



Demens og utfordrende atferd

”Hvordan kan sykepleier forebygge
utfordrende atferd blant pasienter med
demens?”

Kandidatnummer: 885

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 9881

Dato: 16.04.18



LOVISENBERG
DIAKONALE HØGSKOLE

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.18
<u>Tittel:</u> Demens og utfordrende atferd	
<u>Problemstilling:</u> «Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd blant pasienter med demens?»	
<u>Teoretisk perspektiv:</u> Det sykepleiefaglige perspektivet tar utgangspunkt i deler av Kari Martinsens omsorgsteori, samt deler av Joyce Travelbees sykepleieteori. Etiske, juridiske og helsepolitiske rammer inkluderes også. Teori om demens, sykdomsutvikling og utfordrende atferd ved demens beskrives i teoretisk kapittel. Problemstillingen belyses med teori på hvordan sykepleier kan jobbe med forebygging av utfordrende atferd, og hvordan forståelse av atferd, kunnskap, kompetanse og holdninger spiller inn.	
<u>Metode:</u> Bacheloroppgaven baserer seg på allerede eksisterende kilder og kalles derfor en litterær oppgave.	
<u>Drøfting:</u> Det vil drøftes hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd blant pasienter med demens. I lys av faglitteratur, forskning og egne erfaringer vil fokuset rettes mot hvordan sykepleier kan forstå atferden og hvordan denne forståelsen kan være forebyggende. Kommunikasjon og tilnærming til pasienten drøftes, det innebærer drøfting av ulike kommunikasjonsteknikker og bruken av dem i forebygging av utfordrende atferd. Sykepleiers kunnskap og kompetanse drøftes opp mot problemstillingen, og hvordan dette har innvirkning på pasienters atferd. Verdier og holdninger hos sykepleier, samt betydningen av ytre rammer drøftes også i lys av litteratur og erfaringer.	
<u>Konklusjon:</u> Møtet mellom sykepleier og pasient har stor betydning for pasienten, og sykepleiers kunnskaper er avgjørende i forebygging av utfordrende atferd. Det kreves kunnskaper og kompetanse om pasienten som individ, samt demens som sykdom og alt det innebærer for å greie å jobbe forebyggende.	

(Totalt antall ord: 237)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Forforståelse	1
1.3 Presentasjon av problemstilling	2
1.4 Avgrensing	2
1.5 Begrepsavklaring	3
1.6 Oppgavens disposisjon	4
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1 Demens og sykdomsutvikling	5
2.1.1 Symptomer på demens	6
2.2 Utfordrende atferd	6
2.3 Sykepleiefaglig perspektiv	8
2.3.1 Dokumentasjon	8
2.3.2 Kommunikasjon.....	9
2.3.3 Pleiekultur og holdninger	10
2.3.4 Kari Martinsen	11
2.3.5 Joyce Travelbee	12
2.4 Sykepleierens rammeverk	13
2.4.1 Sykepleierens funksjon.....	13
2.4.2 Etske føringer	13
2.4.3 Helsepolitiske føringer.	14
2.4.4 Juridiske føringer.	15
3. Metode for oppgaven	16
3.1 Valg av metode	16
3.2 Litteratursøk	16
Tabell 1. Søkematrise.....	17
3.3 Kildekritikk	17
4. Presentasjon av forskningsresultater	19
Tabell 2. Artikkelmatrise	19
5. Drøfting	20
5.1 Forståelse av atferd	20
5.2 Kommunikasjon og tilnærming	22
5.3 Kunnskap og kompetanse	24
5.4 Verdier og holdninger	26
5.5 Rammer og ressurser	28
6. Avslutning	31
Referanseliste	32

1. Innledning

Utfordrende og aggressiv atferd på sykehjem er blant de største utfordringene i demensomsorgen (Rognstad & Nåden, 2011). Atferden er krevende å jobbe med og sykepleier har en krevende oppgave i samhandling med de rammede (Rognstad & Nåden, 2011).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

På verdensbasis er demens en av vår tids største folkehelseutfordringer (WHO, 2017). Det antas at om lag 71 000 nordmenn er rammet demens i dag. Hvis denne utviklingen fortsetter i samme retning og tempo, vil forekomsten av demens nesten fordobles i de kommende årene (Skirbekk & Strand, 2015). Antall eldre i befolkningen øker, og det blir dermed flere som rammes av demens. Innsikt, høyt kunnskapsnivå, samt kreativitet kreves i arbeidet med disse pasientene. Mangelfull omsorg og kunnskap kan true pasientenes verdighet og identitet, samt svekke deres livskvalitet.

Det er svært viktig at sykepleier innehar kunnskap om demens, og sykepleie til pasienter med demens da man i økende grad vil møte denne pasientgruppen i mange deler av helsevesenet. Oppgavens hensikt blir å belyse hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd blant pasienter med demens.

1.2 Forforståelse

Etter egen praksisperiode i en sykehjemsavdeling med flere urolige og agiterte demenspasienter, opplevde jeg dette som en utfordrende pasientgruppe. Jeg var i situasjoner der demente pasienter var urolige og agiterte og jeg ikke visste hva jeg skulle gjøre for å bedre situasjonen og roe ned pasienten. Disse erfaringene gjorde at jeg ønsket å finne ut om man kan og eventuelt hva man kan gjøre som sykepleier for å forebygge slike situasjoner.

Kan en sykepleier forebygge uro, utagering eller agitasjon blant disse pasientene? Og i så fall hvordan?

I møte med pasienter med demens er kunnskap og kompetanse avgjørende (Helleberg & Hauge, 2014; Thorvik, Helleberg & Hauge 2014). Det er essensielt for helsepersonell å inneha kunnskap om demens som sykdom, sykdomsutvikling og symptomer for å kunne yte god, faglig forsvarlig pleie. Behovet for å kjenne til pasientenes fysiske og psykiske grunnleggende behov i arbeidet med pasienter med demens er viktig. Studier viser at utfordrende atferd er belastende for de ansatte, og mange kjenner at de ikke har nok kompetanse til å takle den utfordrende atferden (Rognstad & Nåden, 2011). Økt fagkunnskap og økt faglig kompetanse vil øke kvaliteten på pleie og omsorg til pasienter med demens og utfordrende atferd (Rognstad & Nåden, 2011). Kommunikasjonsferdigheter og gode holdninger hos helsepersonell, samt en helhetlig forståelse for hva pasientens utfordrende atferd er uttrykk for, står sentralt i arbeidet med hvordan det forebygges.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det overnevnte vil følgende problemstilling belyses og drøftes via forskning, litteratur og egne erfaringer.

«Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd blant pasienter med demens?»

1.4 Avgrensing

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til pasienter over 65 år med moderat til alvorlig grad av demens da det er disse pasientene som har behov for heldøgnsomsorg og kontinuerlig pleie. Man ser også at det er i disse fasene det viser seg vanskeligheter med samhandling (Berentsen, 2013). Jeg har valgt å fokusere på en bestemt type atferd: den utfordrende atferden.

Videre har jeg avgrenset oppgaven til å gjelde pasienter med langtidsplass i en somatisk avdeling i sykehjem. Slik jeg ser det er det her sykepleieren møter og kan følge opp denne pasientgruppen over tid. Utfordringene i somatisk avdeling er ofte større enn på skjermet avdeling, da somatisk avdeling ikke er så tilpasset til denne pasientgruppen. I følge Oslo Kommune (2017) beskrives en somatisk avdeling som en sykehjemsavdeling med langtidsplasser for pasienter som trenger heldøgnsomsorg. Disse avdelingene er i

utgangspunktet ikke spesialtilpasset omsorg for personer med demens, da skjermet avdeling er mer tilpasset til demenspasienter med behov for tettere oppfølging av ansatte med kompetanse innen demens (Oslo Kommune, 2017). Det viser seg at minst halvparten av pasienter med demens er innlagt på en somatisk avdeling i sykehjem, dette til tross for anbefalingene om tilrettelagte avdelinger for disse pasientene (Landmark, Kirkehei, Brurber & Reinar, 2009).

Jeg velger å ekskludere medikamentell behandling i denne oppgaven, til tross for at dette er en del av behandlingstilbudet til pasienter med demens. Pårørende er en viktig ressurs for personer rammet av demens, men ekskluderes på bakgrunn av oppgavens omfang (Ulstein, 2009). Tvangsbruk er et aspekt som ekskluderes av hensyn til omfanget av oppgaven. Miljøterapeutiske tiltak som forebygging utelukkes i oppgaven, dette er nødvendig i arbeidet med pasienter med demens, men mitt fokus vil ligge på møtet og samhandlingen med pasienter med demens, kunnskap og holdninger hos personalet samt kommunikasjon som forebyggende tiltak. Sett på bakgrunn av dette mener jeg min problemstilling er høyst relevant for sykepleiere i alle deler av helsetjenesten da kunnskap om pasientgruppen og hvordan de bør møtes står sentralt i arbeidet med disse pasientene.

1.5 Begrepsavklaring

Gjennomgående i oppgaven benyttes begrepene sykepleier og pasient. For å forenkle språket og skape flyt vil sykepleier omtales som hun, og pasienten som han.

Demens: I oppgaven forstås demens som «En fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt» (Engedal & Haugen, 2009, s. 17).

Utfordrende atferd: Begrepet utfordrende atferd benyttes gjennomgående da det blir brukt i fagbøker samt forskning som brukes i oppgaven. Utfordrende atferd omtaler atferd som oppleves utfordrende for omgivelsene rundt pasienten (Rokstad, 2008d).

Forebygge: Med begrepet forebygge menes hvordan sykepleier kan bidra til å begrense mulighetene for at utfordrende atferd forekommer og dermed gi en bedring i pasientens livskvalitet (Ranhoff, 2013).

1.6 Oppgavens disposisjon

I kapittel 2 presenteres teoridelen, den omhandler teori om demens og utfordrende atferd samt det sykepleiefaglige perspektivet og sykepleiernes rammeverk. Videre kommer oppgavens kapittel 3 med beskrivelse av metode, fremgangsmåte for litteratursøk, valg av litteratur samt kildekritikk. I kapittel 4 fremstilles forskningsresultater i artikkelmatrise. Drøfting av problemstillingen i lys av forskning og teori omfattes av kapittel 5, og oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 6.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Teoretisk forankring viser hva som er relevant for min problemstilling (Dalland, 2017), og teori er derfor valgt på bakgrunn av problemstillingen min og dens målgruppe.

2.1 Demens og sykdomsutvikling

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som kan ramme et flertall av funksjonene i hjernen, og kjennetegnes av kronisk og ikke-reversibel kognitiv svikt som forverres over tid (Engedal & Haugen, 2009). Pasientens evner til å håndtere dagliglivets aktiviteter på en adekvat måte svekkes, pasientens sosiale atferd forandres og pasientens hukommelse reduseres.

De ulike sykdommene som kan gi demens deles inn i tre grupper. Degenerative hjernesykdommer som blant annet Alzheimers sykdom og frontotemporal demens.

Vaskulær demens, som er forårsaket av ett eller flere hjerneslag, en skade i et blodkar i hjernen eller manglende oksygentilførsel til hjernen som følge av manglende blodtilførsel. Symptomene på vaskulær demens avhenger derfor av hvor i hjernen skadene er skjedd (Rokstad 2008b).

Sekundær demens, forekommer der hvor andre sykdommer ligger til grunn. Noen av de ulike sykdommer som kan gi demens er tumor, infeksjoner i sentralnervesystemet, alkoholmisbruk og encefalitt (Engedal & Haugen, 2009).

Ved mild grad av demens kommer de første tegnene til mental svikt til syne (Engedal & Haugen 2016). Oftest er det evnene til tenkning og oppfatning som endres, samt at hukommelse og språkevne svekkes betraktelig. Ordletingsproblemer, lite taleflyt og nedsatt forståelse av hva andre sier kan være problematisk (Engedal & Haugen 2016). I sykdommens neste fase, moderat grad av demens, har evnen til problemløsning blitt dårligere. Lærte evner til å mestre og takle utfordringer svekkes, og personen vil lett miste grepet om tilværelsen (Engedal & Haugen 2016). Det er i denne fasen de fleste kommer i kontakt med helsevesenet. Ved den siste fasen av sykdommen, alvorlig grad av demens, er tilværelsen preget av hjelpeløshet og handlingssvikt. Personen vil få svekket evne til kontrollering av eliminasjon, og motoriske symptomer forekommer. Omsorgsbelastningen for pårørende vil i denne fasen

være så stor, at personen vil trenge å bo i institusjon og få kontinuerlig pleie (Engedal & Haugen 2016).

2.1.1 Symptomer på demens

Symptomene på demens deles inn i tre hovedgrupper; kognitive, motoriske og atferdsmessige symptomer (Rokstad, 2008b). I dette kapitlet vil de motoriske og kognitive symptomene bli kort presentert. De atferdsmessige symptomene og symptomer ved utfordrende atferd vil bli grundigere gjennomgått i kapittel 2.2. Utfordrende atferd.

Kognitive symptomer ved moderat til alvorlig grad av demens kjennetegnes ved at hukommelsen, orienteringsevnen, evnen til problemløsning samt språkevnen blir nedsatt. (Rokstad, 2014). Afasi er språklige forstyrrelser som skyldes de hjerneorganiske forstyrrelsene og/eller skader (Wogn-Henriksen, 2008). De ulike typene afasi avhenger av skadested i hjernen og kan omfatte at pasienten har nedsatt eller manglende språkforståelse, nedsatt eller manglende evne til å snakke eller vansker med å gi riktige ord og setninger for tanker, følelser og meninger (Wogn-Henriksen, 2008).

Motoriske symptomer ved moderat til alvorlig grad av demens kjennetegnes ved vanskeligheter med å koordinere seg, samt generell muskelsvikt. Svikt i praktiske funksjoner – apraksi, og koordineringsvansker kan gjøre det vanskelig å gjennomføre dagligdagse aktiviteter. Pasienten vil på bakgrunn av dette trenge mye hjelp og pleie. At pasienten er motorisk urolig og rastløs kan også være symptomer på motoriske endringer ved demens (Engedal & Haugen, 2009).

2.2 Utfordrende atferd

Atferdsmessige og følelsesmessige symptomer ved demens er så vanlig at det blir sett på som en del av sykdommen. Symptomene betegnes ofte som APSD (atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens) (Kirkevold, 2009).

Endringer av atferdsmessig og følelsesmessig karakter er en del av symptombildet ved demens. De ulike demenssykdommene gir ulike atferdsmessige symptomer, men utfordrende atferd vil oppstå som symptom uavhengig av hvilken type demenssykdom pasienten har (Rokstad, 2005).

De atferdsmessige symptomene skilles ofte mellom verbal og fysisk atferd, der den fysiske atferden deles inn i fysisk utagering og uro. Den verbale atferden kan innebære skriking, roping, jamring og repeterende tale.

Ved fysisk utagering kan pasienten klore, sparke, slå eller bite (Kirkevold, 2009). Vandring, rastløshet, stadig av- og påkledning, samle på gjenstander eller vaske/tørke støv kan regnes som generell fysisk uro og kan være uttrykk for at pasienten savner sine vanlige aktiviteter eller aldri har likt å sitte i ro (Kirkevold, 2009). Pasientens reaksjoner på interaksjonen mellom det fysiske og sosiale miljøet og følelse av redusert mestringsevne kan være årsaken til utfordrende atferd. Smerte, obstipasjon, infeksjoner eller bivirkninger av medikamenter er fysiske årsaker som kan være en utløsende faktor for utfordrende atferd (Rokstad, 2005).

Irritabilitet og aggressivitet er en annen type utfordrende atferd som kan oppstå. Ved aggressivitet skilles det ofte mellom angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet. Ved førstnevnte type oppstår aggressiviteten gjerne uten forvarsel, noen har reagert på denne måten hele livet, mens andre pasienter har biologiske skader som årsak for slik atferd. Når en situasjon eller hendelse oppstår som pasienten synes er vanskelig kan forsvarsaggressivitet oppstå som reaksjon, dette ses oftest i samhandling mellom pasient og miljøet rundt. Utløsende årsaker til atferden kan være overskridelse av integritetsgrenser og misforståelse av situasjonen. Pasienten kan føle skam, krenkelse, angst og frustrasjon, og dette kan være en utløsende årsak (Kirkevold, 2009).

Psykiatriske symptomer innebærer vrangforestillinger som det hyppigst forekommende og omhandler oftest forestillinger om at noen stjeler fra en, eller at pasienten feilidentifiserer pårørende og personale (Kirkevold, 2009). Man kan se symptomer på angst ved motorisk uro, gjentatte spørsmål og redsel for å være alene og bli forlatt.

Pasientens reaksjoner på indre og ytre stimuli kan ses som ulike atferd. Utfordrende atferd kan være kommunikasjon på at pasienten befinner seg i en lite tilfredsstillende livssituasjon, eller det kan være uttrykk for umøtte behov som sult eller eliminasjonstrang (Rokstad, 2008d).

Utfordrende atferd kan sees på som en hensiktsmessig handling ut fra en lært sammenheng, altså noe pasienten gjør fordi han vet av erfaring at atferden utløser en viss reaksjon i miljøet og pasienten erfarer at det lønner seg. Dette gjelder ved eksempelvis gjentakende roping

(Tretteteig, 2016). Når kravene i omgivelsene blir for høye kan pasienten vise utfordrende atferd som en reaksjon på stress og angst.

2.3 Sykepleiefaglig perspektiv

Det sykepleiefaglige perspektivet omhandler hvordan sykepleier jobber i møte med denne pasientgruppen.

For å kunne forbygge, og møte personer med demens og utfordrende atferd, er det viktig at sykepleier higer etter å forstå hva som er grunnen til at atferden oppstår. Psykososiale forhold og miljøfaktorer kan forsterke atferdssymptomer og utløse utfordrende atferd. Det er oftest i samhandling mellom sykepleier og pasienten med demens det oppstår situasjoner med utfordrende atferd (Kirkevold, 2009).

I møte med pasienter med utfordrende atferd er det grunnleggende at de møtes med empati og nysgjerrighet relatert til hva årsaken er for den utfordrende atferden. At sykepleier kjenner personen godt, og utvikler en relasjon basert på tillitt er elementært, da dette gir pasienten trygghet til å kunne uttrykke den han føler, samt det hjelper sykepleieren i tolkningen av pasientens kommunikasjon (Tretteteig, 2016).

2.3.1 Dokumentasjon

Med bakgrunn i behovet for å forstå hva den utfordrende atferd er et uttrykk for, vil det være nødvendig med kjennskap til pasienten (Tretteteig, 2016). For at sykepleier skal kunne velge de mest hensiktsmessige behandlingstiltakene og evaluere disse er det viktig å finne de bakenforliggende årsakene til pasientens atferd.

For å kunne analysere, forstå og evaluere atferden er det viktig med systematiske observasjoner og tilstrekkelig dokumentasjon. Det er hensiktsmessig å dokumentere atferden pasienten viser, og hvem eller hva den er rettet i mot. Hva går atferden ut på, hvilken intensitet og varighet har atferden. Det er essensielt at sykepleier foretar en datainnsamling med informasjon om pasientens livshistorie, helsemessige forhold, samt en vurdering av funksjonsnivå, relasjon til omgivelsene og mestringsen av dette (Rokstad, 2008d).

2.3.2 Kommunikasjon

At sykepleier innehar kunnskaper og ferdigheter om kommunikasjon står sentralt i samhandlingen med pasienter med demens. Kunnskap og kompetanse er en forutsetning for å kunne gi god omsorg til pasienter med demens (Holthe & Tretteteig, 2016). Demens påvirker pasientens evne til å kommunisere på grunn av afasi, hukommelsestap eller oppmerksomhetssvikt. Målet for sykepleier i møtet med pasienten er å øke forutsigbarheten, redusere utrygghet og unngå misforståelser da dette kan være utløsende årsak til utfordrende atferd (Rokstad, 2005).

Etterhvert vil kommunikasjonssvikt bli et problem for pasienten. Afasi sammen med konsentrasjonssvikt, sansesvikt og psykiatriske symptomer kan vanskeliggjøre kommunikasjonen. Pasienten med moderat til alvorlig grad av demens vil ha vanskeligheter med å motta, filtrere og tolke budskapet. Omgivelsene blir derfor utrygge og uforutsigbare når han ikke oppfatter hva sykepleieren forsøker å formidle, og dette kan gjøre at han reagerer med utfordrende atferd. Dette som et forsvar eller uttrykk på angst og utrygghet (Rokstad, 2005).

Sykepleier må snakke sakte og tydelig og bør ikke benytte for lange setninger. Man bør holde seg til en ting av gangen. Et rolig miljø uten distraksjoner og etablere blikkontakt er viktig. Tålmodighet, å gi pasienten god tid til å svare i tillegg til engasjement er to av de viktigste faktorene for god kommunikasjon. God kommunikasjon kjennetegnes ved at den er tilpasset situasjonen og personen (Wogn-Henriksen, 2008).

Evnen til å forholde seg til tidsaspektet mangler mange pasienter med demens, de sliter med å kunne skille mellom fortid, nåtid og fremtid. Evnen til å holde på informasjon i korttidshukommelsen er også svekket, så i kommunikasjon med demente er bekreftelse et nøkkelbegrep. Det er viktig at sykepleier følger med pasienten, lytter og forsøker å forstå det følelsesmessige budskapet som ligger i pasientens kommunikasjon (Eide & Eide, 2017).

Den verbale kommunikasjonen akkompagneres også av non-verbale kommunikasjon. De subtile non-verbale signalene påvirker partenes opplevelse av hverandre og man skaper på bakgrunn av tolkningen et bilde på hva den andre sier og vil (Wogn-Henriksen, 2008). Den non-verbale kommunikasjonen omfatter det vi formidler med kroppen, blikket, stemmen og avstanden og hvordan dette synkroniseres. Relasjonen mellom sykepleier og pasient utvikles i

det dynamiske samspillet mellom det verbale og non-verbale. Åpen og tillitsfull dialog kjennetegnes av god kommunikasjon. Ved uklar og dårlig kommunikasjon vil risikoen for misforståelser, angst, utrygghet og mistenksomhet øke. Kommunikasjonen vil skape uro, forvirring og ensomhet i stedet for nærhet, trygghet og fortrolighet (Wogn-Henriksen, 2008).

I kommunikasjon med pasienter med demens brukes anerkjente kommunikasjonsmetoder, som realitetsorientering, validering og reminisens (Berentsen, 2013). Å respektfullt lede pasienten tilbake til nåtid ved å konsekvent sette navn på objekter rundt pasienten, samt å orientere for tid og sted kalles realitetsorientering (Berentsen, 2013).

Validering handler om å være bekreftende samt å etterstrebe å forstå pasienten og vektlegge pasientens fokus. Det er ved bruk av validering viktig å respektere pasientens måte å oppfatte virkeligheten på (Berentsen, 2013).

Reminisens, også kalt minnearbeid, benyttes ved å hente frem pasientens minner og snakke om pasientens livshistorie. Ved bruk av reminisens forsterkes pasientens opplevelse av integritet og egenverd og er med på å bekrefte hvem pasienten er og har vært (Berentsen, 2013).

2.3.3 Pleiekultur og holdninger

Vanene og holdningene i en sykehjemsavdeling, samt mønstrene for handlemåter omtales som pleiekultur. Det er det som sitter i veggene og gjelder når praksismønstre, holdninger og vaner gjentas over tid og tilsynelatende gror fast. Holdningene vil på sikt bli tatt for gitt og regjere, og man løser oppgaver på samme måte som de alltid er blitt gjort (Eide & Aadland, 2008). Arbeidsoppgaver i avdelingen blir prioritert ulikt fra sted til sted, prioriteringene har sammenheng med verdiene og holdningene som blir vektlagt (Orvik, 2003). Mange sykepleiere har gjennomgående gode holdninger og ønsker det beste for pasientene, men er ufrivillig fanget i kulturen felleskapet har fastsatt og opprettholder (Eide & Aadland, 2008).

Holdninger, kunnskap og kompetanse er helt essensielle faktorer i samhandlingen mellom sykepleier og pasienter med demens. Pasientene må sees som unike individer med særegne behov (Thorvik et al., 2014). Sykepleierens holdninger har stor betydning for å bidra til en bedre hverdag for pasienten. Det er viktig at sykepleieren evner å kunne bygge gode

relasjoner ved hjelp av gode kommunikasjonsferdigheter. Dette vil bidra til å skape forutsigbarhet og trygghet til pasientene.

Pasientenes perspektiv må fanges opp for å bedre kvaliteten på pleien. Sykepleieren må ha en grunnleggende omsorgsfull holdning i møte med pasienten, og det er sykepleieren som i størst grad skaper atmosfæren da det er hun som står i en maktposisjon ovenfor pasienten. Våre holdninger som sykepleiere avsløres i berøringen vår til pasienten, og en samhandling kan med dette bli et moralsk ansvar og en praktisk handling (Bjørk & Breievne, 2006).

Med økende kognitiv svikt kan samhandlingen mellom sykepleier og pasient bli negativ. På grunn av manglende kunnskap og kompetanse hos sykepleier kan samhandlingen og pleien av pasienten bli utilfredsstillende (Berentsen, 2013).

2.3.4 Kari Martinsen

Kari Martinsens sykepleieteori preges av hennes beskrivelse av at sykepleiefagets fundamentale hovedtanke er omsorg, og at dette er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Martinsen, 2003). Omsorg som moralsk begrep er i følge Martinsen knyttet til prinsippet om at alle mellommenneskelige forhold er preget av avhengighet og makt, og vårt ansvar for de svake. Det moralske aspektet er viktig for å kunne forvalte dette på rett måte, da mottakeren av omsorgen er syke, pleietrengende og ikke-selvhjulpne personer, slik som målgruppen i denne oppgaven (Austgard, 2010).

Et mål i sykepleien er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger. Omsorg har et praktisk aspekt, og pasientens tilstand og situasjon avgjør hvordan det ytes omsorg. Det er på bakgrunn av dette viktig at sykepleier ser helheten i situasjonen (Austgard, 2010). Som en konkret handling krever omsorg begrunnelse, og denne bygger på vår sykepleiefaglige og etiske vurdering av den enkelte situasjon, og hva som vil være det beste for pasienten. En slik anvendelse og utøvelse av vår fagkunnskap som vi tilegner oss gjennom praktisk erfaring kaller Martinsen for faglig skjønn (Austgard, 2010). Skjønnen er en prosess hvor sansing og fagkunnskap arbeider sammen, og sier noe om en omtenksum og reflektert sykepleier. En som tar i mot pasientinntrykket og er åpen for sansing og deretter handler slik at pasienten får en god opplevelse av situasjonen (Martinsen, 2003). Sansing er i følge Martinsen helt grunnleggende for all forståelse. Våre sanser gir oss en oversikt, og en bredere forståelse av

en situasjon og lar oss se den andre som en helhet (Martinsen, 2003). Dette er helt essensielt i forståelsen og forebyggingen av utfordrende atferd hos pasienter med demens. Vi som sykepleiere skal gjennom faglig kunnskap se pasientene i sin helhet, og verne om integriteten deres. Dette omhandler å ha et engasjement for det man holder på med, og å gjøre sitt ytterste for pasientene man hjelper (Martinsen, 2000).

Når mennesker har en sykdom, lidelse eller funksjonshemming vil avhengigheten til andre øke betraktelig. Sykepleien og omsorgen må på bakgrunn av dette ytes ut i fra den enkelte pasientens behov for omsorg, hjelp og pleie. Omsorgsbegrepet kjennetegnes også ved det mellommenneskelige forholdet mellom to eller flere personer, det baseres på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Det er en forutsetning for å yte omsorg å ha en forståelse for pasientens situasjon (Austgard, 2010).

2.3.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbees sykepleieteori har et individualistisk menneskesyn med hovedfokus på enkeltmennesket og å se individene. Hennes definisjon av sykepleie omhandler at sykepleieren skal hjelpe pasienten til å finne mening i sykdom og lidelse (Travelbee, 2001).

Menneske-til-menneskeforholdet står sentralt i Travelbee teori, det bygger på opplevelsene og erfaringene som sykepleieren og den syke deler og et viktig kjennetegn er behovet for å bli ivaretatt (Travelbee, 2001). Ved å opprette et slikt menneske-til-menneskeforhold mener Travelbee at sykepleieren vil oppnå sine mål og hensikter, og at dette er en gjensidig prosess mellom sykepleier og pasient. Gjennom denne prosessen vil tillitt bygges opp mellom partene i relasjonen, og de vil oppnå en gjensidig forståelse og kontakt. Sykepleieren og pasienten vil se hverandre som unike individer ved å ha bygget opp en nær relasjon, og gis muligheten til å se personligheten til hverandre og utvikle seg videre som mennesker. Erfaringene som deles er viktig i samhandlingen, og samhandlingen omtales som et viktig grunnlag for sykepleien (Travelbee, 2001).

Et av sykepleierens viktigste redskaper er i følge Travelbee (2001) kommunikasjon. Det beskrives som en gjensidig prosess, hvor sykepleier søker informasjon, gir informasjon og benytter for å yte hjelp. Sensitivitet, kunnskap, timing, samt evnen til å bruke dette riktig er forutsetninger for å kunne yte god kommunikasjon. For å få mest ut av, og best effekt av kommunikasjonen er det viktig å bruke seg selv terapeutisk. Dette innebærer å være bevisst i

bruken av sin personlighet og kunnskap til å bidra til å hjelpe pasienten med sine plager. Her kreves det forståelse, disiplin, selvinnsikt og engasjement (Travelbee, 2001).

2.4 Sykepleierens rammeverk

2.4.1 Sykepleierens funksjon

Hvordan sykepleier tilnærmer seg pasient, pårørende og andre involverte preges av de spesifikke funksjons- og ansvarsområdene sykepleieprofesjonen har (Nordtvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon berøres i denne oppgaven.

Forebygging deles inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging (Mæland, 2010). Å forhindre eller utsette at sykdom oppstår er en del av primærforebyggingen.

Sekundærforebygging hindrer videreutvikling av sykdom eller tilbakevendelse (Ranhoff, 2013). Når målet med forebyggingen blir å minske de konsekvensene sykdommer har for livskvalitet og funksjon kalles det tertiærforebygging (Mæland, 2010). Tertiærforebygging vil bli det aktuelle for denne oppgaven. Å sette i verk forebyggende tiltak for reduisering av ytterligere konsekvenser av allerede eksisterende sykdom vil derfor være aktuelt for min problemstilling. Sykepleier har en viktig oppgave i å takle og redusere en pasients utfordrende atferd, da det er en konsekvens av en progredierende demenssykdom (Rokstad, 2005).

2.4.2 Etske føringer

Som sykepleier har man faglig, etisk og personlig ansvar for sine handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie (NSF, 2011).

Det etiske aspektet er i arbeidet med personer med demens sentralt. Utfordrende atferd vil sette sykepleier i etiske dilemmaer som kan omhandle konflikten mellom pasientens autonomi og sykepleiers plikt til å yte helsehjelp (Slettebø, 2013b).

Nærhetsetikk handler om å forstå situasjoner, og ikke bare begrunne den etiske forståelsen ut i hva hvilke normer og regler som finnes. Det er følelsene som skal vektlegges og ha betydning for at vi skal forstå hvilke behov som gjelder, og kunne handle rett i forhold til den enkelte pasient. Våre holdninger, væremåte og relasjoner inngår i nærhetsetikken. Dette er viktig i forståelsen og forebyggingen av utfordrende atferd (Brinchmann, 2012).

Integritet, verdighet, og autonomi er relatert til hverandre. Integritet er retten mennesker har til å opprettholde sin verdighet uansett hvilke ytre forhold som finnes. Uavhengig av intellektuelle evner eller fysisk tilstand har personer med demens i likhet med alle andre mennesker integritet (Kirkevold, 2013). Retten til å ta egne avgjørelser kalles autonomi, og pasienter med demens vil ha svekket evne til å ta avgjørelser på egne vegne og med det opprettholde autonomien (Rokstad, 2008a).

Yrkesetiske retningslinjer er utarbeidet av Norsk sykepleierforbund og har som formål å sikre en høy sykepleiefaglig og etisk standard blant sykepleiere (Sneltvedt, 2013).

Sykepleierens grunnlag, i følge de yrkesetiske retningslinjene skal være respekten for det enkelte menneskets liv, og dens iboende verdighet. Sykepleien vi utøver skal være bygget på omsorg, barmhjertelighet og respekt for menneskerettighetene. Vår fundamentale plikt som sykepleiere er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. De yrkesetiske retningslinjenes kapittel 2 omhandler sykepleieren og pasienten. Sykepleier skal ivareta den enkeltes verdighet og integritet, også retten til forsvarlig, omsorgsfull helsehjelp. Pasientens rett til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket ivaretas også av sykepleieren (NSF, 2011).

2.4.3 Helsepolitiske føringer.

Ytre rammer har stor innvirkning på demensomsorgen og påvirker dermed kvaliteten. Dette innebærer bemanning, kompetanse, kontinuitet og tid (Janzen, Zecevik, Klooseck & Orange, 2013). Overordnede bestemmelser samt økonomiske styringer setter standarden og kan fungere som en hindring for å gi tilfredsstillende individualisert pleie (Jakobsen, 2007). Sykehjemsavdelinger reguleres også av lovverk, forskrifter og etiske prinsipper, og forteller om retningslinjer og rammefaktorene i avdelingen.

I 2012 ble Samhandlingsreformen innført, og hadde som mål å sikre bærekraftige helse- og omsorgstjenester og at pasientene skulle få et mer helhetlig sammenhengende forløp (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Kommunehelsetjenesten fikk større behandlingsansvar, og ansvar for å lette arbeidsmengden i spesialisthelsetjenesten. Dette skulle føre til effektivisering av ressursbruk, og tilpasse hjelpen etter pasientens behov.

Reformen påvirker arbeidsforhold samt organiseringen i sykehjemmene (Kristiansen, 2016). Sykepleiere i sykehjem får nye, og flere arbeidsoppgaver da nye lovpålagte krav, nasjonale

retningslinjer samt flere eldre og sykere pasienter kommer til. Dette medfører et sprik i hjelpen eldre pasienter i sykehjem har behov for, og de ressurser man som sykepleier har til å møte behovene på en tilfredsstillende og faglig forsvarlig måte (Nydal, Åsmo, Dybvik & Torheim, 2016).

2.4.4 Juridiske føringer.

Man plikter som sykepleier å sette seg inn i det lovverket som regulerer tjenesten (NSF, 2011). Formålet til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er å blant annet forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av skade, sykdom, nedsatt funksjon og lidelse (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). For mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester, som målgruppen i denne oppgaven, gjelder kvalitetsforskriften. Den skal bidra til å sikre ivaretagelsen av pasientenes grunnleggende behov, med respekt for selvbestemmelsesretten, egenverdet og livsførselen, og den forklarer hva som menes med grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Pasient- og brukerrettighetsloven har relevans for oppgavens problemstilling da bestemmelsene har som hensikt å bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasienten og helse- og omsorgstjenestene. Bestemmelsene skal også bidra til å ivareta respekten for pasientens liv, menneskeverd og integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Formålet med helsepersonelloven er å bidra til kvalitet og sikkerhet for pasienter med helse- og omsorgstjenester, samt å bidra til tillit mellom pasienter, helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). I lovens kapittel 2 finnes det krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Lovens § 4 – forsvarlighetskravet, sier at helsepersonells arbeid skal samsvare med kravene til faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp som forventes ut fra helsepersonells kvalifikasjoner, arbeidets art og situasjon (Helsepersonelloven, 1999). Sett i lys av dette skal all helsehjelp som ytes være faglig forsvarlig og det skal gis omsorgsfull hjelp.

3. Metode for oppgaven

I denne delen av oppgaven vil det fremkomme hvordan oppgavens kilder er innhentet og hvordan de er brukt. Metoden er fremgangsmåten for å kunne finne informasjon til å belyse problemstillingen på en tilfredsstillende måte (Dalland, 2017).

3.1 Valg av metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, og bygger i hovedsak på skriftlige kilder samt eksisterende kunnskap. Systematisk litteraturgjennomgang er brukt som metode for å kunne belyse min problemstilling. Oppgaven vil med dette ikke kunne bringe ny kunnskap til faget, men er en sammensetning og fortolkning av tidligere forskning på temaet (Dalland, 2017).

3.2 Litteratursøk

Jeg har vært bevisst på å anvende medisinskfaglige og sykepleiefaglige databaser som kvalitetssikring for at litteraturen er relevant for sykepleierfaget. Det er anvendt kjente og oppdaterte databaser. Majoriteten av faglitteraturen er fra ulike pensumbøker fra sykepleierstudiet, og er litteratur tilpasset studenter som gjør innholdet lett forståelig og tilgjengelig. Annen faglitteratur er funnet på biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole.

Jeg har i utvelgelsen av artiklene benyttet inklusjonskriterier. Artiklene er fagfellevurderte og i fulltekst. I søk etter artikler har jeg benyttet eksklusjonskriterier der jeg blant annet har avgrenset søkene til de ti siste årene og andre typer artikler enn forskning er ekskludert. Med dette ble søkeresultatene færre og førte til at det ble lettere å velge ut relevante artikler til problemstillingen og oppgaven, men på en annen side kan dette ha utelukket noen andre anvendelige artikler.

Forskningslitteraturen er funnet i databasene Cinahl, Sykepleien.no og Pubmed. Søkeordene som gikk igjen i ulike kombinasjoner var «agitation», «dementia», «nursing interventions», «nursing home», «good care», «nonpharmacological», «challenges», «demens», «urolog» og «sykehjem». Jeg har også foretatt enkeltsøk på anerkjente nettsider som Sykepleien, Norsk sykepleierforbund, Lovdata og regjeringens nettsider. Disse søkene har bidratt til en bredere forståelse for oppgavens tematikk, og funn er benyttet gjennomgående i oppgaven.

Tabell 1. Søkematrise.

Database	Søkeord	Søkekriterier	Antall treff	Leste artikler	Inkludert artikkel
Cinahl	Dementia AND agitation AND nonpharmacological	2008-2018 Språk: norsk, dansk, svensk, engelsk.	11	3	Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia (Janzen et al., 2013)
Cinahl	Nursing interventions AND agitation AND dementia	2008-2018 Språk: norsk, dansk, svensk, engelsk.	13	3	Nursing interventions in cases of agitation and dementia. (Oppikofer & Geschwindner, 2012)
Sykepleien.no	Demens, urolig, sykehjem	2013-2018 Forskning	9	2	God omsorg for personer med demens m demens. (Thorvik et al., 2014)
Pubmed	Dementia AND agitation AND good care AND nursing home	2008-2018 Språk: norsk, dansk, svensk, engelsk.	9	3	“Like a dance”: Performing good care for persons with dementia living in institutions. (Helleberg & Hauge, 2014)
Cinahl	Challenges AND competence AND dementia	2008-2018	20	4	Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleiernes perspektiv. (Rognstad & Nåden, 2011)

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk gir leseren ett innblikk i refleksjoner som er gjort underveis i søket etter litteratur (Dalland, 2017).

Litteraturen som er anvendt i oppgaven er slik jeg ser det relevant for problemstillingen min, og de fleste forfatterne har flere utgivelser innenfor samme tema, og jeg vurderer det derfor som pålitelige kilder. Noen av bøkene om demens er av eldre årgang, men i nyere litteratur henvises det likevel til disse. Jeg har etterstrebet å benytte primærkilder, og derfor vil noen av disse være av eldre dato. Bøkene jeg har benyttet vedrørende det sykepleiefaglige perspektivet er også noe eldre, men bøkene av Martinsen er fortsatt i aller høyeste grad både relevante og aktuelle. Jeg har i forståelsen av Kari Martinsens omsorgsteori også benyttet meg av boken Omsorgsfilosofi i praksis av Kitt Austgard (2010), som er en sekundærkilde, men jeg anser likevel denne som troverdig og relevant da Austgard har autoritet innenfor temaet.

Hva gjelder boken til Joyce Travelbee, Mellommenneskelige forhold i sykepleie (2001) er den oversatt til norsk av Kari Marie Thorbjørnsen og er dermed en sekundærkilde. Jeg må derfor stole på Thorbjørnsens tolkning og oversettelse, men anser likevel boken som en pålitelig kilde da den er utgitt av et anerkjent forlag.

Artiklene som er anvendt i oppgaven opplever jeg er av stor relevans i henhold til problemstilling. Forskningen er fagfellevurdert og publisert i anerkjente tidsskrifter, samt de er tidsaktuelle da de er fra de siste sju årene. Det er benyttet fem forskningsartikler i oppgaven som presenteres i en artikkelmatrise i kapittel 4, tabell 2.

Forskningsartiklene jeg har benyttet er studier utført i henholdsvis Norge, Sveits og USA. De utenlandske studiene anser jeg relevante for min oppgave da de er utført på bakgrunn av vestlig kultur og har høy overføringsverdi til Norge. De har alle resultater som samsvarer med oppgavens tematikk og er derfor inkludert.

Tre av forskningsartiklene jeg har benyttet meg av er skrevet på engelsk. Jeg har oversatt og tolket disse etter beste evne, med det kan dog ha skjedd feiltolkninger av enkelte ord og uttrykk, men anser det ikke slik at det har gått utover budskapet i artiklene.

To av forskningsartiklene er utført ved skjermede demensavdelinger, men jeg anser disse likevel relevante for min oppgave da resultatene er relevant også for en somatisk avdeling.

I studien til Rognstad & Nåden (2011) er arbeidet rettet hovedsakelig mot utagerende atferd, aggressivitet, vold og trusler. Resultatene viser at det er behov for kompetanseheving blant personalet som jobber med pasienter med uforutsigbar og varierende atferd både fysisk og verbalt, derfor anser jeg denne studien som relevant for min problemstilling og anvender den derfor gjennomgående i oppgaven.

Oppgaven er utført med etiske vurderinger og ved henvisning til egne erfaringer er taushetsplikten overholdt.

4. Presentasjon av forskningsresultater

Herunder presenteres forskningsartikler og de resultatene som er relevante for min problemstilling.

Tabell 2. Artikkelmatrise

Nr	Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
1	Oppikofer & Geschwindner (2012)	Nursing interventions in cases of agitation and dementia	Dementia	Vurdere og sammenligne forekomst og omstendighetene til agitasjon, og deretter vil de generere tiltak for å forhindre agitasjon.	Kvantitativ ved hjelp av skjema.	En tredjedel av pasientene opplevde agitasjon, hovedsakelig oppsto det når han var alene og meget sjeldent med de var i aktivitet. Mest suksessfulle tiltakene var unngå bråk, følge til toalettet, kommunikasjon/validering, gå tur, tilby/administrere drikke.
2	Janzen, Zecevic, Kloseek & Orange (2013)	Managing Agitation Using Nonpharmacological Interventions for Seniors With Dementia	American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia	Helsepersonells oppfatning angående bruk av ikke-farmakologiske tiltak for å redusere agitasjon hos eldre med demens.	Kvalitativ med fokusgrupper og intervju.	De ansatte opplevde utfordrende atferd som et problem. Benyttet både medisinske og ikke-medisinske tiltak. Ikke-medisinske tiltak avhengig av kontinuitet, tid, dårlig bemanning, uforutsigbar og dårlig effekt.
3	Helleberg & Hauge (2014)	"Like a dance": Performing good care for persons with dementia living in institutions	Nursing Research and Practice	Beskrive helsepersonells forståelse av høy kvalitet i demensavdelinger. Hva er god pleie til pasienter med demens?	Kvalitativt design. Individuelle dybdeintervjuer.	Faktorer for å yte god pleie: identifisere pasientens personlige karakteristikk, forstå pasientens tilstand og behov. Rett tid, timing og tempo til pasientens følsomhet. Å være forberedt på endringer i pasientens tilstand.
4	Thorvik, Helleberg & Hauge (2014)	God omsorg for personer med demens	Sykepleien Forskning	Utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens.	Kvalitativt design med deltakende observasjon.	Ansatte alltid beredt ved å være årvåkne, utnytte gylne øyeblikk og respondere raskt når det er nødvendig. Fleksibilitet ved å tåle atferd, uorden og rutinebrudd. kreative i fagutøvelsen. Gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient, samt god innsikt i kollegaers kompetanse viktig for forebygging.
5	Rognstad & Nåden (2011)	Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen Pleieres perspektiv	Nordisk Sygeplejeforskning	Helsepersonells opplevelse av arbeidssituasjon personalets behov for kompetanseheving for å ivareta pasientenes verdighet.	Kvalitative forskningsintervju.	De ansatte opplevde en følelse av maktesløshet, mislykkethet og redsel. Behov for spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd, og en balanse mellom makt og autonomi.

5. Drøfting

I denne delen av oppgaven vil det drøftes hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd blant pasienter med demens i sykehjem. Drøfting innebærer å diskutere rundt en problemstilling ved hjelp av argumenter og motargumenter og inneholder en refleksjon og tolkning rundt temaer tatt opp i tidligere kapitler (Dalland, 2017). Forebygging av utfordrende atferd er en sammensatt og kompleks prosess. Som sykepleier har man en viktig, og krevende rolle i møte med pasienten og hans atferdsforstyrrelser. Forståelse av atferden, kommunikasjon, kunnskap og kompetanse samt verdier og holdninger knyttet til tematikken drøftes. Fokus vies også til drøftingen rundt sykepleiers ytre rammer og ressurser.

5.1 Forståelse av atferd

Utfordrende atferd som symptom vil forekomme uavhengig av hvilken demenssykdom pasienten har, men ved å fokusere på symptomene alene kan det være fare for at man behandler symptomene, og ikke den bakenforliggende årsaken til atferden (Engedal & Haugen, 2009). Dette støttes av Martinsen (2003) som hevder at for å kunne handle omsorgsfullt er forståelsen for den andres situasjon en forutsetning. Å betegne atferden som vanskelig kan gjøre at problemene plasseres hos pasienten med demens, i stedet for andre årsaker. I litteraturen beskrives utfordrende atferd ofte som umøtte behov hos pasienten (Rokstad, 2008d). Pasienten kan ha behov han har vanskeligheter med å uttrykke og dette skaper frustrasjon som kan utvikles til utfordrende atferd (Rokstad, 2008d). Dette samstemmer med studien til Janzen et al. (2013) som påpeker at somatiske forhold og ubehandlet smerte kan være utløsende årsaker for utfordrende atferd. Personer med moderat til alvorlig grad av demens er ikke i stand til å identifisere kroppslige smerte slik som friske, og det er derfor vanskelig å beskrive smertene på en forståelig måte (Engedal & Haugen, 2009). Pasienter med demens kan på bakgrunn av dette reagere med frykt da de ikke greier å knytte smerteopplevelser mot en konkret årsak (Engedal & Haugen, 2009; Rokstad 2008b). I lys av dette kan vi se viktigheten av å være til stede og oppmerksom i situasjonen, samt benytte sansing. Da vil man kunne se pasienten og uttrykket hans i sin helhet og dermed ha en mulighet til å tolke hans behov (Martinsen, 2000).

Det kan være forhold i miljøet rundt pasienten som er årsaken til utfordrende atferd og overstimulering fra miljøet kan resultere i angst og utfordrende atferd (Rokstad, 2005). Dette understøttes av Oppikofer & Geschwindner (2012) som bemerker at å unngå støy og bråk i

avdelingen kan virke forebyggende for utfordrende atferd. Forskning viser at uro, bråk og andre beboere i avdelingen er faktorer som bidrar til utviklingen av utfordrende atferd (Janzen et al., 2013). Åpenbart kan man se at miljøet rundt pasienten har stor betydning for forekomst av utfordrende atferd.

En pasient med demens og utfordrende atferd må møtes som et enkeltindivid, og alt må ses i sammenheng med pasientens liv. Videre kan man se at utfordrende atferd også må ses i sammenheng til sosiale forhold og personlighet (Rokstad, 2005; Thorvik et al., 2014). For å kunne yte god og omsorgsfull sykepleie mener Martinsen (2003) at man må ta utgangspunkt i dette, samt og forsøke og se pasientens helhetlige situasjon. For å klare dette er det viktig at sykepleier samler styrke og lærer å kjenne pasientene som unike individer (Austgard, 2010).

Å gjøre pleiesituasjonen så enkel som mulig, og unngå bruk av for mange fremmede gjenstander og ord vil kunne lette samhandlingen. At sykepleier kjenner til de små nyansene til den enkelte pasients væremåte vil på sin side kunne bidra til forståelse, som igjen vil kunne forebygge utfordrende atferd (Helleberg & Hauge, 2014; Thorvik et al., 2014). Dette støttes av Oppikofer & Geschwindner (2012) som påpeker at å ha slike kunnskaper om pasientene bidrar til å forebygge agitasjon.

Martinsen (2003) hevder man må se den enkelte pasient, forstå pasientens situasjon, samt virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger gjort ut i fra faglig vurdering av hva som er til pasientens beste. Videre ytes omsorg med faglig skjønn, hvor handlinger begrunnes som en faglig og etisk vurdering av situasjonen (Martinsen, 2003). Et konkret eksempel på dette fra Thorvik et al. (2014) sin studie om hva som er god omsorg til personer med demens; en pasient ønsker ikke å stå opp, sykepleier prøver flere ganger og avventer pasientens respons før hun tar nye initiativ. Dette for å hindre fremvekst av uro. Å handle etter hvordan situasjonen oppleves her og nå, samt å vektlegge det unike ved situasjonen er i følge Martinsen (2003) sentralt. Å bidra til å gjøre pasienten til en aktiv deltaker kan gjøre situasjoner tryggere og mer kjent, og dermed virke forebyggende for utfordrende atferd (Martinsen, 2003). Om sykepleier på den andre siden ikke inkluderer pasienten i avgjørelser krenkes pasienten og han blir fratatt sin autonomi. Med dette mister pasienten sin rett til å være medbestemmende og kan bli en direkte årsak for utfordrende atferd (Engedal & Haugen, 2009). Om sykepleier i eksempelet over ikke hadde gitt seg, og presset videre på at pasienten skulle stå opp mot sin vilje ville det vært krenkende ovenfor pasienten, og han ville mistet sin rett til å være medbestemmende. Derimot vil det kunne krenke pasientens integritet om han

blir liggende hele dagen eller motsetter seg hjelp til pleie. Her vil sykepleiers fremgangsmåte være avgjørende. Ved å være åpen og lyttende til pasientens signaler underveis, samt å være forberedt på endringer bidrar til å ivareta pasientens medbestemmelsesrett og integritet (Helleberg & Hauge, 2014; NSF, 2011).

I forståelsen av utfordrende atferd er det som tidligere belyst viktig med systematiske observasjoner og tilstrekkelig dokumentasjon (Rokstad, 2008d). Sykepleiere har en lovpålagt plikt i å dokumentere observasjoner og sykepleien som utøves. Hovedformålet med dokumentasjonen er kvalitetssikring (Helsepersonelloven, 1999). Dokumentasjonen skal avspeile pasientens fysiske, psykiske og kulturelle behov og ressurser. Av erfaring er det slik at man får rapport og leser seg opp på hva som har skjedd med pasientene siden sist man var på vakt. Har pasienten hatt episoder med utfordrende atferd er det fint å kunne lese om hva som skjedde forut for hendelsen og hvordan det ble tatt hånd om av personale. Martinsen (2000) forklarer at dokumentasjonen skal gi sykepleier god erfaringsbakgrunn når hun skal møte sine pasienter for å kunne handle moralsk, og dokumentasjonen skal ha nytte for andre enn den som har hatt direkte erfaring med pasienten. Videre kan man se at tidspress gjør at oppgaver som dokumentasjon og utarbeidelse av pleieplaner ikke blir utført tilstrekkelig (Nydal et al., 2016). Dette kan gjøre at dokumentasjonen blir mangelfull, og man ikke får videreformidlet viktige opplysninger om pasientens atferd som kan være til hjelp i forståelsen.

5.2 Kommunikasjon og tilnærming

I relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient er i følge Travelbee (2001) kommunikasjon helt avgjørende. Uro kan unngås ved å benytte lukkede spørsmål, og på den måte begrense pasientens valgmuligheter og gjøre det enklere for pasienten å forstå og svare på spørsmålene som blir stilt (Eide & Eide, 2017). I praksis erfarte jeg nettopp dette, at kommunikasjonen gikk lettere ved å benytte korte, konsise spørsmål til pasienter med moderat og alvorlig grad av demens da deres ordforråd og oppmerksomhet er svekket. Å ha kunnskaper om kommunikasjonsferdigheter gjorde at jeg og pasientene kunne samhandle på en mye bedre måte. Pasientene følte mestring av å klare å svare på spørsmålene jeg stilte, og jeg var ikke nødt til å tolke pasientens signaler på samme måte. Å måtte tolke pasientens signaler når han ikke lenger mestrer å uttrykke seg tilfredsstillende kan medføre frustrasjon og forvirring fra pasientens side. Det å ikke klare å gjøre seg forstått eller å ha problemer med å forstå vil gi

pasienten en følelse av uforutsigbarhet og utrygghet, og dette vil ha direkte følger for atferd og samhandling (Janzen et al., 2013; Rokstad, 2005).

Verbalt språk forsterkes av, og må være i tråd med non-verbale handlinger for å unngå forvirring hos pasienten (Wogn-Henriksen, 2008). Uklar kommunikasjon øker risikoen for utrygghet og misforståelser og kan føre til uro og forvirring (Rokstad, 2005). For å opprettholde god kommunikasjon er det viktig at begge parter er oppmerksomme på de kommuniserer med. Ved å snakke i forbifarten når pasienten ikke er oppmerksom gjør det vanskelig for pasienten å oppfatte budskapet og kommunikasjonen blir med dette brutt (Travelbee, 2001). Dette har jeg erfart selv i tidligere praksiser, at sykepleier med de beste intensjoner snakker til en pasient i forbifarten, og pasienten som ikke har oppmerksomheten rettet i den retningen bare får med seg bruddstykker og misoppfatter budskapet. I dette tilfellet ville sykepleieren bare være hyggelig og vise at hun så pasienten, men det endte med at pasienten ble forvirret, engstelig og dermed urolig. På bakgrunn av dette kan man se viktigheten av at sykepleier kjenner til disse sidene ved pasienten og er oppmerksom for måten å kommunisere på.

I praksis opplevde jeg ved flere anledninger pasienter som motsatte seg hjelp til pleie. Et spørsmål til ettertanke er; hvorfor tar ikke pasienten i mot hjelp? På den ene siden kan det tyde på at pasienten ikke har fått nok tid til å prosessere informasjonen i situasjonen (Berentsen, 2013). Pasienter med moderat til alvorlig grad av demens får svekket oppmerksomhet og språkforståelse, og dette kan på sin side gjøre kommunikasjon og forståelse vanskelig (Wogn-Henriksen, 2008). På den andre siden kan det være at sykepleier ikke har tilpasset informasjonen slik at pasienten forstår. I samtale med en pasient med demens bør man benytte seg av korte setninger og holde seg til en ting av gangen (Wogn-Henriksen, 2008). Vi inngår i relasjoner der vi er gjensidig avhengig av hverandre, og dette kan ses helt konkret i kommunikasjon (Martinsen, 2003). I kommunikasjonen er man i følge Martinsen (2003) avhengig av gjensidig samspill for å lykkes i kommunikasjonsprosessen. At man på sin side kontinuerlig tolker pasientens kroppsspråk gjør i følge Thorvik et al. (2014) at sykepleier er mer rustet til å møte utfordringer hos pasientene.

Nedsatt sansesvikt medfører en ytterligere nedsatt kommunikasjonsevne, og er en sterk medvirkende faktor for utfordrende atferd (Eide & Eide, 2017; Janzen et al., 2013). Når pasienten mister oversikt over tid, sted og egen situasjon som følge av sykdommen kan det være nyttig å benytte realitetsorientering. At sykepleier aktivt minner pasienten på hvor han

er, hvilken dato det er og navn på pårørende og ansatte kan bidra til å støtte pasienten og bygge opp mestringen av egen tilværelse (Wogn-Henriksen, 2008). På den ene siden kan realitetsorientering åpenbart bidra til forutsigbarhet og trygghet til pasienten og dermed bidra til å forebygge forvirring og utfordrende atferd. På den andre siden vil det være krav til sykepleiers tilnærming til pasienten. Skal metoden bidra med noe positivt må tilnærmingen preges av respekt, empati og stor grad av forståelse (Wogn-Henriksen, 2008).

Ved å benytte validering i møtet med pasienten er man mindre opptatt av sannheter, men streber etter å forstå pasientens følelser, og møte pasienten der han er. Validering bidrar til å øke forståelsen og håndteringen av frustrasjon, sinne og bekymringer pasienten har (Wogn-Henriksen, 2008). I motsetning til realitetsorientering ligger ikke fokuset her på å korrigere, men å ha en anerkjennende og bekreftende funksjon og det åpnes opp for at pasienten kan dele bekymringene og erfaringene sine.

Pasienter med demens trenger mer tid til å forstå og oppfatte hva som blir sagt, i samhandlingen med pasienten er det derfor viktig å være tålmodig (Eide & Eide, 2017). På bakgrunn av dette kan vi se viktigheten av at sykepleiere har kunnskap til, og evner å vite hvordan å kommunisere med pasienter på en slik måte som gir dem en følelse av forutsigbarhet og trygghet. Et annet relevant aspekt ved dette er å ha kunnskap om pasienten, slik at man kan vite i hvilke situasjoner og når man bør tilnærme seg pasienten. Dette handler i følge Helleberg & Hauge (2014) om å se an pasientens dagsform før man foreslår at pasienten eksempelvis skal dusje, eller andre aktiviteter som kan forårsake uro. Situasjoner med utfordrende atferd kan ved å benytte seg av gyldne øyeblikk forebygges (Helleberg & Hauge, 2014). Dette vises også ved at sykepleieren er årvåken og beredt på at alt kan skje. Å benytte seg av pasientens gyldne øyeblikk støttes også av Travelbee (2001) som mener timing er en forutsetning for god kommunikasjon.

5.3 Kunnskap og kompetanse

Sykepleiere er i følge Travelbee (2001) avhengig av tilstrekkelig kunnskap for å etterkomme pasientenes behov. Dette sett på samme måte som Martinsens (2003) tanker at for å kunne yte god omsorg må man inneha kunnskaper og ferdigheter. Videre sier Martinsen (2003) at omsorg må tilpasses den enkelte pasient, og dens behov. Dette samsvarer med

helsepersonellovens § 4, at sykepleien må tilpasses hver enkelt situasjon og at sykepleien skal være forsvarlig og omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999).

Travelbees (2001) og Martinsens (2003) tanker om kunnskap og kompetanse støttes også av nyere forskning. Vi kan se at gode nok kunnskaper om pasientene og hvorfor de utagerer er essensielt i forebyggingen, og at arbeid med utfordrende atferd blant demente krever mye kunnskap og faglig oppdatering (Rokstad, 2005; Thorvik et al., 2014). Det fremheves at for å individualisere pleien er det fundamentalt å inneha denne forståelsen (Janzen et al., 2013; Helleberg & Hauge, 2014; Rognstad & Nåden, 2011). I praksis har jeg erfart at det sjeldent er tid eller mulighet for å holde seg faglig oppdatert eller tilegne seg mer kunnskap. Det kan i avdelingen være ulike meninger om hvorvidt sykepleier bør ta seg tid til å sette seg ned for å lese (Pfeiffer, 2012). På en annen side er det slik at dette er forankret i de yrkesetiske retningslinjene, og innebærer at sykepleiere skal holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap benyttes i praksisfeltet. Et annet vesentlig punkt fra de yrkesetiske retningslinjene er at sykepleieren skal bidra til å fremme åpenhet og samarbeid mellom de ansatte i avdelingen (NSF, 2011). Med forankring i det overnevnte kan man se at det er viktig at sykepleier får frihet og aksept til å holde seg faglig oppdatert i arbeidstiden. Grunnet lite tid og rom i praksis sier flere sykepleiere at faglitteratur må leses på fritiden (Kyrkjebø, Søvde & Råholm, 2017).

I demensomsorgen er det behov for økt kompetanse (Janzen et al., 2013; Rognstad & Nåden, 2011). Studiene understøtter viktigheten av nok kunnskap og Rognstad & Nåden (2011) mener kunnskapsnivået og kompetansen hos helsepersonell må bygges opp for å yte god nok hjelp til pasienter med utfordrende atferd. Et høyere kunnskapsnivå gir pleierne trygghet, og dette leser pasientene. En trygg sykepleier vil i møte med en pasient med demens være beroligende og man yter verdig omsorg. Kompetanseheving vil også bidra til å ivareta pasientenes verdighet (Rognstad & Nåden, 2011). Et tiltak for å heve kompetansenivået i omsorgstjenesten er Kompetanseløft 2020 som skal være med å sikre at tjenestene har tilstrekkelig og kompetent personale til å yte et faglig sterkt tjenestetilbud (Heskestad, Korsvold, Solsvik & Tønnesen, 2017). I praksis kan man se store variasjoner og utfordringer i arbeidshverdagen, og sykepleierne opplever det utfordrende å jobbe med egen kompetanseutvikling. I en studie utført av Kyrkjebø et al. (2017) kjente ikke sykepleierne til at en plan om kompetanseløft og denne usikkerheten førte til lavere motivasjon. Tanken på et

kurs kunne være fristende, men de opplevde det problematisk da det måtte inn en vikar i deres sted, dette gjorde at kurs ikke ble prioritert av den enkelte (Kyrkjebø, 2017).

Helsepersonell som jobber med demens og utfordrende atferd etterlyser mer kunnskap og kompetanse på området (Rognstad & Nåden, 2011). Det konstateres at en av de største utfordringene i demensomsorgen er arbeid med utfordrende atferd og at denne typen arbeid påvirker sykepleierne. Det stilles krav til faglig kompetanse for å sikre at forsvarlig hjelp gis, og dette er inngår i helsepersonellovens § 4 (Helsepersonelloven, 1999). I sykehjem i dag jobber det sammen med sykepleiere både helsefagarbeidere og ufaglærte. Travelbee (2001) påpeker at alle til en viss grad har de samme funksjonene, men at ufaglærte og helsefagarbeidere ikke har det samme utdanningsgrunnlaget som sykepleiere. På bakgrunn av dette vil de ikke kunne ha samme ferdighetsnivå, innsikt eller samme evne til å umiddelbart kunne dømme en situasjon og gjøre faglig gode vurderinger. I mine praksiser i sykehjem har dette vist seg tydelig i samhandling med pasienter. De ufaglærte har ikke det samme faglige nivået som en sykepleier og det er begrenset hvilke observasjoner og vurderinger de kan gjøre. Trolig indikerer dette at kompetanseløftet også bør gjelde ufaglærte i like stor grad som høgskoleutdannede (Førland, 2014).

5.4 Verdier og holdninger

Det kreves dyktige sykepleiere med grunnleggende gode holdninger for å kunne skape en god kultur i avdelingene (Rokstad, 2008d). Dette støttes av Thorvik et al. (2014) som i sin studie beskriver at sykepleiernes holdninger og kunnskapsnivå til demens og symptomer på demens i stor grad preger forekomsten av utfordrende atferd. Videre sier Janzen et al. (2013) at holdningene hos sykepleier styrer tilnærmingen til pasienter med demens og utfordrende atferd. I praksis har jeg erfart sykepleiere med en dårlig holdning og nedlatende tone til pasientene. Jeg har vært vitne til sykepleiere som snakker til pasientene som om de var barn med noe som kan minne om babyspråk. Etter søk i litteraturen vedrørende sykepleiers holdninger til pasienter med demens kom jeg over begrepet «elderspeak». Elderspeak kan sammenlignes med babyspråk og inkluderer bruk av upassende kallenavn på pasientene, samt forenkling av ord og grammatikk i nedlatende form (Williams, Herman, Gajewski & Wilson, 2009). Slike holdninger og tale kan tolkes av pasientene som at de ikke er selvstendige individer og kan oppleves nedverdiggende. Dette er for meg et tydelig bevis på at sykepleiers

holdninger i stor grad kan påvirke pasienters atferd i negativ retning (Berentsen, 2013). Studien viser til at elderspeak er en utløsende faktor til utfordrende atferd hos pasienter med demens som ene og alene styres av sykepleierens holdninger (Williams et al., 2009). Slik holdning ovenfor pasientene opplevdes krenkende og nedlatende. Som sykepleier plikter man å forholde seg til de yrkesetiske retningslinjer, og der fremheves det at pasientene har rett til ikke å bli krenket, samt at deres verdighet og integritet bevares (NSF, 2011). At sykepleier er bevisst på hvordan sin egen atferd påvirker andre går under det å bruke seg selv terapeutisk (Travelbee, 2001).

Thorvik et al. (2014) ser i sin studie at sykepleiere med en grunnholdning som innebærer fleksibilitet og åpenhet vil være en viktig forebyggende faktor i møte med pasienter med utfordrende atferd. Man kan se at sykepleier alltid må være ute etter å hjelpe pasientene på best mulige måte. I lys av dette kan man se at sykepleierens holdning er en forutsetning for relasjonen, og at sykepleiers holdning innebærer å benytte, og å hente frem pasientens egne ressurser (Rokstad, 2008a). Helleberg & Hauge (2014) henviser til at ansattes bevissthet over egne holdninger kan virke forebyggende for urolig og utfordrende atferd. Som sykepleier er det viktig å bruke sine positive egenskaper i møte med pasientene, å gå inn i jobben med sine positive sider (Austgard, 2010).

Holdninger og forståelse ligger til grunn for pleiekulturen som bygges i avdelingen (Støback, 2015). Jeg har opplevelser fra praksis hvor sykepleiere snakker nedlatende om pasientene og andre ansatte og dette er ikke en bidragsyter til god kultur i avdelingen. Med dårlig arbeidsmiljø og en dårlig pleiekultur kan uro lettere skapes. Mine erfaringer støttes av Rokstad (2008d) som hevder at en positiv prosess rundt pasienten skaper et positivt miljø. I følge Støback (2015) kan pasienter med demens lett sanse de ansattes dårlige arbeidsmoral og med dette tatt i betraktning tolker jeg det slik at pleiekulturen og arbeidsmiljøet i avdelingen har mye å si i arbeidet med å forebygge utfordrende atferd.

Man bør unngå å snakke over hodet på pasienten eller å gi høylytte beskjeder til kollegaer. Selv om man «bare» skal gi en rask beskjed vil pasienten kunne fange opp biter av samtalen og sette det inn i feil sammenheng, og dette kan medføre forvirring og uro.

Raske kroppsbevegelser og høyt tonefall ser ut til å forsterke pasientens usikkerhet og redsel, og dette bekrefter funnene til Janzen et al. (2013) om at personalets atferd påvirker pasienter med demens og deres utfordrende atferd. Man bør som sykepleier etterstrebe å ha et

rolig kroppsspråk da stress smitter (Solheim, 2015). At avdelingens og sykepleiers tempo preger pasientene er realiteten. Ut i fra mine praksiserfaringer er det åpenbart at stress smitter, og at sykepleiers personlighet preger samhandlingen.

5.5 Rammer og ressurser

Samhandlingsreformen hadde som mål å sikre en bærekraftig helsetjeneste av høy kvalitet ved hjelp av en helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjeneste (Riksrevisjonen, 2016). En gransking utført av Riksrevisjonen (2016) viser at kommunene i liten grad har klart å styrke de ansattes kompetanse etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Det anbefales derfor at helse- og omsorgsdepartementet følger opp, og sikrer at de planlagte tiltakene bidrar til kompetanseheving i kommunehelsetjenesten (Riksrevisjonen, 2016). I lys av dette kan vi åpenbart se nødvendigheten av utviklingsarbeid for å opprettholde og videreutvikle kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene (Førland, 2014).

Sykepleier plikter i følge helsepersonelloven (1999) §4 å utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull pleie. Ansatte i sykehjemsavdelinger viser til dårlig bemanning, spesielt på kvelds- og nattevakter (Rognstad & Nåden, 2011). Videre opplever de ansatte dette som krevende, og de går inn i situasjoner de ikke burde for de er få på vakt. Dette kan på sin side skape en avdeling preget av stress med mye bevegelse og støy som for øvrig kan medvirke til utfordrende atferd blant pasientene (Janzen et al., 2013). Ansatte i sykehjem føler seg maktesløse og mislykkede (Rognstad & Nåden, 2011). Det er trist å vite at kollegaer føler seg maktesløse i arbeidet, og man kan undres over hva som skal til for å bedre situasjonen. Rognstad & Nåden (2011) konkluderer i sin studie med at økt kompetanse og kunnskap vil kunne bidra til økt trygghet blant personalet og dermed bedre pleie til pasientene.

Kvaliteten på omsorgen bestemmes av holdninger, kunnskap og kompetanse, samt de personlige egenskapene og ferdighetene til helsepersonell (St. Meld. Nr. 25, 2005-2006). Omsorgstjenesten er med dette ekstremt sårbar da kravene til effektivisering samt lave kostnader medfører lav personaldekning og dermed lavere kompetanse. Dette kan vi se fra Rognstad & Nåden (2011) sin studie hvor sykepleierne oppgir at det er for få faste ansatte, og at andelen ufaglærte blir for høy. De mener også at det er for få sykepleiere på kveld og helg, og at dette bidrar til å senke kvaliteten på omsorgen (Rognstad & Nåden, 2011). Med dette i tankene, hvordan kan sykepleier kunne tilby pleie og omsorg av optimal kvalitet da

bemanning og kunnskap i avdelingen er lav? Det juridiske ansvaret for at bemanningen er tilstrekkelig for å kunne oppnå og utøve faglig forsvarlig sykepleie ligger hos ledelsen, og er nedfelt i helsepersonelloven (1999). Slike ytre rammer styrer hvorvidt pasienten kan ta autonome valg og bli møtt der hvor han er. Er avdelingen preget av stress og dårlig tid medfører dette mindre tid til hver enkelt pasient og kan være en medvirkende årsak til utfordrende atferd (Janzen et al., 2013; Oppikofer & Geschwidner, 2012). Med en dårlig bemannet avdeling og stressede sykepleiere vil det være vanskelig å tilrettelegge for at pasienten får det slik de vil, bruke god tid på hver enkelt pasient samt ha et rolig miljø i avdelingen (Nydal et al., 2016). Sett på bakgrunn av dette kan ytre rammer skape utfordringer for omsorgen da effektivitetskravene og ressursbruken ikke er i balanse med idealene i utøvelsen av sykepleie.

Pasienter som opplever en stresset sykepleier og får følelsen av at sykepleieren ikke har tid til dem kan fort bli urolige. Da mangel på tid og ressurser er en stor utfordring i sykehjem er det viktig at sykepleier klarer å disponere tiden hun har (Nydal et al., 2016). I følge Martinsen (2000) er ikke tid bare den tiden man har til rådighet, men også hvordan den brukes, og hva den fylles med (Martinsen referert i Austgard, 2010). Liten tid kan ikke benyttes som en unnskyldning for å ikke være tilstede i øyeblikket. Man må på tross av liten tid møte situasjonen med en spørrende og åpen innstilling (Austgard, 2010). Helsepersonelloven § 5 (1999) henviser til at sykepleier har frihet til å delegerer arbeid til andre med mindre det er nedfelt i loven at oppgaven ikke skal delegeres. Ved å delegerer bort ulike oppgaver kan sykepleier frigi tid til andre mer pasientnære oppgaver og lette på det konstante tidspresset hun er under (Nydal et al., 2016). Pasienten kan reagere med fortvilelse og irritabilitet om hans behov for omsorg undergraves. Riktig tidspunkt og rett tempo er viktig for å kunne tilpasse pleien til pasientens følsomhet (Helleberg & Hauge, 2014). I praksis kunne jeg se at stressede sykepleiere kunne bidra til destruktiv samhandling ved forsering av pasientens egne tempo. Slik atferd fra sykepleiers side bidrar til å gi en følelse av håpløshet hos pasienten og viser tydelig at utfordrende atferd ofte kan oppstå i samhandlingen mellom sykepleier og pasient (Engedal & Haugen, 2009) Jeg anser det slik at tid har blitt styrende i pleien. Dette tolker jeg dit at det gjør noe med vår og pasientenes opplevelse og erfaring av tiden, og den tiden pleien tar. Man kan stille spørsmål ved om det er mulig for sykepleier og pasient å være helt og holdent til stede i øyeblikket da tiden anses av helsevesenet som en ressurs som skal utnyttes, og som man disponerer over (Austgard, 2010). I praksis har jeg opplevd at man måler tid i kvalitet og effektivitet, og at man i dag knytter arbeidet opp mot effektiviseringen,

og tidsbruken for hvert enkelt gjøremål. At sykepleier må ha overblikk over situasjoner, være effektive og samtidig være observante for den enkelte pasient, kaller Martinsen (2003) for en vond travelhet og krysspress, og man kan ut i fra forskning se at mange sykepleiere opplever dette i praksis (Nydal et al., 2016; Rognstad & Nåden, 2011). Man kan med dette si at lav bemanning gir sykepleier kortere tid til hver enkelt pasient. Slik jeg ser det kan sykepleier på sin side ha gode holdninger og vite hva som bør gjøres i ulike situasjoner, men tidspress og de ytre rammenes krav til effektivisering kan føre til raske løsninger som kan krenke pasientens autonomi og verdighet.

Systemet som rammefaktor har stor innvirkning på demensomsorgen. Rammene setter begrensinger for vår yrkesutøvelse i tillegg til at de påvirker utførelsen av tjenestetilbudet (Slettebø, 2013a). Forebygging av utfordrende atferd og sykepleiers arbeid styres med dette i stor grad av rammefaktorene og alt må sees i sammenheng og lys av dette.

6. Avslutning

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke hva sykepleier kan gjøre for å forebygge utfordrende atferd blant pasienter med moderat til alvorlig grad av demens innlagt i somatisk avdeling i sykehjem. Å kunne forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens krever kompetanse, kunnskap samt evne til å se det unike i pasienten. Av sykepleier kreves det forståelse, innsikt og kunnskap for å kunne forebygge den. Det er nødvendig i forståelsen av utfordrende atferd å kunne benytte seg av fagkunnskap og sansing for å kunne oppnå forståelse for hva atferden er et uttrykk for. I kommunikasjon har sykepleier en svært viktig rolle med å tilrettelegge for god og fruktbar samhandling tilpasset den enkelte pasients behov. Ved bruk av kommunikasjon som forebyggende metode er det essensielt at sykepleier har gode kommunikasjonsferdigheter og gjennomgående gode holdninger. Sykepleiers holdninger er ofte avgjørende for samhandling med og i relasjon til pasienten.

Mine tolkninger av teori og forskning er at møtet mellom sykepleier og pasient har stor betydning for pasienten. Kompetansen til sykepleieren samt anvendelsen av denne i utførelsen av arbeidet med pasienten vil være avgjørende for samhandlingen og forebygging av utfordrende atferd. En sykepleier som evner å se og gi den enkelte pasient oppmerksomhet kan lettere forebygge utfordrende atferd.

Slik jeg ser det er det viktig at sykepleiere tilegner seg kunnskap om pasientens personlige preferanser, verdier og sykdomsbilde (Engedal & Haugen, 2009) for å kunne forebygge utfordrende atferd.

Referanseliste.

- Austgard, K., I. B., (2010) *Omsorgsfilosofi i praksis – å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Berentsen, V. D. (2013). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.350-382) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bjørk, I. T. & Breievne, G, (2006). Kropp og velvære. I: N., J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E-A. Skaug (red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brinchmann, B. S., (2012) Nærhetsetikk. I B.S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien*. (3. utg. 2012 s. 117-131) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Eide, T. og Aadland, E. (2008) *Etikkhåndboka*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens; Fakta og utfordringer*. (5. utgave) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2016) Hva er demens? I S. Tretteteig (red.) *Demensboka Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (1. utg. S. 13-40) Tønsberg: Aldring og helse
- Førland, O. (2014). Fagutvikling og praksisutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. I G. Haugan, & T. Rannestad (Red.), *Helsefremming i kommunehelsetjenesten* (s.225-241). Oslo: Cappelen Damm.
- Helleberg, K. M & Hauge, S. (2014) "Like a Dance": Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions," *Nursing Research and Practice*, vol. 2014, Article ID 905972, 7 pages, 2014. doi:10.1155/2014/905972

Helse – og omsorgstjenesteloven (2011). *Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester*

Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Heskestad, S., Korsvold, L., Solsvik, A. & Tønnessen, C. N. (2017) *Kompetanseløft 2020. Oppgaver og tiltak for budsjettåret 2017*. IS-2560. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.

Holthe, T. & Tretteteig, S. (2016) Kommunikasjon I S. Tretteteig (red.) *Demensboka Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (1. utg. S. 259-272) Tønsberg: Aldring og helse

Janzen, S., Zecevic, A. A., Kloseck, M. & Orange, J. B. (2013) Managing Agitation Using Nonpharmacological Interventions for Seniors With Dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementia Vol. 28 (5) 524-532*. DOI:

<https://doi.org/10.1177/1533317513494444> Hentet fra:

<http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1533317513494444>

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kirkevold, M. (2013). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 91-99). Oslo: Gyldendal Akademisk

Kirkevold, Ø. (2009). Utfordrende atferd – forståelse og behandling. I K. Engedal & P.K. Haugen. (Red.), *Lærebok demens, fakta og utfordringer*. (5.utg., s. 311-325). Tønsberg: Forlag for aldring og helse.

Kristiansen, M. (2016) *Contradictory management requirements and organisation of daily work in Norwegian nursing homes*. (Doktorgradsavhandling) Faculty of health sciences, University of Tromsø, Tromsø.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., & Skaug, E. A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19.november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunen og etter lov av 13.desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Kyrkjebø, D., Søvde, B. E. & Råholm, M.-B. (2017) Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta; Er det rom for fagleg oppdatering? *Sykepleien Forskning* DOI: 10.4220/Sykepleienf.2017.64027 Hentet fra:

<https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiarkompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-fagleg-oppdatering>

Landmark, B., Kirkehei, I., Brurberg, K.G. og Reinart, L.M. (2009). Botilbud til mennesker med demens. Nr 11 -2009. Hentet 28 februar fra:

<https://www.fhi.no/publ/eldre/botilbud-til-mennesker-med-demens/>

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget

Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3.utg) Oslo: Universitetsforlaget.

Nordtvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stubberud., R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-34). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund. Hentet fra:

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nydal, I., Åsmo, K., Dybvik, T. K., & Torheim, H. (2016). Stressa sykepleiere i kommunene. *Sykepleien*, 104(3), 68-70. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2016.56777

Oppikofer, S. & Geschwindner, H. (2012) Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia*, Vol. 13 (3) 306-317. DOI:

<https://doi.org/10.1177/1471301212461110> Hentet fra:

<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1471301212461110>

Orvik, A. (2006). *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid*. Oslo: J.W. Cappelens Forlag A/S

Oslo kommune (2017). Oppholdstyper på sykehjem. Hentet 28 februar 2017 kl 19.30 fra:

<https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/eldreomsorg/sykehjem-og-dagsenter/oppholdstyper-pa-sykehjem/#gref>

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Hentet fra:

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A.H. (2013). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s.137-147). Oslo: Gyldendal akademisk.

Riksrevisjonen (2016) Dokument 3:5 (2015-2016). *Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen*. Hentet fra:

<https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Sider/Samhandlingsreformen.aspx>

Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen Pleieres perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning nr. 2 Vol. 1* 143-155. Hentet fra:

<https://www.idunn.no/nsf/2011/02/art06>

Rokstad, A. M. M. (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget for aldring og mestring

Rokstad, A.M.M. (2008a). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (1. utg. s. 60-86). Oslo: Akribe AS

Rokstad A. M. M. (2008b) Hva er demens? I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1.utg. s. 28-45) Oslo: Akribe AS.

- Rokstad A. M. M. (2008c) Kompetanseutvikling hos personalet I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. 1.utg. s. 340-350 Oslo: Akribe AS
- Rokstad A. M. M. (2008d) Utfordrende atferd I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1.utg. s. 180-205) Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, A. M. M. (2014) *Se hvem jeg er; personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skirbekk, V. F & Strand, B. H. (2015) *Demens*. Hentet fra:
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/>
- Slettebø, Å. (2013a). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 169-179). Oslo: Gyldendal akademisk
- Slettebø, Å. (2013b) *Sykepleie og etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S Brinchmann (red). *Etikk i sykepleien* (3.utg., s. 97-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Solheim, K.V. (2015) *Demensguiden – holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser – Om kompetanseprogrammet "Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom". *Tidsskrift for Omsorgsforskning*, 1(1), 72-81.
https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/atferd_er_uttrykk_for_personlige_opplevelser_-_om_kompetans
- Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014) God omsorg for personer med demens. *Sykepleien Forskning* 2014 (9) 236-242 DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0140 Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/god-omsorg-uroelige-personermed-demens>
- Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Tretteteig, S. (2016) Utfordrende atferd I S. Tretteteig (red.) *Demensboka Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. (1, utg, s. 273-290) Tønsberg: Aldring og helse

Ulstein, I. (2009). Pårørendes situasjon. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*. (5.utg., s. 329- 342). Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

WHO (2017) Fact Sheet; *Dementia*. Hentet 02. februar fra:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

Wogn-Henriksen, K. (2008) Kommunikasjon I Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L. (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling*. (1.utg. s. 87-113) Oslo: Akribe AS.

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