang i uken, men helst hver dag. Den besto av lett berøring, altså bare taktil reseptorer, ikke dyp massasje som berører muskulaturen. Hele kroppen utenom genitale kan berøres og bare området som skal berøres er blottlagt under behandlingen. Forskerne har brukt en kvalitativ metode ved analysing av resultatene. Studien resulterte i at alle pasientene opplevde avslapning og positive følelser. Personalet fikk et bedre forhold til pasientene og opplevde at kommunikasjonen ble lettere dem imellom. Studien kan tyde på at taktil stimulanse kan være en god måte å kommunisere non-verbalt på, det kan også gi pasienten en følelse av bekreftelse, verdighet og kan virke

trøstende samtidig som å bli tatt hånd om. For å oppnå en god og varm sykepleieutøvelse er det viktig å bruke behandlingen med respekt for den enkelte, ikke bare som en teknikk.

2.5.4 Non-pharmacological management of behavioral symptoms in nursing homes

Deudon et al. (2009) har utført en kvantitativ studie om effekten av å gi undervisning til personalet om hvordan de skal håndtere aggresjon og utagerende atferd hos individer med demenslidelse. Det er også lagt vekt på forebyggende tiltak mot aggresjon og utfordrende atferd. 16 sykehjem ble valgt ut med til sammen 306 pasienter. Sykehjemmene ble delt inn i behandlings grupper og kontrollgrupper. Personalet på de sykehjemmene som skulle være i behandlingsgruppen fikk 8 uker med opplæring. Observasjoner før behandling, etter 8 uker med behandling og etter 12 uker med behandling ble gjort for å sammenligne resultatene. Resultatene var at de sykehjemmene som fikk opplæring hadde en signifikant reduksjon på både fysisk aggresjon og verbal aggresjon.

2.5.5 Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer`s disease: challenges and solutions

Millán –Calenti et al. (2016) har gjennomført en systematisk gjennomgang av kontrollerte studier fra 1996 til 2015 om bruken av ikke- medisinsk behandling til pasienter over 65 år med moderat til alvorlig grad av demenslidelse i Spania. Forskerne har tatt utgangspunkt i kvalitativ metode. Det ble funnet 754 studier, men bare 8 ble valgt ut på grunn av møtte kriterier. Gjennomgangen ser på musikkterapi, lysterapi, terapeutisk berøring og aromaterapi. Terapeutisk berøring hadde positiv effekt på å redusere fysisk, ikke aggressiv atferd, altså urolighet, men hadde ikke effekt på fysisk og verbal aggresjon.

2.5.6 Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens

Thorvik, Helleberg & Hauge (2014) har utført en kvalitativ studie med etnografisk metode. Datainnsamlingen i denne studie var feltobservasjoner og feltsamtaler. Studien er gjennomført på to skjermete avdelinger og de ansatte som jobber der. I studien var det fokus på hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for individer med demenslidelse. Studien kom frem til at kjent teori om omsorg for personer med demenslidelse stemte overens med resultatene i denne studien. Det var altså viktig å være årvåken, utnytte gyldne øyeblikk og reagere raskt der det var nødvendig, da var personalet alltid beredt. Å være

fleksibel hadde også en påvirkning på personer rammet av demenslidelse. Det innebar at personalet tålte opptreden til pasientene, uorden og rutinebrudd. Personalet var da kreative i sin fagutøvelse som hadde positiv effekt på pasientene. For å kunne utøve slik fagutøvelse hadde personalet gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den individuelle pasienten, men de hadde også god innsikt i den enkelte kollegaers kompetanse.

3. Teori

Dette kapitlet vil inneholde all teori med utgangspunkt i faglitteratur og selvvalgt litteratur, som jeg anser som relevant til problemstillingen og Kari i casen min.

3.1 Sykepleier teori

Travelbee (2001) mener at pasienter er unike mennesker og at hvert individ vil kunne oppleve sykdom og lidelse ulikt. Ved kronisk sykdom som demenslidelse er det ikke sykepleierens funksjon å gjenvinne helse da det ikke er mulig, men til å oppnå helse på høyest mulig nivå. Sykdom må ses på som noe naturlig og en alminnelig erfaring i livet slik at det er mulig å kunne finne mening ved erfaringen pasienten opplever. Travelbee (2001) mener at det sentrale i sykepleien er evnen til å se den subjektive opplevelsen av sykdom. Sykepleiere kan ved å generalisere individer som pasienter kunne overse individet, og på denne måten ikke kunne se det unike og særegne behovet til hvert enkelt individ. For å kunne se pasienten og kjenne til opplevelsen av deres situasjon kan en ikke bare forholde seg til diagnosen personen er gitt. Begrepet lidelse er knyttet til den opplevelsen og reaksjonen til den enkelte ved møte med sykdom og tap. Da pasienten har en følelse av sinne, håpløshet og bitterhet er det av stor betydning at sykepleieren er der for den enkelte, det har da oppstått en «øyeblikkelig hjelp» situasjon. Sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk ved å bruke sin egen personlighet bevisst og hensiktsmessig når en samhandler med pasienten. Sykepleieren fremmer pasientens ønske om å endre seg. Ved den form for endring vil en kunne si at det er terapeutisk. Da kan en lindre eller redusere plagene pasienten opplever. Ved at sykepleier har selvinnsikt og en forståelse for menneskelig atferd kan en forutse sin egen og andre sin atferd. Sykepleierens holdninger og egen verdi i forhold til sykdom, lidelse og død vil gjenspeiles i møte med andre personer (Travelbee, 2001).

3.2 Demens

Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom som ofte rammer eldre mennesker. Den kjennetegnes av den mentale kapasiteten og den medførte svikten i psykologiske prosesser individet opplever som oppmerksomhet, hukommelse, læringsevne, tenking og kommunikasjon. Dagligdagse aktiviteter kan bli vanskelig å klare på grunn av den kognitive

svikten. Individet kan få endret atferd og tilstanden er kronisk, den kan ikke kureres og sykdommen blir bare verre over tid (Kirkevold et al., 2013).

Personer rammet av demens kan ha problemer med språk, dermed problemer med å formidle seg. De kan også ha problemer med å forstå den informasjonen som blir formidlet til dem. Vanskeligheter med å tolke og forstå omgivelsene sine kan føre til kaos for den enkelte. Ved opplevelsen av kaos kan det øke stress, engstelighet og redsel hos den enkelte (Skovdahl, 2010).

Det er ulike grader av demenssykdom; mild, moderat og alvorlig. Det er individuelt hvor fort sykdommen utvikles for den enkelte og hvilke symptomer en utvikler i forløpet av sykdommen. Ved mild grad kan personen fortsatt bo hjemme med litt tilrettelegging. På dette stadiet begynner pasienten å glemme avtaler og har vanskeligheter med å følge med på klokken og kalenderen. Videre i forløpet kan en utvikle moderat grad av demens. Symptomene i dette stadiet er redusert evne til å se konsekvensene av valgene sine. Daglige aktiviteter blir for kompliserte som matlaging og påkledning, noe som kan føre til at pasienten trenger ekstra mye tilrettelegging. Kommunikasjonsvansker kan forekomme og vedkommende kan miste flere funksjoner som kan føre til depresjon, angst, fortvilelse og sinne. Til slutt i sykdomsutviklingen vil en utvikle alvorlig grad som vil innebære en videre forverring av sykdommen. Vedkommende kan glemme hvem familiemedlemmer er og klarer ikke orientere seg om tid eller sted. Handlingsvikt og inkontinens for urin og avføring vil da forekomme. På dette stadiet er personen avhengig av hjelp døgnet rundt (Kirkevold et al., 2013).

Demensrammede kan ofte ha et trekk av fire kategorier, enten leiteren, plukkeren, vandrerens eller den som roper. Jeg tar frem den kategorien som passer best med problemstillingen min. Vandrerens liker å planlegge en reise, dra på selve reise og så komme frem til destinasjonen. Det kan enten være turer, ny kunnskap, spill og andre aktiviteter. De ønsker hele tiden å vandre, når de har kommet til sin destinasjon, blir det et spørsmål om hva pasienten skal drømme om videre. Valgmuligheter og usikkerheten om hvor individet skal videre kan utløse rastløshet. Å lede personen til en destinasjon der de slipper å tenke på alt rundt «reisen» kan redusere stress og gjøre livsreisen med demenslidelse lettere. Da er det ikke fokus på hvor vi skal, men om pasienten spør kan vi svare. En «vandrer» vil kunne føle ro da de får bekreftelse av opplevelsen av å være «på vei». Dype samtaler og å gjøre vandringen

nyttig vil også være med på å skape ro for personen rammet av demenslidelse og som i utgangspunktet er en vandrer (Aremyr & Ljunggren, 2012).

3.2.1 Sensorisk Afasi

Afasi er en fellesbetegnelse på språkvansker. Hvilken type afasi en pasient blir rammet av kommer an på hvilken del av hjernen som blir rammet av demenssykdommen. Jeg tar for meg den afasi typen som er mest aktuell til casen min. Sensorisk afasi kommer av skade i Wernickes området i venstre tinningslapp. Pasienten vil kunne ha problemer med å forstå informasjon som blir sagt eller få problemer med å lese. Pasienten kan utale enkle ord korrekt, men kan ha vanskeligheter med å føre en sammenhengende tale. Pasienten kan oppfatte at andre ikke forstår den informasjonen han eller hun prøver å formidle og dermed bli fortvilet (Kirkevold et al., 2013).

3.2.2 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd er innenfor APSD som er forkortet for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demenslidelse. En kan ikke se på utfordrende atferd som et fenomen og så ha en behandling for det. Pasienter med utfordrende atferd kan ende opp med å få sedativ medikamentell behandling som har liten effekt. Den har også bivirkninger som slagfare, luftveisproblemer, ødem og økt kognitiv svikt (Øvereng, 2008).

Aggressiv atferd kan enten være fysisk eller verbalt. Fysisk aggressivitet kan være slag, spark eller å kaste saker rundt seg. Verbal aggresjon kan være grovt språk eller å skrike på en truende måte. Ved aggresjon må en tenke over hva som kan være årsaken. Aggresjon kan komme av ulike årsaker som smerter eller redsel (Oddy, 2013).

Aggressiv atferd kan forebygges ved å være bevisst på kommunikasjon og planlegge hjelpen en skal gi som profesjonell sykepleier. Ved å forebygge aggressiv atferd vil en kunne unngå å utøve makt og unødvendig medisinerings som kan virke negativt på både pasient og personalet (Gotfredsen, 2009).

3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan enten foregå mellom to eller flere individer. Det blir utvekslet både meningsfulle tegn og signaler enten non-verbalt eller verbalt. Kommunikasjon er ofte en

sammensetting av både tegn og signaler som må fortolkes. De signalene som sendes til mottaker må fortolkes og dette utgjør grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt mellom to personer. Det er rom for mistolkning selv om signalene kan være tydelige da alle har sin egen måte å tolke signaler på. Verbal kommunikasjon kan mistolkes når ikke kroppsspråket samsvarer. Det vil si, når den non-verbale kommunikasjonen signaliserer noe annet enn det en sier (Eide & Eide, 2013).

Individer rammet av demens kan ha store problemer med å kommunisere med andre da språket svekkes over tid. De blir dermed enda mer avhengig av å uttrykke seg non-verbalt med kroppsspråk og mimikk som uttrykksmiddel. En av forutsetningene for god kommunikasjon er empati. Empati kan forklares som evnen til å sette seg inn i den andres situasjon og følelser, ved å aktivt lytte og vise interesse. For å være i stand til å kommunisere med demensrammede må vi også være bevisst over egen bruk av kroppsspråk og mimikk, ha en ny rolle i hvert møte med den demensrammede og «begynne der pasienten er» (Sejerøe-szatkowski, 2004).

En kan enten kommunisere verbalt med ord, eller non-verbalt med mimikk, tonefall, bevegelser og berøring. Kommunikasjon mener Travelbee er sykepleierens viktigste redskap når en skal etablere et menneske – til – menneske forhold, da en blir kjent med pasienten på denne måten. Som sykepleier kan en på denne måten identifisere personenes særegne behov. En må også blant annet ha en empatisk forståelse som en bevisst intellektuell prosess. Det innebærer å kunne sette seg inn i og prøve å forstå den andres psykiske tilstand der og da. Empatisk evne kan være begrenset eller avhengig av å ha noen likheter av erfaringsbakgrunn. Sympati kommer som et resultat av den empatiske prosessen. En kan da formidle både verbalt og non-verbalt at pasienten slipper å bære byrden alene og at vi forstår og bryr oss. På denne måten kan pasienten bli påvirket både psykisk og fysisk til å mestre situasjonen bedre. Når pasienten føler seg knyttet til sykepleieren kan det oppstå sterk tillit (Travelbee, 2001).

3.3.1 Kommunikasjonsredskaper

Spørre, lytte og vente er viktige momenter i kommunikasjon med demensrammede. Pasienten kan ha vanskeligheter med å uttrykke seg selv med ord og kunne tolke informasjon fra andre. Kommunikasjon med få, konkrete og tydelige ord er derfor sentralt. Videre er det viktig å lytte og vente på at de får anledning til å svare med de signalene de klarer og ønsker

å bruke. Respekt for den enkelte er en forutsetning for å etablere god relasjon med pasienten, det handler om å se menneske bak diagnosen (Eide & Eide, 2013).

Det er ulike redskaper en kan bruke i kommunikasjonen med en person rammet av demenslidelse. Det redskapet som fungerer optimalt er individuelt og de ulike redskapene kan enten brukes enkeltvis eller kombinert. Jeg tar frem de redskapene jeg mener er de mest aktuelle til problemstillingen og casen min.

- Sentrering er en måte å samle seg, konsentrere seg og sette individet i sentrum. Egne følelser blir satt til siden og en er åpen for den andres budskap.
- Speiling er en måte å bruke kroppen på å vise hvordan en handling utføres. Mange demensrammede glemmer hvordan å utføre handlinger som blant annet å spise, pusse tennene eller kle på seg klær. Ved å speile kan sykepleieren utføre handlinger sammen med individet og gjøre det lettere for dem å utføre handlingen uten korrigerende, da kan de unngå nederlag.
- Avledning kan brukes for å flytte oppmerksomheten slik at en ønskelig handling blir utført. Det kan være vesentlig at sykepleieren kjenner personen godt, for at en avledning skal lykkes.
- Kalibrering er en måte å lese pasienten via mimikk, øyebevegelser, eventuelt stemmeføring og selve huden. Huden kan observeres som hard, myk, «gåsehud», varm, kald, tørr eller fuktig alt etter tanker og følelser pasienten opplever. Demensrammede har en veldig tydelig non-verbal kommunikasjon og kalibrering kan på den måten være til stor hjelp for å unngå nederlag.
- Guiding er en måte å vise og føre veien med kroppen, stemmen og/eller språket. Ved å bruke guiding kan den demensrammede utføre mest mulig selv og kan på den måten bevare identitet, egenverdi og sine egne evner.
- Reminisens er et redskap som brukes for å minne pasienten på hvem de er. Lukt, lyd, smak, syn eller noe de føler på kan vekke minner og identiteten til den enkelte som kan skape trygghet og roligere forhold.
- Berøring kan oppleves ulikt, men som regel liker demensrammede berøring da det kan gi en fornemmelse av trygghet og nærhet. Massasje er noe som gir mange glede og kan føre til at de lettere faller til ro.
- Validering brukes for å gjøre følelsene til demensrammede gyldige. Enten det er rop, skrik eller bestemte bevegelser. Pasienten arbeider med følelsen bak opplevelsen, noe

som krever høy grad av empati fra sykepleieren. Demensrammede har ofte redusert intellektuell hukommelse, men den følelsesmessige hukommelse er bevart. Ved å kunne uttrykke følelsene sine og videre bli akseptert og validert vil dårlige følelser kunne avta (Sejerøe-szatkowski, 2004).

Kommunikasjonsformen realitetsorientering kan brukes for å orienterer pasienten til riktig tid, sted og situasjon. Den krever kognitiv kapasitet, læring og hukommelse hos pasienten. Realitetsorientering kan foregå med kalender, skilting, avislesing eller daglig informasjon (Jakobsen, 2007).

3.4 Etikk

Etikk er ulike verdier vi som mennesker har bygget på siden spedbarnstiden som blir grunnleggende for hvilke valg og veier vi velger å gå, og som kan gjenspeiles moralsk i de handlingene vi gjør. Etikk og moral henger godt sammen da de reflekterer hverandre. Moral kan handle om det gode og onde, rett og urett, tillatt og ikke-tillatt. Grunlaget for etikken er solidaritet mellom mennesker og ønsket om å ta vare på hverandre, og ansvaret mennesket har for hverandre (Hummelvoll, 2012).

Å løse etiske vanskelige problemer som sykepleier krever å lese og reflektere ut fra teorien som omhandler etikken, men også praktisk erfaring og gode rollemoeller i praksis. De valgmuligheter sykepleieren har og hvilke som vil være til best hensikt for pasienten vil kunne belyses med etikken. Det er mange vanskelige valg sykepleiere må ta, og de valgene som blir tatt vil være avgjørende for helse og velvære for pasienten. For å kunne ta riktige valg er det viktig å ha gode kunnskaper om etikk, men også evnen til å reflektere over egne holdninger (Brinchmann, 2014).

Sykepleieren har fire grunnleggende ansvarsområder: Fremme helse, gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse. Sykepleiebehovet er universelt og bygger på respekten for menneskerettighetene. Da er kulturelle rettigheter, retten til liv og friheten til å velge, bli behandlet med respekt og verdighet sentralt. Respekt for den enkelte skal utvises og ytes uavhengig kultur, hudfarge, trosoppfatning, funksjonshemming, alder eller sykdom, nasjonalitet, kjønn, politisk oppfatning, sosial status, seksuell legning eller etnisk bakgrunn. Sykepleiere skal jobbe tverrfaglig med andre relevante yrkesgrupper og yte helsetjenester til både enkeltmennesket, familier og til samfunnet. Sykepleiere har ansvar for å ivareta den

enkelte pasients verdighet og integritet. Pasienten har rett på helhetlig sykepleie, rett til medbestemmelse og rett til ikke å bli krenket (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2011).

Da vi som sykepleiere handler og vurderer må vi ta et personlig og et faglig ansvar, da vi har et profesjonelt og etisk ansvar ovenfor både pasienten, arbeidsstedet og samfunnet. Pasientens helse er avhengig av hvilket valg vi tar (Hummelvoll, 2012).

Et praktisk -etisk rammeverk kan representeres som 4 etiske prinsipper som kan defineres som plikter.

- Velgjørenhet – Plikten til å gjøre godt mot andre
- Ikke skade – Plikten til ikke å skade andre
- Autonomi – Plikten til å respektere autonome personers beslutning
- Rettferdighet – Plikten til å behandle like tilfeller likt og til å fordele ressurser rettferdig

Prinsippene er likeverdige og ikke absolutte. Det ene prinsippet er med andre ord ikke viktigere enn de andre prinsippene. Prinsippene er ment som en veiledning, og prinsippet ved første øyekast skal følges, men i noen tilfeller kan en fravike dersom andre hensyn tilsier det i bestemte situasjoner (Brinchmann, 2014).

Det kan oppstå etiske dilemmaer i ulike situasjoner i sykepleiepraksis. Etisk dilemma er ofte en vanskelig situasjon der en av to eller flere verdier må velges og begge alternativene er ønskelige eller at begge medfører uønskede konsekvenser. Et eksempel der sykepleieren blir satt i et etisk dilemma er når sykepleieren skal ta hensyn til to etiske prinsipper, begge utfallene er ønskelig, men det er umulig å kunne velge begge to samtidig (Hummelvoll, 2012).

3.4.1 Nærhetsetikk

Nærhetsetikken fokuserer på samspillet mellom to ulike individer, og etikken oppstår i møte mellom mennesker. Det handler om menneskesynsverdier og om menneskelige behov. I nærhetsetikken er det jeg – du - forholdet som settes i hovedfokus, og har ingen spesielle handlingsvalg når det kommer til vanskelige situasjoner. For å unngå teoretisering og et distansert forhold til moralske spørsmål, er også tenkningen i nærhetsetikken viktig. Følelsenes betydning blir vektlagt, for å få en forståelse av situasjonen og hvordan

vedkommende opplever situasjon. Da kan sykepleieren bli oppmerksom på hvilke faglige og moralske verdier som spiller inn. Ved å se på blant annet kroppsspråk og blick kan man lese personen og få et bilde av hvordan personen opplever situasjonen (Brinchmann, 2014).

En balanse mellom nærhet og avstand krever kunnskap og sansevarhet. Det er øyeblikket som er avgjørende for om det er balanse, men kunnskaper om individets grenser kan være til hjelp. Empati er sentralt og krever nærhet og avstand, den har både et kognitiv og et emosjonelt aspekt. Ved å samle opplysninger og inntrykk fra individet og videre kontakte sine egne følelser, erfaringer og kunnskaper, ut fra dette vurdere individets situasjon og se hva han eller hun trenger. Kommer sykepleieren for nær pasienten vil en kunne bli handlingslammet på grunn av egne følelser, mens for stor avstand kan føre til at en mister evnen til å se pasientens behov (Strand, 2013).

3.5 Mestring

Mestring er en kompleks og uoversiktlig prosess. Den oppfattes som den totale summen av intrapsykiske og handlingsorienterte forsøk på å beherske, tolerere og redusere både de indre og ytre belastningene individet er utsatt for eller forsøker å unngå eller redusere de negative følgende av slik påkjenning. Mestring er en dynamisk prosess der ofte personen beveger seg fra å lukke seg til å åpne seg, mellom å skyve unna og slippe til, mellom kaos og kontroll, mellom forvirring og forståelse, miste taket på situasjonen og mestre den gjennom praktiske handlinger. Mestringssituasjonen innebærer at pasienten trenger hjelp til mestring, men samtidig er det en forutsetning at pasienten står i sentrum og er den som utfører arbeidet. Empowerment begrepet kan knyttes til mestringsbegrepet da Empowerment er en prosess som gjør personer i stand til å øke kontroll over egen helsetilstand og forbedre sin egen helse. Mestring kan på mange måter være et resultat av Empowerment prosessen hos pasienten. Empowermentprosessen er en holdning som kommer til uttrykk i kommunikasjon og involvering av pasienten i bestemmelser som kan føre til en mestringsfølelse da pasienten klarer å utføre handlinger selv (Eide & Eide, 2013).

3.6 Livskvalitet

Livskvalitet har mange definisjoner, men Siri Næss (1986) definerer livskvalitet til den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og en grunnstemning av glede. Alle

punktene utgjør livskvalitet og hvor godt personen har det i livet sitt, og hvert punkt skal vektlegges likt. Hun bruker livskvalitet og hvor godt personen har det om hverandre som synonymer. At personen er aktiv vil si har appetitt og livslyst. Er interessert eller engasjert i noe utenfor seg selv som oppleves meningsfullt. Har et overskudd av energi til å kunne utføre interessene sine. Ha en frihet til selv å kunne velge over egne handlinger, for å utvikle og bruke sine egne evner og muligheter. At personen har samhørighet vil kunne forklares å ha minst en person som er nær, varm og som en har et gjensidig forhold til. Det vil kunne være å ha kontakt, vennskap, lojalitet og ha en fellesskapsfølelse og tilhørighet i en gruppe. Gruppen kan være venner, naboer, arbeidskamerater eller partigrupper. Å ha selvfølelse vil si å være selvsikker, å føle seg vel som et menneske, følelse av mestring, følelsen av å være til nytte, akseptere seg selv. En grunnstemning av glede vil kunne forklares som å ha rike og intense opplevelser av skjønnhet enten av innsikt i eller av en samfølelse med naturen. Å være åpen og mottagelig. Føler trygghet, harmoni, fravær av uro, angst, bekymringer og rastløshet. Føle glede, lyst og velvære over livet sitt som rikt og givende og ikke føle smerte, ubehag, tomhetsfølelse eller føle nedstemthet (Næss, 1986).

Kroniske sykdommer kan føre til isolasjon på grunn av endret funksjonsnivå eller endret levemåte som kan føre til endret opplevelse av meningen ved tilværelse. Det kan ha stor betydning for personen med kronisk sykdom å oppleve noe meningsfullt, ha samhørighet og selvfølelse (Rustøen, 2001).

Livskvalitet er ikke bare overlevelse og redusert sykkelighet, men helheten av individet som er i fokus. Sykepleieren skal da tenke både forebyggende og vedlikehold av helse eller restaurering av funksjon. Pasienten skal oppleve at livet er verdt å leve. Livskvaliteten til pasienten kan påvirkes med omgivelsene, informasjon og veiledning til både pasienten og pårørende (Whal & Rokne, 2011). Ved å lære å kjenne individet og engasjere seg i pasientens minner så kan en øke livskvaliteten betydelig (Eide & Eide, 2013).

3.7 Miljøterapi

Miljøterapi er å bruke de tilgjengelige ressursene omgivelsen byr på og ha en planlagt og faglig begrunnet terapeutisk virksomhet ut fra de ressursene. Den legger til rette for både fysisk, sosial og åndelig vekst gjennom samhandling, men også å styrke brukerens egenomsorg. For å oppnå dette må en variere mellom å være støttende, men også utfordrende

i en terapeutisk allianse med pasienten. Alliansen må også være preget av anerkjennelse og respekt for egenverdi og integritet (Lillevik & Øien, 2014).

Miljøterapi er en behandlingsform som tar i bruk ressurser som er tilgjengelige i omgivelsen. Den har som hensikt å kunne styrke selvbildet, men også øke mestringsfølelsen. Det kan ha en positiv effekt på livskvaliteten til den enkelte. Målet med miljøterapi er å fremme livskvalitet (Ertner, 2014).

Behandlingsformen miljøterapi er rettet mot aktiviteter som måltider, musikk, natur, forskjellige aktiviteter og samspillet med andre mennesker som er i pasientens omgivelser. Å skape trivsel og glede gjennom å styrke selvbilde og mestringsopplevelse hos den enkelte er en av målsettingene for miljøbehandlingen. En kan også tilby individuell miljøterapi. Ved å hente inn informasjon om pasienten kan en tilrettelegge for at behov blir dekket og at pasienten blir møtt på en så god måte som mulig. Informasjonen kan enten hentes inn med samtaler direkte med pasienten, men pårørende kan også være en god ressurs til verdifull informasjon. Pårørende kan i mange tilfeller også komme med nyttig informasjon på hvordan behandlingen bør utføres da de kjenner pasienten best (Rokstad, 2008).

3.7.1 Berøring

En viktig del av sykepleie er berøring, mildhet og medfølelse. Sykepleiere er ikke bare opptatt av å holde folk i live. Berøring kan også beskrives som non-verbal kommunikasjon. Det er ikke-språklig og en uttrykks- og kommunikasjonsform som har blitt utøvd fra livets begynnelse. Fra et spedbarn blir født er det kommunikasjon i form av berøring til verbal kommunikasjon utvikles. På mange måter kan berøring gjøre det lettere å kommunisere med et annet menneske, da ord kan være vanskelig å formidle. Det kan også ses på som vårt grunnleggende språk for å formidle ømhet og medfølelse (Ertner, 2014).

Berøring kan oppleves som trygghet og nærhet, men berøring av intimsoneer kan føre til aggresjon. Hvordan pasienten opplever berøring kan observeres verbalt eller non-verbalt. Dokumentering av hvordan individet opplever berøring kan gjøre neste behandling med berøring bedre for pasienten (Sejerøe-Szatkowski, 2004).

3.7.2 Berøring som behandling

Berøring i form av taktil berøring og lett massasje kan formidle bekreftelse, omsorg og fremme ro. Det kan også virke krenkende, pasienten kan bli urolig, oppleve smerte eller angst. Det er viktig for at behandlingen skal virke positivt at sykepleieren har kunnskap om hvordan man utfører taktil berøring og lett massasje på en korrekt måte og tilpasset til den enkelte. Behandlingen kan vekke gode eller dårlige minner hos pasienten, og det må personalet være forberedt på (Skovdahl, 2010).

Huden er menneskets største sanseorgan og ved massasje vil reseptorene kjenne igjen trykk, vibrasjoner og berøring. Det er individuelt hvor på kroppen massasjen vil føre til en beroligende effekt. Det kan være lurt å begynne med en ryggmassasje eller fot massasje om pasienten ikke har fått berøring som en behandling før da det er mindre intimt å bli massert der enn overkroppen, men igjen kan pasienten bli usikker da en må ligge på magen og ikke kunne se behandleren. Etter endt behandling kan det gi en positiv effekt å la pasienten ligge og slappe av (Henricsen & Billhult, 2010).

Kunnskaper om demenslidelse og hvordan forberede både seg selv og pasienten før behandling vil kunne påvirke utfallet av behandlingen. Kommunikasjon med pasienten og miljøet rundt vil også være en påvirkende faktor på utfallet av behandlingen (Skovdahl, 2010).

Selve behandlingen kan utføres på et rolig sted og musikk kan være en beroligende faktor for noen. Pasienten kan enten ha varme håndklær som dekker kroppen for å unngå krenkelse eller pasienten kan være fullt påkledd, men bedre stimuli oppnås uten klær. Noen ønsker ikke berøring eller massasje på mage, eller andre steder og det skal respekteres. Om pasienten har vanskelig med å uttrykke seg med ord kan sykepleieren observere kroppsspråket om pasienten synes det er ubehagelig. Behandler må ha kunnskaper om individets sykdomshistorie da noen kontraindikasjoner kan gjøre at noen områder bør unngås. For å bevare respekten og integriteten til pasienten skal vi tenke helhetlig og ha fokus på helkroppsbehandling. Det første en skal begynne med er å massere rygg, bakside ben, hode da pasienten ligger på ryggen. Pasienten kan så ligge på ryggen og da går fokuset til ansikt, mage, brystkasse, armer hender, ben og føtter. Føtter og hender kan bades og vaskes for en mer helhetlig følelse. Under behandlingen kan det å ha en hånd i kontakt med huden til pasienten sikre at behandler er der og varmen fra behandleren opprettholdes. God

kommunikasjon, med klare beskjeder er viktig for at pasienten skal kunne slappe av og føle seg trygg (Henricsen & Billhult, 2010).

3.8 Personorientert tilnærming

En kan gi omsorg ved å møte pasienten på sine egne sanser og emosjon for å fremme ro og trygget. Ved å ikke tenke på hvordan en kan endre pasienten eller den unormale atferden deres, kan man møte pasienten der han eller hun er og skape et meningsfullt møte. Om pasienten ikke kan gi den informasjonen som trengs for å kunne skape et meningsfullt møte er pårørende viktige ressurser. Individu rammet av demenssykdom trenger ikke bare å få dekket grunnleggende behov som Maslows behovshierarki beskriver som fysiologiske behov, trygghetsbehov, sosiale behov, anerkjennelse og selvrealisering men også behov knyttet til symptomatologi og de konsekvensene som forekommer av demenssykdom. Behovsområdene fysisk behov, psykososiale behov, åndelige behov og behov for en verdig død kan være med på å gi et helhetlig tilbud til den enkelte. Spesielt er kanskje det psykososiale behovet det viktigste på mange måter for personer rammet av demenssykdom. Uansett hvordan sykdommen preger individet eller atferden vil pasienten ha et behov for å bli respektert. I personorientert tilnærming skal rutiner, ritualer, organisering og handlingsvalg baseres på individets vaner, vurderinger og personlighet (Jakobsen, 2007).

3.9 Lovverket

Sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten (NSF, 2011).

3.9.1 Pasient- og brukerrettighetsloven

Jeg viser til pasient- og brukerrettighetsloven (1999) som skal sikre at befolkningen har tilgang til like tjenester av god kvalitet. Bestemmelsene i loven er til for å fremme tillitsforhold til pasientene og brukerne, samt helse- og omsorgstjenesten. Den skal også fremme sosial trygghet og ivareta respekten til den enkelte pasient og brukers liv, integritet og menneskeverd. Loven gjelder alle i Norge.

3.9.2 Helsepersonelloven

Jeg viser til helsepersonelloven (1999) som skal bidra til sikkerheten for pasienten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten. Den skal også bidra til å skape tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven gjelder alt helsepersonell og virksomhet i riket som yter helsehjelp. Helsehjelp kan her defineres som enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål som helsepersonell utfører. Helsepersonell skal jobbe i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes av den kvalifikasjonen helsepersonellet har, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig.

4. Drøfting

Drøftingen av oppgaven vil ta utgangspunkt i problemstillingen min: Hvordan kan jeg som sykepleier på sykehjem, forebygge utfordrende atferd ved hjelp av miljøterapi hos individer rammet av demenslidelse? og casen som er presentert i innledningen. Jeg vil da drøfte hvordan jeg som sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos Kari ved hjelp av miljøterapi, slik at Kari kan få en så god livskvalitet som mulig.

4.1 Kari, et unikt individ

I casen kommer det frem at Kari har moderat grad av demenslidelse og har dermed utviklet sensorisk afasi. Det kommer også frem at det er en utfordring å samarbeide med henne da hun ofte er urolig og til tider slår om hun blir frustrert. I casen er det noe informasjon om Kari sitt tidligere liv. Hun liker å sove lenge om morgenen og har vært enke i et år. Kari er fysisk oppegående, slapper sjeldent av og går mye i gangene. Videre har hun tidligere jobbet som gartner, noe som hun viser stor glede for når jeg prater med henne om dette. Travelbee (2001) tar utgangspunkt i å ikke generalisere Kari som pasient og meg som sykepleier. Jeg jobber forebyggende og kan også hjelpe Kari med å finne mening og mestring ved demenslidelsen. På denne måten skaper jeg et menneske til menneske forhold. Jeg forholder meg ikke til diagnosen, men Kari bak diagnosen ved å kjenne til opplevelsen av situasjonen hennes (Travelbee, 2001).

Kari kan oppleve å bli frustrert til tider, noe som kan føre til utfordrende atferd. Som sykepleier kan jeg bruke sentrering som et kommunikasjonsredskap, det vil si at jeg samler meg, konsentrerer meg og setter Kari som individ i sentrum. Videre kan jeg bruke avledning for å flytte fokuset til Kari til en ønsket handling. Da hun blir rastløs i gangene kan jeg avlede med interessen for blomster, ved for eksempel å ha blomster på rommet hennes. For at avledningen skal lykkes må jeg kjenne Kari godt (Sejerøe – Szatkowski, 2004).

Ved å beherske, tolerer eller redusere indre eller ytre belastninger i blomsterarbeidet, kan Kari oppleve en mestringsfølelse. Videre kan hennes interesse for blomster, være en god måte å engasjere og skape god samhandling mellom meg og Kari. Empowerment er en holdning som kommer til uttrykk når jeg kommuniserer med Kari og involverer henne i beslutninger. Etske verdier som respekt, autonomi, likeverd og hensyn til Kari sitt beste er

grunnlaget for Empowerment. Holdningen jeg har, kan være med på å styrke Kari sin selvbestemmelse. På denne måten kan jeg la Kari beholde mest mulig makt, men også kontroll i situasjoner. Videre bestyrker jeg Kari til å delta i beslutningsprosesser, og ikke minst utøve egen myndighet der det er naturlig eller mulig, som vil kunne øke hennes mestringsfølelse. Ved å foreslå for Kari at vi kan gå på rommet og se på alle blomstene, videre vente på svar fra henne før vi går, kan gi henne makt og kontroll som igjen vil kunne styrke hennes selvbestemmelse. Det viktig at jeg som sykepleier er klar over hvilke utfordringer det kan være å kommunisere med demensrammede personer. Jeg må bruke få, konkrete og tydelige ord, men også lytte og vente på at Kari får anledning til å svare på sin egen måte (Eide & Eide, 2013). Da Kari har moderat grad av demenslidelse og har utviklet sensorisk afasi, har hun vanskeligheter med å prate sammenhengende og problemer med å forstå den informasjonen som blir gitt til henne. Som sykepleiere må jeg dermed ha tålmodighet slik at Kari får tid til å uttrykke seg (Kirkevold et al., 2013). Respekt for Kari er en forutsetning for å skape en god relasjon med henne (Eide & Eide, 2013).

På mange måter kan det psykososiale behovet være viktigst for Kari. Det kan være viktigere å møte Kari der hun er og ikke prøve å endre henne eller den unormale atferden hennes, men heller skape et meningsfullt møte med henne. Jeg kan innhente informasjon om henne med individuelle samtaler, men på grunn av språkvanskene hennes kan pårørende være en verdifull ressurs. Da jeg lærer vanene, vurderingene og personligheten til Kari kan jeg basere rutiner, ritualer, organisering og handlingsvalgene på disse. På denne måten blir det en personorientert tilnærming til henne som kan fremme ro og trygghet (Jakobsen, 2007). Som tidligere nevnt i casen liker hun å sove lenge om morgenen. En tilnæringsmåte kan da være å la Kari sove lenge om morgenen.

Det stilles høye krav til empati og vilje for å møte Kari der hun er og skape god kommunikasjon med henne. Ved å se det unike i Kari vil jeg kunne ivareta hensynet til respekt, verdighet og integritet. Kari har en personlig historie med både minner, vaner, preferanser og verdier. Hun har tidligere jobbet mye med blomster og kan dermed ha stor glede av å sitte eller gå i nærheten av blomster. Ved å lære og kjenne Kari og engasjere meg i hennes minner kan jeg øke livskvaliteten hennes betydelig (Eide & Eide, 2013). Som sykepleiere har jeg også en plikt i å gi tjeneste av god kvalitet til Kari, og på denne måten fremmer lovens tillitsforhold mellom Kari og helsetjenesten. Den skal også fremme sosial trygghet, ivareta respekten til Kari sitt liv, integritet og menneskeverd (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Som nevnt tidligere er det viktig at jeg som sykepleier har kunnskap om demenslidelse og lærer å kjenne Kari som et individ for å kunne gi god behandling. Deudon et al. (2009) støtter at sykehjem som fikk opplæring i forebyggende tiltak og håndtering av utfordrende atferd og aggresjon, hadde redusert fysisk og verbal aggresjon hos pasientene. Denne studien støtter opp at jeg som sykepleier må ha gode kunnskaper om demenslidelse, forebyggende tiltak og Kari som et individ for å kunne forebygge utfordrende atferd. Som sykepleiere har jeg yrkesetiske retningslinjer å forholde meg til. Jeg har et ansvar om å ivareta Kari sin verdighet og integritet. Kari har rett til helhetlig sykepleie, hun har rett på medbestemmelse og rett på å ikke bli krenket (NSF, 2011). Jeg må på denne måten utøve sykepleie ved å ta tiltak som å dekke til Kari under berøring som behandling, slik at hun ikke blir krenket. Det er også viktig at hun får ta egne valg der det er mulig eller naturlig.

4.2 Kommunikasjon med Kari

Kommunikasjon vil innebære å utveksle meningsfulle tegn og signaler, enten det er verbalt eller non-verbalt. Ofte vil det kunne være en kombinasjon av signaler og tegn som må fortolkes av både meg og Kari. De signaler som vi fortolker vil legge grunnlaget for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt mellom meg og Kari. Som sykepleier må jeg være bevisst på at uansett hvor tydelig ordene mine er, kan det oppstå mistolkninger. Kroppsspråket mitt kan vise noe annet enn hva jeg prøver å formidle med ord til henne (Eide & Eide, 2013). Mine etiske verdier er grunnlaget for hvilke valg jeg tar og vil gjenspeiles i mine handlinger med Kari. Grunnlaget i etikken vil være mitt ønske om å ta vare på Kari og solidariteten mellom oss (Hummelvoll, 2012).

Ved å bruke Travelbee (2001) sin teori kan jeg enten kommunisere verbalt med ord eller non-verbalt med mimikk, tonefall, bevegelser og berøring. Som sykepleier kan kommunikasjon være det viktigste redskapet jeg har for å etablere et menneske - til - menneske forhold til Kari. Ved å kommunisere med Kari vil jeg kunne identifisere hennes særegne behov. Jeg må ha en empatiske forståelse som en bevisst intellektuell prosess, jeg må kunne sette meg inn i og prøve å forstå Kari sin psykiske tilstand der hun er. Den empatiske evnen min er begrenset eller avhengig av noen likheter av erfaringsbakgrunn hos meg og Kari. Videre kan den empatiske prosessen resultere i sympati. Jeg kan da formidle verbalt og non-verbalt til Kari at hun slipper å bære byrden alene og at jeg forstår og bryr meg om henne. Kari kan bli påvirket både psykisk og fysisk til å mestre situasjoner bedre når hun

føler seg knyttet til meg og det har oppstått en sterk tillit (Travelbee, 2001). Kari er 78 år og har diagnosen moderat grad av demenslidelse, som har påvirket svikt i psykologiske prosesser hos henne. Hun har vanskeligheter med kommunikasjonen og har mistet noen funksjoner som kan føre til depresjon, angst, fortvilelse og sinne. Den kognitive svikten har også ført til endret atferd hos henne. Kari ser ikke konsekvensene av valgene sine lengre, noe som kan forekomme ved moderat grad av demenslidelse (Kirkevold et al., 2013). Hun har problemer med å formidle seg selv og forstå den informasjonen som blir gitt, som kan føre til kaos hos hennes. På grunn av dette kan hun oppleve økt stress, engstelighet og redsel, som kan uttrykkes i form av utfordrende atferd og urolighet (Skovdahl, 2010). Moyle et al. (2014) sine resultater kan tyde på at Kari kan oppleve ro bare jeg er i nærheten av henne, som videre kan påvirke puls og blodtrykk positivt.

Utfordrende atferd er atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demenslidelse og sedativ behandling for Kari kan ha liten effekt. Videre kan hun oppleve negative bivirkninger som slagfare, luftveisproblemer, ødem og økt kognitiv svikt (Øvereng, 2008). Ved å bruke ulike kommunikasjons redskaper tilpasset Kari, i ulike utfordrende situasjonen som oppstår, kan jeg forebygge bruken av sedative medikamenter. Jeg kan bruke speiling som gjør det lettere for Kari å forstå hvordan hun skal utføre en handling. Da utfører jeg samme handling som jeg ønsker Kari skal utføre. På denne måten kan hun unngå å føle nederlag, som kan føre til stress, som igjen kan fører til utfordrende atferd. Kalibrering av Kari sammen med speiling, ved å lese mimikken, øybevegelser, eventuelt stemmeføring og selve huden hennes, kan jeg lettere forstå hvordan Kari opplever situasjon (Sejerøe–Szatkowski, 2004). Jeg kan bruke realitetsorientering i noen utfordrende situasjoner for å orientere henne til riktig tid, sted og situasjon, ved å bruke kalender, skilting eller daglig informasjon. I noen tilfeller kan denne metoden virke positiv. Den krever kognitiv kapasitet, læring og hukommelse, som Kari til tider kan oppleve. Jeg må kunne lese Kari og prøve meg frem for å kunne se om denne metoden er aktuell å bruke i noen tilfeller (Jakobsen, 2007). Kari er mer avhengig av å utrykke seg non-verbalt på grunn av demenslidelsen og språkvanskene den medfører. For å oppnå god kommunikasjon med Kari er jeg avhengig av kunne vise empati, som er min evne til å sette meg inn i hennes situasjon og følelser, ved å aktivt lytte og vise interesse. Da jeg kommuniserer med Kari kan jeg bruke remisens for å minne henne på hvor godt hun liker å arbeide med blomster, som vil kunne vekke minner og identitet hos henne. Ved å bruke remisens kan jeg skape trygghet og rolige forhold for henne. Videre kan jeg bruke guiding ved å vise og føre med kroppen, stemmen

og/eller språket mitt. På rommet kan jeg vise med kroppen og stemmen hvordan vanne blomstene, så kan Kari utføre det selv. Da får hun bevare identiteten sin, egenverdien og sine egne evner (Sejerøe-szatkowski, 2004).

4.3 Miljøterapi

Kari har en interesse for blomster. Jeg kan bruke blomstene på rommet som en tilgjengelig ressurs i miljøterapi. Videre kan jeg planlegge en faglig begrunnet terapeutisk virksomhet ut fra disse. Ved å samhandle med Kari og legge til rette for interessene hennes kan jeg fremme fysisk, psykisk, sosial og åndelig vekst. Jeg kan også styrke Kari sin egenomsorg, men bare om jeg veksler mellom å være støttende og utfordrende i en terapeutisk allianse som er preget av anerkjennelse og respekt for egenverdien og integriteten hennes (Lillevik & Øien, 2014). Jeg kan ved å bruke miljøterapi, styrke Kari sitt selvilde og øke mestringsfølelse, som igjen kan øke livskvaliteten hennes (Ertner, 2014). I følge Næss (1986) vil Kari kunne oppleve å ha det godt og få økt livskvalitet så lenge hun har en interesse i livet og et overskudd til å utføre interessene sine. Videre må hun føle en samhørighet og felleskap med meg. I tillegg må hun føle en mestringsfølelse når vi jobber med blomstene og føle trygghet og glede (Næss, 1986). Thorvik et al. (2014) støtter at jeg må ha gode kunnskaper om sykdom, symptomer og Kari, for å kunne utøve gode fagutøvelser. Ved at Kari får gjøre ting hun liker, som blomsterarbeid vil hun kunne oppleve noe meningsfullt, samhørighet med meg som sykepleier og en bedret selvfølelse som kan påvirke livskvaliteten til Kari betraktelig (Rustøen, 2001).

Som sykepleier kan jeg bruke meg selv terapeutisk. Når jeg samarbeider med Kari kan jeg bruke min egen personlighet bevisst og hensiktsmessig. Jeg må ha selvinnikt og en forståelse for menneskelig atferd for å kunne forutse min egen og Kari sin atferd. Jeg kan på denne måten fremme endring i Kari og lindre eller redusere plagene hun opplever i hverdagen sin. Min holdning og egen verdi i forhold til sykdom, lidelse og død vil gjenspeiles i møte med Kari, det er derfor viktig at jeg har selvinnikt (Travelbee, 2001). Som sykepleier kan jeg engasjere Kari i hennes interesse for blomster, dernest legge til rette for å kunne skape et godt samarbeid med henne. Videre kan hun oppleve mestring om hun klarer å utføre interessene sine. Hun vil kunne oppleve kontroll og makt om hun får bestemme selv i blomsterarbeidet, på denne måten kan jeg styrke selvbestemmelsen hennes med miljøterapi (Eide & Eide, 2013).

Miljøterapi kan være aktiviteter, men det kan også være samspillet med andre mennesker. Individuell miljøterapi kan gjennom samarbeidet med Kari styrke selvbildet hennes og mestringsopplevelsen og være med på å skape trivsel og glede for henne. Ved at jeg fra både Kari og hennes pårørende har hentet inn informasjon om interesse for blomster og at hun likte berøring fra mannen sin i form av at han holdt hendene hennes ofte, kan det indikere at hun har et behov for både blomsterarbeid og berøring. Pårørende kan komme med nyttig informasjon om hvordan berøring som behandling kan utføres på best mulig måte da de kjenner Kari best (Rokstad, 2008). Om Kari har et behov for berøring kan jeg som sykepleier tenke forebyggende og vedlikeholde helsen hennes ved å gi henne dette tilbudet. Da har jeg et fokus på helhetlig sykepleie for Kari og ikke bare på overlevelse og redusert sykkelighet. Som sykepleiere må jeg jobbe for at Kari skal oppleve at livet er verdt å leve (Whal & Rokne, 2011).

4.3.1 Berøring I hverdagen

Ifølge Travelbee (2001) kan individer oppleve sykdom og lidelse ulikt. Jeg som sykepleier må kunne se Kari som et unikt individ. Kari sin opplevelse av demenslidelsen er en egen opplevelse som kanskje noen andre med lik diagnose ikke vil oppleve likt. Min funksjon som sykepleier er ikke å gjenvinne helse, da det ikke er mulig for Kari som har en kronisk sykdom. Min funksjon blir da å oppnå Kari sin helse på høyest mulig nivå. For at hun skal kunne finne mening ved erfaringene hun opplever med demenslidelse må jeg og hun se på sykdom som noe naturlig og en alminnelig erfaring i livet. Det sentrale i sykepleie er den subjektive opplevelsen Kari opplever av sykdom (Travelbee, 2001).

Ifølge Millân –Calenti et al. (2016) har terapeutisk berøring effekt på å redusere urolighet hos individer med demenslidelse. Denne studien kan støtte opp terapeutisk berøring, altså berøring som behandling for Kari, for å kunne forebygge utfordrende atferd og urolighet. Da hun skal kunne oppleve en bedre hverdag. Siden Kari mistet mannen sin for bare et år siden kan hun ha en følelse av for lite kontakt og berøring i hverdagen sin, det kan ha vært en vane for henne å bli berørt daglig. Berøring kan brukes som et non-verbal kommunikasjonsredskap. For Kari kan berøring gi en fornemmelse av trygghet og nærhet, som hun trenger da hun er mye urolig (Sejerøe-szatkowski, 2004). Lett massasje, som berøring kan gi henne glede og gjøre det lettere for henne å falle til ro (Skovdahl, 2010). Ved berøring er det viktig å tenke over samspillet mellom meg og Kari og etikken som oppstår i dette møtet. Nærhetsetikk handler om menneskesyn verdier og om menneskelige behov. Jeg

setter jeg – du - forholdet i fokus og det er ingen spesielle handlingsvalg hvis det skulle oppstå en vanskelig situasjon med henne. For å få en forståelse for hvordan Kari opplever berøring blir følelsenes betydning vektlagt, altså jeg må lese kroppsspråket og blikket hennes. Jeg må være oppmerksom på hvilke faglige og moralske verdier som spiller inn for å kunne få en forståelse for situasjonen (Brinchmann, 2014). Som sykepleier krever det kunnskap og sansevarhet for å kunne skape balanse mellom nærhet og avstand. Det er øyeblikket som avgjør om det er balanse mellom Kari og meg. Empati står sentralt i nærhetsetikken og krever nærhet og avstand, den har både et kognitivt og et emosjonelt aspekt. I møte med Kari kan jeg samle opplysninger og inntrykk, fra dette kan jeg kontakte mine egne følelser, erfaringer og kunnskaper. Videre vil jeg kunne vurdere Kari sin situasjon og hva hun trenger i øyeblikket. Hvis jeg kommer for nær Kari, kan jeg bli handlingslammet på grunn av egne følelser, mens for stor avstand kan føre til at jeg mister evnen til å se henne sine behov (Strand, 2013).

Som sykepleier er jeg ikke bare opptatt av å holde folk i live, en viktig del av sykepleie er også berøring, mildhet og medfølelse. Berøring kan som tidligere nevnt beskrives som non-verbal kommunikasjon. Det er den første kommunikasjonen vi lærer fra vi er født og kan på mange måter være en lettere måte å kommunisere på, enn med ord. Jeg kan se på det som vårt grunnleggende språk og det kan formidle ømhet og medfølelse fra meg som sykepleier for Kari (Ertner, 2014). Kari kan oppleve trygghet og nærhet av berøring, men det kan også oppleves som ubehagelig. Å forberede Kari med og begynne å berøre hendene kan videre indikere om hun ønsker eller ikke ønsker å bli berørt. Fordi Kari har vanskeligheter med å kommunisere er det viktig å observere kroppsspråket hennes. Jeg kan kalibrere ved å observere mimikk, øyebevegelser, eventuelt stemmeføringen og huden hennes ved berøring. Jeg kan ved å lytte og se, få et helhetlig bilde på hvordan hun opplever situasjonen. Videre vil god dokumentasjon av observasjonene gi en konklusjon på om Kari liker eller ikke liker berøring (Sejerøe-Szatkowski, 2004). Berøring i form av taktil berøring eller lett massasje kan formidle bekreftelse, omsorg og fremme ro for Kari, men det kan også oppleves krenkende. Kari kan bli urolig, oppleve smerte eller angst. Det er derfor viktig at jeg som sykepleier har kunnskap om hvordan å utføre taktil berøring og lett massasje på en korrekt måte og tilpasset måte for Kari (Skovdahl, 2010). Moyle et al. (2012) støtter opp om massasje som kan være en god tilnæringsmåte for å kunne forebygge utfordrende atferd. Massasje kan skape ro, men for noen demensrammede kan det virke negativt.

Det kan være lurt å begynne med fotmassasje eller massasje på hendene da det er en mindre intim sone. Kari kan sitte i en stol og bli massert på hendene, men det er individuelt hvor på kroppen massasje vil føre til en beroligende effekt. Huden er kroppens største sanseorgan og når Kari blir massert vil reseptorene i huden kjenne igjen trykk, vibrasjoner og berøring (Henricsen og Billhult, 2010). Det er viktig å ha gode kunnskaper om demenslidelse slik at jeg kan være forberedt på hvilke reaksjoner Kari kan få. Det er også viktig å være forberedt på at behandlingen kan vekke gode eller dårlige minner hos Kari. Forberedelse både for henne og meg før behandlingen kan ha mye å si på utfallet av behandlingen. Jeg må forberede Kari med klare og gode beskjeder, jeg må også ha samtykke fra henne før behandlingen starter. For å ha størst mulig effekt må jeg som sykepleieren roe ned, ønske å utføre behandlingen og sette av god nok tid så ikke stress blir en påvirkende faktor. For at Kari skal kunne slappe av under behandlingen er det å ligge i en seng et godt alternativ, men det er også mulig å utføre behandlingen i en stol. Under hele behandlingen må jeg gi klare beskjeder om hva jeg skal utføre, slik at Kari er forberedt (Skovdahl, 2010). Moyle et al. (2012) sin studie støtter opp om massasje som et forebyggende tiltak mot utfordrende atferd, men massasjen må i følge denne studien vare 10-15 minutter og minst seks dager i løpet av to uker før det kan merkes resultater.

For at Kari skal oppleve en helhetlig behandling kan jeg utføre massasje på hele kroppen, med eller uten klær. Uten klær vil hun oppleve bedre stimuli, men da er det viktig med et håndkle for å unngå krenkelse. For å bevare respekten og integriteten til Kari må jeg tenke helhetlig og respektere at det kan være områder hun ikke ønsker å bli berørt. Vask av føtter og hender kan gi Kari en enda mer helhetsfølelse av behandlingen. Klare og konkrete beskjeder under behandling er med på å få Kari til å slappe av og føle seg trygg (Henricsen & Billhult, 2010). Moyle et al. (2014) sin forskning støtter opp om fot massasje som pulssenkende og BT-senkende som kan virke positivt på Kari for å kunne slappe av.

4.4 Sykepleierens rolle

Kari er mye urolig i løpet av dagen. Det kan være en stor påkjenning for henne, men det kan også være på grunn av at hun tidligere i livet var mye aktiv og ikke har samme mulighet til det nå på sykehjemmet. Med tanke på Aremyr & Ljunggren (2012) sin teori, mener jeg at Kari kan ha trekk av vandreren, noe som kan forklare hvorfor hun er så urolig som hun er. For Kari som er demensrammet kan valgmulighetene og usikkerheten på hvor hun skal

videre kunne utløse rastløshet. Jeg som sykepleier kan forebygge rastløsheten, om jeg leder Kari til destinasjoner hvor hun slipper å ha fokus på alt rundt reisen, men følge med og vandre. Ved å bli ledet kan Kari oppleve mindre stress og gjøre livsreisen med demenslidelse lettere. Kari kan også føle ro om hun får bekreftelse på at hun opplever å være «på vei» og ikke blir korrigert. Som sykepleier kan jeg også skape ro for Kari, om vi har mulighet til å ha dype samtaler og gjøre vandringen nyttigfullt for henne (Aremyr & Ljunggren, 2012). Sejerøe-szatkowski (2004) mener at visst jeg bruker kommunikasjonsredskapet validering vil jeg kunne gjøre følelsene til Kari gyldige. Enten det er rop, skrik eller bestemte bevegelser Kari utfører så er det følelsene til henne som det arbeides med bak de opplevelsene hun opplever. Kari kan ha en redusert intellektuell hukommelse, men den følelsesmessige hukommelsen kan fortsatt være bevart. Validering krever høy empati fra meg, og hvis Kari får uttrykke følelsene sine og videre bli akseptert og validert, vil dårlige følelser kunne avta (Sejerøe-Szatkowski, 2004). I følge Moyle et al. (2014) vil personer rammet av demenslidelse kunne klare å hvile bedre, bare med det å ha en annen person i nærheten av seg, uten fysisk kontakt eller kommunikasjon. Noe som kan indikere at Kari vil kunne roe seg ned bare jeg er i nærheten av henne uten å korrigere henne, men validere henne.

Aggressiv atferd kan enten uttrykkes fysisk eller verbalt. Fordi Kari slår da hun blir frustrert, utfører hun fysisk aggressiv atferd. Det kan komme av ulike årsaker som smerter eller redsel (Oddy, 2013). Ved at jeg som sykepleier er bevisst på kommunikasjonen min og planlegger hjelpen jeg skal gi til Kari, kan jeg kunne forebygge aggressiv atferd. Da kan jeg unngå unødvendig medisinerings som kan virke negativt både på Kari og meg (Gotfredsen, 2009). Thorvik et al. (2014) har gjort en studie på hva god omsorg til demensrammede er. Resultatene støtter opp kjent teori som å være årvåken, utnytte gyldne øyeblikk og reagere raskt når det er nødvendig. For å utøve god omsorg til Kari må jeg altså alltid være beredt og fleksibel med hensyn til å tåle Kari sin opptred, uorden og rutinebrudd. For å kunne utøve slik sykepleie må jeg ha kunnskaper om sykdommen, symptomer og Kari som individ, men også innsikt i kollegaene mine sin kompetanse (Thorvik et al., 2014)

Som sykepleier er jeg ofte i etiske vanskelige situasjoner som krever kunnskap og refleksjon av teori som omhandler etikk, men også erfaringer fra praksis og gode rollemodeller i praksis. Jeg må hele tiden tenke på hva som er best for Kari og de valgmulighetene jeg har, som kan belyses med etikken. Valgene jeg tar vil være avgjørende for helsen og velværen for Kari. For at jeg skal velge riktig og prioritere riktig må jeg ha gode kunnskaper om etikk,

men også kunne reflektere over egne holdninger (Brinchmann, 2014). Jeg som sykepleier har også 4 ansvarsområder, som NSF (2011) beskriver som å fremme helse, gjenopprette helse, forebygge sykdom og lindre lidelse. Kari har rett på å bli behandlet med respekt og verdighet. Hvis Kari skulle trenge hjelp ifra andre yrkesgrupper skal jeg som sykepleiere jobbe tverrfaglig med de relevante yrkesgruppene og yte helsetjenester tilpasset henne (NSF, 2011). Kari sin helse er avhengig av hvilke valg jeg tar. Jeg som sykepleier må derfor ta et personlig og et faglig ansvar når jeg handler og vurderer. Jeg har et profesjonelt og et etisk ansvar ovenfor Kari, arbeidsstedet og samfunnet (Hummelvoll, 2012). Jeg har også et praktisk–etisk rammeverk, de representerer 4 etiske prinsipper som blir definert som plikter. De skal veilede meg til å ta riktige valg i vanskelige situasjoner. Ved berøring som behandling må jeg respektere autonomien til Kari, hun skal selv velge om hun vil eller ikke vil ha behandling (Brinchmann, 2014). Det kan oppstå etiske dilemmaer da jeg som sykepleier ønsker å ta hensyn til to etiske prinsipper, men det er umulig å velge begge. Hvis Kari ikke skulle ønske å få behandling, som kan virke forebyggende mot utfordrende atferd og urolighet, vil autonomi prinsippet bli tatt hensyn til. Da må vi kanskje ta i bruk sedative medikamenter for å roe henne ned. Det kan være uønskelig å bruke medikamenter som kan kunne virke negativt på henne, dermed vil velgjørenhet prinsippet, plikten om å gjøre godt mot Kari også bli berørt og jeg har et etisk dilemma (Hummelvoll, 2012).

Som sykepleier har jeg ikke bare etiske regler å følge, men også lovverket. Jeg har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger da jeg utøver sykepleie. Jeg har også et ansvar i å sette meg inn i lovverket som regulerer tjenesten Kari blir berørt av (NSF, 2011). Helsepersonelloven (1999) skal bidra til Kari sin sikkerhet og kvaliteten på helse- og omsorgstjenesten hun får. Den skal også bidra til å skape tillit mellom Kari og meg. Jeg som sykepleier skal jobbe i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes av den kvalifikasjonen jeg har, arbeidets karakter og situasjonen forøvrig. Da jeg tilbyr berøring som behandling til Kari, har jeg på denne måten krav til faglig forsvarlighet. Jeg må vite gjennom teori, forskning og erfaringer at tiltakene jeg utfører kan være forebyggende for Kari sin utfordrende atferd (Helsepersonelloven, 1999). Skovdahl et al. (2007) støtter at hvis jeg er opplært i taktil stimulanse, altså lett berøring, både teoretisk og praktisk vil Kari kunne oppleve ro og positive følelser. Jeg kan også oppleve et bedre forhold og en lettere kommunikasjon med Kari ifølge denne studien. Kari kan få en følelse av bekreftelse, verdighet og det kan virke trøstende samtidig som hun kan få en følelse å bli tatt

hånd om. For å utøve varm sykepleie er det viktig å ikke bruke behandlingen som en teknikk, men en behandling med respekt for Kari.

5. Konklusjon

Problemstillingen min er: Hvordan kan jeg som sykepleier på sykehjem, forebygge utfordrende atferd ved hjelp av miljøterapi hos individer rammet av demenslidelse? Jeg har i denne oppgaven fordypet meg i ulike tilnæringsmåter jeg som sykepleier kan møte Kari på.

Individer rammet av demenslidelse på sykehjem er nesten 80 %, noe som tilsier at det er en stor del av pasientgruppen som sykepleier skal jobbe med (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Målet er å øke livskvaliteten til Kari, noe som er en individuell opplevelse. Med forebyggende tiltak mot utfordrende atferd har jeg som sykepleier mulighet til å gjøre Kari sin hverdag bedre, men også min egen da en kan slippe unødvendig medisinerings av henne. Å kjenne Kari som et individ og bruke personsentrert tilnærming kan fremme ro og trygghet hos henne (Jakobsen, 2007). Ved å bruke miljøterapi med hovedfokus på berøring som behandling, kan jeg fremme ro og glede (Sejerøe – szatkowski, 2004). Min funksjon som sykepleier er å oppnå helse i høyest mulig grad hos Kari, da målet om å gjenvinne helse ved kronisk sykdom ikke er mulig (Travelbee, 2001). Moyle et al. (2012) støtter massasje som et forebyggende tiltak mot utfordrende atferd, men da må jeg som sykepleier sette av tid, noe som kan være utfordrende på et sykehjem. Erfaringsmessig må jeg bruke kunnskapene mine om demenslidelse, kommunikasjonskunnskapene mine og kunnskapen om Kari sine vaner og preferanser i miljøterapi, for å kunne ha muligheten til å forebygge utfordrende atferd. Å være beredt, fleksibel, ha kunnskap og kjennskap til Kari og kollegaene mine, vil kunne gi meg en mulighet som kan være anvendbart på sykehjem til å jobbe forebyggende med henne (Thorvik et al., 2014).

Jeg har erfart at med gode holdninger og respekt for Kari så er det en større sjans for å utvikle gode relasjoner med henne. Videre har jeg erfart ifra praksis at berøring er lite brukt i non-verbal kommunikasjon, og at det kan ha en beroligende effekt på Kari. Den beroligende effekten kan forebygge utfordrende atferd. Sejerøe–Szatkowski (2004) mener kommunikasjon må tilpasses den enkelte og bygge på tillit for å kunne oppnå gode relasjoner med Kari. Forskning og teori støtter opp under mine positive erfaringer med berøring som behandling, men det er individuelt om det vil fungere for den enkelte. Travelbee sitt menneskesyn har hjulpet meg til å se nøkkelrollen jeg har som sykepleier i å se hele pasienten bak diagnosen, for å kunne dekke særegne behov for den enkelte.

Litteraturliste

*Aremyr, G. & Ljunggren, J. L. (2012). Personlighetstyper. I H. Håkansson (Red.), *Leva livet med demens: Praktiske råd og berättelser från Hattstugansåldreboende* (s. 63-70). Stockholm: Gothia. = 7

Brinchmann, B. S. (Red.). (2014). *Etikk: i sykepleien* (3. utg.). Oslo: Gyldendal.

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., Riff, S., Lavallart, B. & Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1386-1395. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.2275>

Eide, H. & Eide, T. (2013) *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal.

*Ertner, L. D. (2014). *Berøring: i omsorg og lindring*. Bergen: Fagbokforlaget. =250

Folkehelseinstituttet. (2014). *Demens –folkehelse rapporten 2014*. Lokalisert på <http://www.fhi.no/artikler/?id=110544>

*Gotfredsen, K. (2009). *Forebyggelse af aggressiv atferd: hos ældre i plejebolig*. København: Munksgaard Danmark. =132

Helsedirektoratet. (2016). *Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens*. Lokalisert på <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens>

Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>

Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. (2015).

*Henricson, M., & Billhult, A. (2010). *Taktil berøring och lätt massage: från livets början till livets slut*. Lund: Studentlitteratur. =110

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

*Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorg på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget. =161

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2013). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal.

Kunnskapsbasert praksis. (2012). *PICO*. Lokalisert på <http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

Kunnskapssenter. (2014). *Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>

* Lillevik, O. G. & Øien, L. (2014). *Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon*. Oslo: Gyldendal. =162

*Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-Lopez, L., Alonso-Bua, B., Libra, C. D., Gonález-Abraldes, I. & Maseda, A. (2016). Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer`s disease: challenges and solutions. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 175-184. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S69484>

* Moyle, W., Cooke, M. L., Beattie, E., Shum, D. H. K., O`Dwyer, S. T., Barrett, S. & Sung, B. (2014). Foot massage and physiological stress in people with dementia: A randomized trial. *Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 20(4), 305-311. <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2013.0177>

* Moyle, W., Murfield, J. E., O`Dwyer, S. & Wyk, S. V. (2012). The effect of massage on agitated behaviours in older people with dementia: A literature review. *Journal of Clinical Nursin*, 22(5-6), 601-610. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04234.x>

Norsk sykepleierforbundet. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleie: ICNs etiske regler*. Lokalisert på <https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler>

*Næss, S. (1986). *Yrkeskvinne-husmor?: gifte kvinners livskvalitet*. Oslo: Institutt for anvendt sosialvitenskapelig forskning. =321

*Oddy, R. (2013). *Aktivitet ved demenssjukdom: En praktisk vågledning*. Stockholm: Liber. =130

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2015).

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

*Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet: en utfordring for sykepleieren?*. Oslo: Gyldendal akademisk. = 126

* Sejerøe-Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal. =94

*Skovdahl, K. (2010). Personer med demenssjukdom. I M. Henricson & A. Billhult (Red.), *Taktil berøring och lätt massage: från livets början till livets slut* (s. 95-106). Lund: Studentlitteratur. =11

*Skovdahl, K., Sörlie, V. & Kihlgren, M. (2007). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, 2(3), 162-170. =8

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

*Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. Lokalisert på <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/god-omsorg-urolige-personer-med-demens> =6

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. =250

*Wahl, A. K. & Rokne, B. (2011). Sykepleie. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.), *Livskvalitet: Forskning om det gode liv* (s. 191-197). Bergen: Fagbokforlaget. =6

*Øvereng, A. (2008). Intet nytt om utfordrende atferd: Utfordrende atferd, medikamentell overtro, rutiner fremfor pasienter og hvorfor er det er så vanskelig å tenke forebyggende?. I

R, M, E. Krûger (Red.), *Å leve med demens: Erfaringsbasert utvikling av tilbud* (s. 63-72).
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. =9

Vedlegg 1:

 kunnskapssenteret

Fagprosedyrer

PICO -skjema

Problemstilling formuleres som et presist spørsmål:

Hvordan kan jeg som sykepleier på sykehjem, forebygge utfordrende atferd ved hjelp av miljøterapi hos individer rammet av demenslidelse?

Hva slags type spørsmål er dette? <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Etiologi <input checked="" type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Prognose <input checked="" type="checkbox"/> Effekt av tiltak		Er det aktuelt med søk i Lovdata etter lover og forskrifter? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	
P Beskriv hvilke pasienter det dreier seg om, evt. hva som er problemet: Demenslidelse	I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): Utfordrende atferd	C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: Kommunikasjon, Berøring, Miljøterapi	O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: Forebygge
P	I	C	O
Noter engelske søkeord for pasientgruppe/problem	Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon	Noter engelske søkeord for evt. sammenligning	Noter engelske søkeord for utfall
Dementia	Aggression Agitation Agitat	Touch Massage Tactile stimulation Therapy Non-pharmacological	Prevent Prevention Intervention

Vedlegg 2:

Database: PubMed				
Søkesett	Søkeord	Begrensninger	Dato/Antall treff	Antall valgt
1	Dementia+Aggression+Prevent	Full text+Review	07.04.16 6	0
2	Dementia+touch	Full text+Review	07.04.16 33	1
3	Dementia+Agitat+Massage or Touch+Intervention	Full text+Review	07.04.16 94	0
4	Dementia+tactilestimulation+intervention	Full text+Review	07.04.16 1	0
Database: Chinal				
Søkesett	Søkeord	Begrensninger	Dato/Antall treff	Antall valgt
1	Dementia+Tactile+Intervention	Full text+Academic Journals	07.04.16 2	1
2	Dementia+Touch+Prevention	Full text+Academic Journals	07.04.16 7	0
3	Dementia+Agitation+Therapy	Full text+Academic Journals+65 years+Europe	08.04.16 150	1
4	Dementia+Aggression+Therapy	Full text+Academic	08.04.16	

		Journals+65 years+Europe	96	1
5	Dementia+Agitation+Non- pharmacological	Full text+Academic Journals	12.04.16 22	1
Database: Sykepleien.no				

Søkesett	Søkeord	Begrensninger	Dato/Antall treff	Antall valgt
1	Demens+Kommunikasjon	Fagfelleverdert+ Forskningsartikkel+2014	13.04.16 2	1
Database: SveMed+				

Søkesett	Søkeord	Begrensninger	Dato/Antall treff	Antall valgt
1	Berøring	Peer reviewed+Tidskrifter	63	0
2	Utagerende Atferd	Peer reviewed+Tidskrifter	1	0
3	Taktil	Peer reviewed+Tidskrifter	5	0
4	Demens	Peer reviewed+Tidskrifter	710	0
5	Forebygge	Peer reviewed+Tidskrifter	100	0
6	Demens+Forebygge	Peer reviewed+Tidskrifter	2	0