



”Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak?”

Lovisenberg diakonale høgskole

Kandidatnummer: 251

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 10195

Dato: 18.04.2017



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2017
<u>Tittel</u> Å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens	
<u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak? <u>Teoretisk perspektiv:</u> Det sykepleiefaglige perspektivet tar utgangspunkt i Tom Kitwoods teoretiske grunnlag om personsentrert omsorg, samt deler av Kari Martinsens omsorgsteori. I tillegg er etiske og juridiske rammer inkludert. Målgruppen beskrives ved teori på demens og utfordrende atferd ved demens. I tillegg belyses problemstillingen med teori på de ikke-medikamentelle tiltakene da det danner grunnlag for drøftingen. <u>Metode</u> Metoden anvendt i oppgaven er systematisk litteraturgjennomgang. Jeg har brukt relevant faglitteratur, fag- og forskningsartikler, samt egne erfaringer for å belyse problemstillingen. <u>Drøfting</u> Problemstillingen er drøftet i lys av den teoretiske forankringen, egne erfaringer, samt juridiske føringer og etiske aspekter. Drøftingen tar utgangspunkt i tre ulike sykepleietilnæringer. Disse er kartlegging, kommunikasjon og miljøtiltak med fokus på sang og musikk. Forskning som er gjort på disse områdene belyser problemstillingen. Utfordrende atferd kan ha individuelle årsaker og vise seg på ulike måter hos den enkelte pasient. Den personsentrerte tilnærmingen kommer derfor tydelig frem gjennom hele drøftingen og har et stort fokus, i tillegg til aspektene ved omsorgstenkingen til Kari Martinsen. <u>Konklusjon:</u> Personer med demens er unike individer med ulike behov. For å forebygge utfordrende atferd kreves det en helhetlig og personsentrert tilnærming. Sykepleier må ha evne til å forstå pasientens atferd for å kunne forebygge den. Kartlegging kan gjøre det enklere å se den enkelte pasient og deres individuelle behov, og samtidig forstå hva den utfordrende atferden uttrykker. Gode kommunikasjonsferdigheter vil tilrettelegge for god samhandling og kunne hindre at utfordrende atferd oppstår. Sang og musikk kan virke forebyggende om det brukes målrettet og tilpasset den enkelte pasient.	

(Totalt antall ord:300)

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema.....	1
1.2	Forforståelse.....	2
1.3	Presentasjon av problemstilling	2
1.4	Avgrensing.....	2
1.5	Begrepsavklaring	3
1.6	Disposisjon.....	4
2.0	Metode	5
2.1	Valg av metode.....	5
2.2	Litteratursøk	5
2.3	Kildekritikk.....	6
3.0	Teori.....	8
3.1	Demens.....	8
3.1.1	Symptomer.....	8
3.1.2	Faser av demens.....	9
3.2	Utfordrende atferd hos personer med demens	10
3.3	Kartlegging av utfordrende atferd.....	11
3.3.1	Dementia Care Mapping	11
3.4	Kommunikasjon.....	12
3.5	Miljøtiltak med fokus på sang og musikk.....	13
4.0	Sykepleiefaglig perspektiv	14
4.1	Tom Kitwoods teoretiske grunnlag om personsentrert omsorg.....	14
4.2	Kari Martinsens omsorgsteori.....	15
4.3	Etiske og juridiske rammer	16
4.3.1	Etikk i sykepleien.....	16
4.3.2	Juridiske føringer	17
5.0	Drøfting.....	19
5.1	Kartlegging som grunnlag for forståelse av utfordrende atferd	19
5.2	Kommunikasjonsferdigheter som forebyggende tiltak.....	23
5.3	Bruk av sang og musikk som forebyggende miljøtiltak.....	26
6.0	Konklusjon	31
7.0	Litteraturliste	32

1.0 Innledning

I denne oppgaven belyses ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan benytte for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Utfordrende atferd kan være en stor belastning både for pasienten selv, og også for omgivelsene rundt i en sykehjemsavdeling. I demensomsorgen kan ikke-medikamentelle tiltak være å foretrekke for å forebygge utfordrende atferd, da man slipper bivirkninger og polyfarmasi man vil få med medikamentell behandling (Rokstad, 2005).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I dag har ca. 75 000 mennesker i Norge demens (Engedal, 2016), og det vil forekomme rundt 10 000 nye tilfeller hvert år (Engedal & Haugen, 2009). I Norge har vi en høy og stadig økende gjennomsnittlig levealder, og det er vist en sammenheng mellom økende alder og forekomst av demens. Økende levealder vil gi en økning i antall personer med demens, så mye som en fordobling fra år 2006-2050 (Langballe & Hånes, 2015, 03.04.). Over 75 % av de som bor på sykehjem har en demensdiagnose (Engedal & Haugen, 2009), og mange vil utvikle atferdsproblematikk i forbindelse med demenssykdommen (Rokstad, 2008c). Disse tallene betyr at vi vil stå ovenfor store utfordringer i demensomsorgen i årene som kommer. Utfordrende atferd ses på som et belastende symptom ved demens, som medfører tap av livskvalitet (Rokstad, 2008c). I en sykehjemsavdeling vil sykepleier ha rollen som faglig leder som er ansvarlig for pleien pasientene får, samt ansvarlig for å håndtere og forebygge utfordrende atferd (Hauge, 2008). Utfordrende atferd er vanskelig å håndtere for sykepleiere i en sykehjemsavdeling, og det finnes ulike tilnærminger. Det er viktig at ikke-medikamentelle tiltak vurderes før man starter opp med medikamentell behandling. Noen ganger vil det være nødvendig å medisinerer pasienten for å skape ro og bedre pasientens hverdag, men forutsetningen er at ikke-medikamentelle tiltak er forsøkt (Rokstad, 2005).

1.2 Forforståelse

Jeg har valgt dette tema da jeg har mange års erfaring fra arbeid i sykehjem og arbeid med personer med demens, og har stor interesse for dette feltet. Jeg opplever at utfordrende atferd i varierende grad er utbredt hos personer med demens, og jeg har erfart hvor vanskelig det er å imøtekomme behovene til disse pasientene. Jeg har selv opplevd å føle at jeg kommer til kort, og at jeg mangler kunnskap på dette feltet. Etter endt utdanning ønsker jeg å jobbe på sykehjem. Utfordrende atferd som følge av demens er noe jeg vil møte daglig i en sykehjemsavdeling, og derfor var dette et tema jeg ønsket å fordype meg i.

1.3 Presentasjon av problemstilling

På bakgrunn av det som er skrevet ovenfor har jeg valgt følgende problemstilling som vil bli belyst og drøftet via litteratur og egne erfaringer.

”Hvordan kan sykepleier bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens ved bruk av ikke-medikamentelle tiltak?”

1.4 Avgrensning

Grunnet oppgavens omfang har jeg foretatt noen avgrensinger. Jeg har avgrenset tema til å omhandle personer med demens i aldersgruppen over 65 år, da det er i denne aldersgruppen og oppover de fleste har demens (Engedal & Haugen, 2009). Jeg inkluderer ikke pårørende av hensyn til oppgavens omfang, til tross for at de kan være en stor ressurs for personer med demens. Utfordrende atferd er ofte årsaken til at pasienten blir innlagt i døgnbemannet institusjon da atferden blir for vanskelig for pårørende å håndtere i hjemmet (Rokstad, 2008c). Jeg har valgt arena somatisk sykehjemsavdeling for denne oppgaven, da det er fra denne type avdeling jeg har min erfaring. Utfordrende atferd kan være mer utfordrende for sykepleier å håndtere på disse avdelingene da de ikke er like godt tilrettelagt som skjermede enheter (Hauge, 2008). Jeg fokuserer ikke på en spesifikk demenssykdom, fordi utfordrende atferd som symptom kan oppstå uavhengig av hva slags demenssykdom personen er rammet av (Rokstad, 2005). I oppgaven belyses problemstillingen ut i fra flere tilnæringer. Dette er

fordi årsakene til utfordrende atferd er komplekse. For å kunne forebygge utfordrende atferd i demensomsorgen er det nødvendig med en helhetlig og personsentrert tilnærming, og det vil være vanskelig å forebygge ved kun å fokusere på et spesifikt område (Rokstad, 2005). Jeg har avgrenset de ikke-medikamentelle tiltakene til kartlegging, kommunikasjon og miljøtiltaket sang og musikk, hvor kartlegging virker som et grunnlag for å forstå hva den utfordrende atferden uttrykker.

1.5 Begrepsavklaring

Demens: I oppgaven forstås demens som et syndrom som skyldes sykdommer som primært påvirker hjernen etter skader, som ofte er av kronisk eller progressiv karakter (Helsedirektoratet, 2017).

Utfordrende atferd: Jeg bruker begrepet utfordrende atferd da det er dette begrepet som gjennomgående blir brukt i de ulike fagbøkene jeg har benyttet i oppgaven. Atferdsendringer knyttet til demens har ulike betegnelser som vanskelig atferd, aggressiv atferd, utfordrende atferd etc. Utfordrende atferd brukes når atferden oppleves som utfordrende for omgivelsene pasienten befinner seg i (Rokstad, 2008c).

Forebygging: Med begrepet forebygging menes hvordan sykepleier kan begrense muligheten for at utfordrende atferd oppstår og dermed bedre pasientens livskvalitet (Ranhoff, 2008).

Pasient/person med demens: Pasient – og brukerrettighetsloven definerer en pasient som ”en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle” (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999). Person med demens brukes når man har fokus på personen som har sykdommen, og ikke bare sykdommen og dens symptomer (Smebye, 2008). I denne oppgaven omtales målgruppen enten som pasient eller som person med demens slik det faller seg naturlig i teksten.

Ikke-medikamentelle tiltak: Jeg bruker begrepet ikke-medikamentelle tiltak, da jeg fokuserer på forebyggende tiltak som ikke omfatter bruk av medikamenter.

1.6 Disposisjon

I kapittel 2 beskrives det hva metode er, fremgangsmåten for litteratursøk og valg av litteratur, samt kildekritikk av denne. Videre kommer oppgavens teoridel som er to-delt. Kapittel 3 omhandler teori tilknyttet målgruppen og problemstillingen, mens kapittel 4 omhandler teori på det sykepleiefaglige perspektivet, samt etiske og juridiske rammer. I kapittel 5 drøftes problemstillingen i lys av de ikke-medikamentelle tiltakene, og oppgaven avsluttes med en konklusjon i kapittel 6.

2.0 Metode

Metoden forteller oss hvordan vi bør gå frem for å skaffe eller etterprøve kunnskap, og hjelper oss å samle inn informasjon til det vi vil undersøke. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse problemstillingen på en faglig interessant måte. Et krav til data man velger er at den må være relevant for problemstillingen (Dalland, 2012).

2.1 Valg av metode

Dette er en litterær oppgave. Litterære oppgaver bygger i hovedsak på skriftlige kilder og eksisterende kunnskap. For å belyse min problemstilling i denne oppgaven er det benyttet systematisk litteraturgjennomgang som metode (Dalland, 2012). Problemstillingen belyses ved bruk av relevante bøker som har vært pensum gjennom sykepleierutdanningen, selvvalgt litteratur, og fag - og forskningsartikler som har relevans til mitt tema og problemstilling.

2.2 Litteratursøk

Søk etter fag- og forskningslitteratur i denne oppgaven har blitt gjort i databasene Cinahl og sykepleien forskning. Søkeprosessen foregikk hovedsakelig i perioden 13.03.2017-30.03.2017. Jeg har gjort søk i Cinahl med søkeord som er relevant for problemstillingen, med utgangspunkt i de ikke-medikamentelle tiltakene jeg drøfter i oppgaven. Søkeordene jeg har benyttet er ”dementia”, ”challenging behaviour”, ”nursing”, ”communication”, ”agitation”, ”prevention”, ”music therapy”, ”singing”, og ”nursing home”. Disse søkeordene har blitt brukt i kombinasjonssøk ved bruk av ”AND”. Noen søk ga mange treff, som gjorde at jeg foretok noen avgrensinger. Jeg avgrenset søket til å omhandle artikler fra år 2007-2017. Videre avgrenset jeg til forskningsartikkel og peer reviewed, som betyr at forskningen er vurdert og godkjent av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012). Videre avgrenset jeg til aldersgruppe over 65 år, og PDF full text. Etter avgrensing varierte treff fra 4-123 treff. I sykepleien forskning gjorde jeg et søk ved bruk av søkeordene ”dementia care mapping”. Jeg avgrenset til forskningsartikkel, årstall 2007-2017 og fikk 10 treff. To artikler ble valgt ut. I

sykepleien forskning gjorde jeg også et søk med søkeordene ”demens” og ”utfordrende atferd”, med samme avgrensing. Jeg fikk 9 treff og valgte å bruke én artikkel. Jeg har også foretatt et kjedesøk etter å ha lest litteraturliste på en tidligere bacheloroppgave som omhandlet musikkterapi, og har benyttet denne fagartikkelen i oppgaven.

For at valg av artikler skulle bli lettere har jeg hatt noen inklusjonskriterier. Jeg har benyttet artikler innen de siste 10 år da jeg ønsket å benytte nyere og oppdatert forskning. Jeg har valgt bort artikler fra Asia, Afrika, Sør-Amerika etc., da de har et helsesystem som kan anses annerledes fra vårt. Artikkelen jeg har benyttet i oppgaven har derfor vært fra Europa, Skandinavia og USA. Artikkelen har videre vært på engelsk eller norsk språk. Jeg har grunnet mange treff hatt som kriterium at artikkelen inneholder et abstrakt, og at de skal være i PDF full text, slik at jeg kan lese artikkelen i sin helhet. Jeg har lest abstrakter og der artikkelen har virket relevante har jeg lest hele artikkelen. Om artikkelen fortsatt virket relevant etter å ha lest hele, har den blitt benyttet i oppgaven. Etter søkeprosessen endte oppgaven opp med åtte forskningsartikler og én fagartikkel som alle har relevans for de ikke-medikamentelle tiltakene jeg drøfter. Av forskningsartikkelen er tre av de kvantitative, som betyr at de gir data i form av målbare enheter, og fire er kvalitative, som betyr at de fanger opp mening og opplevelse (Dalland, 2012). Én forskningsartikkel er en oversiktsartikkel som gir en oppsummering av forskning innen kommunikasjon til personer med demens.

Den selvvalgte litteraturen er funnet i søkebasen Oria på Lovisenbergs bibliotek ved bruk av søkeordene ”demens” og ”utfordrende atferd”. Jeg avgrenset til bøker, fikk 9 treff og valgte ut 3 bøker som er benyttet i oppgaven.

2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er de metoder som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Kildekritikk hjelper oss å finne frem til den litteraturen som kan belyse problemstillingen på best mulig måte. Kildekritikken skal vise at man kan forholde seg kritisk til det kildemateriale som benyttes i oppgaven. Hensikten med kildekritikk er at leser skal få ta del i de refleksjoner som har blitt gjort underveis for å belyse problemstillingen best mulig (Dalland, 2012).

Ved utvelgelse av forskningsartikler har jeg benyttet sjekkliste fra kunnskapssenteret for å sjekke troverdigheten til artiklene (Kunnskapssenteret, 2014). Artiklene er fagfellevurdert og troverdige studier som er publisert i anerkjente og internasjonale tidsskrifter. Resultatene i studiene er relevante i forhold til min problemstilling. Jeg har anvendt forskningslitteratur innen de siste 10 år.

Én forskningsartikkel omhandler ansvar for personer med demens i hjemmet. Jeg vurderer at denne artikkelen er relevant for problemstillingen, da mange av de samme problemene i forhold til kommunikasjon med personer med demens oppstår også i sykehjem, og at strategiene som tas i bruk er relevante for ansatte i sykehjem.

Jeg har benyttet litteratur som er relevant for min problemstilling. Forfatterne av bøkene har alle gitt ut flere bøker om demens og jeg vurderer derfor at de har autoritet innenfor mitt tema. Jeg har benyttet noe eldre litteratur, i forhold til tilnærming på sang og musikk, og en bok om tilnærming til utfordrende atferd ved demens. Det sykepleiefaglige perspektivet er belyst ved eldre bøker, men er benyttet fordi oppgaven bygger på teorien til disse forfatterne. Jeg ønsket å bruke primærkilder, derfor er denne eldre litteraturen inkludert. Bøkene til Martinsen er relevante og klassiske bøker innen sykepleie, og er derfor fortsatt aktuelle. Litteraturen om personsentrert omsorg er fortsatt relevant litteratur, som beskriver grunnlaget for tilnærmingen til demens i dag, og regnes som anerkjent litteratur innen området. Én bok er oversatt fra originalspråket engelsk til dansk. Dette kan gjøre at oversetter har tolket annerledes, og at jeg også tolker annerledes fra dansk til norsk når jeg leser.

3.0 Teori

Den teoretiske forankringen viser hva som er relevant for problemstillingen (Dalland, 2012), og teori er valgt på bakgrunn av problemstillingen og dens målgruppe.

3.1 Demens

De fleste som rammes av demens i Norge er over 75 år (Engedal, 2016). Demens er en samlebetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. For å kunne bruke begrepet demens må det kunne påvises en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden (Engedal & Haugen, 2009). I Norge brukes det internasjonale klassifikasjonssystemet for sykdommer i 10.versjon, ICD-10, som setter kriterier og gir en detaljert definisjon for å kunne få diagnosen demens. Her er demens definert som et syndrom som skyldes sykdommer som primært påvirker hjernen etter skader, som ofte er av kronisk eller progressiv karakter. Demens kjennetegnes ved svikt i hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk, regning og dømmekraft. Den kognitive svikten fører med seg svikt i emosjonell kontroll og sosial atferd, og endret personlighet eller motivasjon. Det er et kriterium at den kognitive svikten, spesielt hukommelse, har ført til tap av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter eller har innflytelse på sosialt liv (Helsedirektoratet, 2017).

3.1.1 Symptomer

Kognitive symptomer er sentralt hos de med demens. Hukommelse og oppmerksomhet svekkes, og gjør det vanskelig å tolke inntrykk og oppfatte og forstå ord, sanseinntrykk og handlinger (Berentsen, 2008a). Språkvansker (afasi) er vanlig, og kan sees som usammenhengende tale og ordleting. Ved apraksi har pasienten full forståelse av det som skal gjøres, men manglende evne til å utføre de praktiske handlingene. Agnosi gjør at pasienten ikke kjenner igjen gjenstander og mangler evne til å orientere seg i omgivelsene (Engedal & Haugen, 2009). Den kognitive svikten vil gi konsekvenser for pasientens atferd, og de nevnte symptomene vil gi utfordringer for sykepleier i samhandling med pasienten (Rokstad, 2005).

Atferdsmessige symptomer deles inn i psykiatriske symptomer og atferdsmessige symptomer. Jeg vil her presentere de vanligste psykiatriske symptomene, da atferdsmessige symptomer blir beskrevet i kapittel 3.2.

Apati og passivitet er den atferdsendringen som oppstår oftest ved demens og vises ved at pasienten blir stillesittende og initiativløs (Engedal & Haugen, 2009). Depresjon oppstår hyppig ved demens hvor tristhet, pessimisme og lav selvfølelse er fremtredende symptomer (Hummelvoll, 2014). Sinne, uro og irritabilitet kan være en måte å formidle depresjon på. Angst er et vanlig symptom hvor engstelse og indre uro er fremtredende, hvor årsaken er ukjent (Berentsen, 2008a).

Motoriske symptomer kjennetegnes ved muskelsvikt og koordineringsvansker.

Koordineringsvansker og apraksi gjør det vanskelig for pasienten å utføre dagligdagse aktiviteter. Den motoriske endringen for pasienten kan også vises ved at pasienten er rastløs og motorisk urolig (Engedal & Haugen, 2009).

3.1.2 Faser av demens

Ved *mild grad av demens* ser man de første tegn til mental svikt i form av sviktende hukommelse, spesielt for hendelser i nær fortid. Personen kan ha vanskelig for å ha tidsperspektiv. Språkvansker viser seg i form av ordlettingsproblemer og lite taleflyt. For noen kan dagligdagse aktiviteter som matlagning og av- og påkledning være vanskelig (Berentsen, 2008a). *I den moderate fasen* har hukommelsen og evnen til å løse problemer blitt dårlig. Personen blir lett forvirret under stress, og har vansker med å bruke sine tillærte mestringsevner. Kommunikasjonsproblemer oppstår grunnet manglende evne til å uttrykke seg verbalt og forstå det som blir sagt. Fordi personen mister flere og flere funksjoner kommer han ofte i kontakt med helsevesenet i denne fasen (Engedal & Haugen, 2009). *I den alvorlige fasen* er hukommelsen så svekket at personen bare kan huske bruddstykker av opplevelser fra tidligere i livet. Orienteringsevne for tid, sted og situasjon er borte, og ordforrådet er svært begrenset, i likhet med evnen til å forstå hva andre sier. Inkontinens for urin og avføring, og motoriske symptomer oppstår. Personen er derfor avhengig av hjelp døgnet rundt (Berentsen, 2008a). Moderat og alvorlig fase vil være fasene som er aktuelle for min problemstilling i denne oppgaven.

3.2 Utfordrende atferd hos personer med demens

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av symptombildet ved demenssykdom. Disse symptomene omtales ofte som atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens. Ulike demenssykdommer vil gi spesifikk atferdsproblematikk, men utfordrende atferd som symptom vil oppstå uavhengig av hva slags demenssykdom som foreligger (Rokstad, 2005). Det skilles ofte mellom verbal atferd og fysisk atferd, hvor fysisk atferd igjen kan deles inn i fysisk utagering og fysisk uro. Verbal atferd innebærer blant annet roping, skriking, og høy og repeterende tale. Fysisk utagering kan innebære slag, spark, kloring, klamring og biting. Generell fysisk uro regnes som vandring, rastløshet, stadig av- og påkledning, bevegelser som banking og klapping, samt flytting på og samling av gjenstander. Årsaken til utfordrende atferd kan være pasientens reaksjoner på interaksjon med det fysiske og sosiale miljøet, redusert mestringsevne, i tillegg til at pasientens livshistorie og dens sammenheng kan utløse atferden. Fysiske årsaker som smerte, obstipasjon og infeksjoner, bivirkninger av medikamenter etc. kan også være utløsende årsak (Rokstad, 2005).

En annen type utfordrende atferd er irritabilitet og aggressivitet. Grad av demens, type demens, personlighet, manglende forståelse av egen svikt, eller svikt i samhandlingen mellom pasienten og miljøet han lever i kan være av betydning for om slik atferd oppstår. Det skilles mellom angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet. Førstnevnte er aggressiv atferd som oppstår uten forvarsel. Noen pasienter har reagert på denne måten hele livet, mens for andre pasienter kan denne type atferd skyldes biologiske skader for eksempel i frontallappene eller hjernestammen. Forsvarsaggressivitet oppstår som en reaksjon på en hendelse eller en situasjon pasienten finner vanskelig. Denne type atferd ses oftest i samhandling mellom pasienten og personer i miljøet. Overskridelse av intimgrenser og misforståelser av den aktuelle situasjonen kan utløse atferden. I tillegg kan pasienten føle frustrasjon, krenkelse, skam og angst, eller gjenoppleve traumatiske minner som også kan være årsak (Engedal & Haugen, 2009). Roping er en annen atferdsproblematikk som oppleves vanskelig. Noen roper uten pause til man stopper opp og henvender seg til vedkommende, mens andre roper ustanselig selv om det er noen tilstede (Engedal & Haugen, 2009).

Atferd er reaksjoner på indre og ytre stimuli, og atferd som oppleves utfordrende for omgivelsene pasienten befinner seg i kan være pasientens måte å kommunisere at livssituasjonen hans er lite tilfredsstillende. Atferdsendringer blir også beskrevet som uttrykk

for umøtte behov (Rokstad, 2008c). Personer med demens mister i økende grad evnen til å mestre omgivelsenes krav. I tillegg blir terskelen for stress lavere, og sårbarheten øker. Om pasienten opplever overstimulering fra miljøet kan dette resultere i angst og utfordrende atferd (Rokstad, 2005). Å møte personer med demens og utfordrende atferd innebærer å møte et menneske med et langt liv bak seg. Sykepleier kan ikke forholde seg til personen uten å trekke inn kunnskap om personens fortid, levd liv, mestring av hverdagen og vanskelige hendelser i livet. Alle disse tingene kan avspeiles i atferd (Rokstad, 2005). Ved å fokusere på symptomene kan man risikere å behandle symptomene og ikke den bakenforliggende årsaken. To personer med demens kan ha like symptomer, men årsaken til symptomene kan være ulike. Ulik årsak vil gi forskjellige behandlingstiltak. Når man bruker begrepet utfordrende atferd understrekes det at løsningen ligger i forståelsen av atferden, og at tiltakene er å endre pleierens atferd, ta hensyn til aktuelle miljøfaktorer og korrigere forhold hos pasienten selv (Kirkevold, 2009).

3.3 Kartlegging av utfordrende atferd

Det er to hovedgrunner til å kartlegge og analysere utfordrende atferd ved demens. Det er viktig å finne de bakenforliggende årsakene for å kunne velge de mest hensiktsmessige behandlingstiltakene for å forebygge atferden. I tillegg vil en god beskrivelse av atferden, både hvordan den viser seg og frekvens, være et godt utgangspunkt for å evaluere de tiltakene som er iverksatt (Kirkevold, 2009). Systematiske observasjoner og kartleggings skjemaer er viktig for analyse, forståelse og evaluering av atferden. Når man kartlegger tar man utgangspunkt i den atferden pasienten viser, hvem eller hva den er rettet mot, hva atferden går ut på, samt intensitet og varighet. I tillegg vil en innsamling av data med informasjon om pasientens bakgrunn og livshistorie, diagnose og helsemessige forhold, samt vurdering av funksjonsnivå, mestring og relasjon til omgivelsene være viktig for å forstå utfordrende atferd. Ofte vil det være flere faktorer som virker inn (Rokstad, 2008c).

3.3.1 Dementia Care Mapping

Dementia Care Mapping, forkortet til DCM, er et verktøy for å forbedre den personsentrerte demensomsorgen. Metoden går ut på å samle data på detaljert og systematisk vis ved å

observere pasientens atferd i avdelingen. Man nedtegner og vurderer tegn på trivsel og mistrivsel. Tilbakemelding blir gitt til de som har daglig omsorg for pasientene, og kartleggingen synliggjør områder hvor det foreligger forbedringspotensialer. DCM kan være nyttig i utviklingen av en bedre demensomsorg der forebygging av utfordrende atferd er en viktig faktor. Opplevelsesaspektet til den enkelte pasient kommer godt frem, og ved å ha fokus på samhandlingen mellom pasient og pleier kan man iverksette individuelle tiltak tilpasset den enkelte pasient (Rokstad, 2005).

3.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon mellom mennesker foregår på to måter: verbal kommunikasjon, som betyr at vi kommuniserer ved hjelp av ord, og nonverbal kommunikasjon, som betyr at vi kommuniserer ved hjelp av kroppsspråk, mimikk, kroppsholdning, berøring etc. Når vi kommuniserer er målet å formidle noe, og formidlingen består i første omgang av å skape kontakt. Når vi har opprettet kontakt kommer selve budskapet (Berentsen, 2008a).

Kommunikasjonssvikt blir etter hvert et stort problem for personer med demens. Sansesvikt, afasi, konsentrasjonsvansker og psykiatriske symptomer kan vanskeliggjøre kommunikasjonen under samhandling. I tillegg gjør demenssykdom det vanskeligere å motta, filtrere og tolke et budskap. Når pasienten ikke oppfatter hva sykepleier forsøker å formidle blir omgivelsene utrygge og uforutsigbare, og pasienten kan reagere med utfordrende atferd som forsvar (Rokstad, 2005).

I møte med personer med demens med redusert evne til språk og formidling er målet å redusere utrygghet, øke forutsigbarheten og unngå misforståelser i samhandling da dette kan utløse utfordrende atferd (Rokstad, 2005). TANDEM-modellen er basert på kommunikasjonsmodellen til Rüttinger og Sauer (2000). Modellen er videreutviklet til de spesielle problemstillinger rundt kommunikasjon med personer med demens. Modellen tar utgangspunkt i at informasjonsoverføringen deles inn i fire steg, og at det er en sender og mottaker av informasjon. Modellens første steg for en god kommunikasjonsprosess er å presentere informasjon for pasienten. Steg to omhandler at pasienten må ha oppmerksomheten rettet mot den som gir informasjon. Steg tre er at pasienten må oppfatte og forstå informasjonen og meningen i den. Steg fire innebærer at pasienten har fulgt med og

forstått hva sender sier, og skal nå huske det som har blitt sagt (Haberstroh, Neymeyer, Krause, Franzmann & Pantel, 2010).

3.5 Miljøtiltak med fokus på sang og musikk

I demensomsorgen har miljøtiltak som mål å redusere negative følger av sykdommen, slik som utfordrende atferd (Engedal & Haugen, 2009). Miljøtiltak er en aktivitetsrettet form for behandling som tar sikte på å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, i tillegg til å skape trivsel og glede. Fysisk aktivitet, sansehager, bruk av sang og musikk, massasje og berøring, og minnegrupper er noen miljøtiltak som er i bruk i dag (Rokstad, 2008b).

Bruk av sang og musikk i demensomsorgen som terapeutisk virkemiddel har blitt forsket mye på de senere årene og blitt implementert i sykehjem. Det er flere grunner til at sang og musikk er aktuelle terapeutiske tiltak på sykehjem. Musikk er et tiltak som er lite ressurskrevende og gir høy pasienttilfredshet. Musikk gir få bivirkninger, samt effekt i forhold til reduksjon i symptomer og økt velvære (Myskja, 2005). Bruk av musikk i miljøbehandlingen kan være alt fra profesjonell miljøterapi, til aktiv deltakelse i sang, til det å lytte til musikk man liker. Når man bruker musikk i demensomsorgen er målet å stimulere til sosial deltakelse, redusere stress og uro, stimulere positive opplevelser og vekke minner. Sang og musikk kan brukes som tiltak på forskjellige måter for personer med demens, både i gruppe, og individuelt (Rokstad, 2008b). Behandlingsmålene for musikkterapi kan enten ta sikte på økning i generell velvære, eller i reduksjon av spesifikke symptomer. I grupper har ofte musikkterapi et velværemål, mens i individuell musikkterapi er målet å sikte mot reduksjon i spesifikke symptomer (Myskja, 2005).

4.0 Sykepleiefaglig perspektiv

I dette kapitlet presenteres det sykepleiefaglige perspektivet som er sentralt for oppgavens problemstilling.

4.1 Tom Kitwoods teoretiske grunnlag om personsentrert omsorg

Tom Kitwood beskrev fem grunnpilarer innen personsentrert omsorg. Personsentrert omsorg bygger på betydningen av å bevare den personlige identitet hos personer med demens til tross for svekket kognitiv funksjon. Mennesket som har sykdommen skal sees og behandles, ikke bare sykdommen. Hver person er unik og forskjellige fra andre ut ifra personlig historie, kultur, kjønn, livsstil, verdier og interesser. Disse faktorene skal hjelpe sykepleier med å skape en sensitivitet ovenfor pasientens behovsområder (Kitwood, 1999). Den utvidede modellen for demens innebærer å ta hensyn til hvordan hver enkelt person med demens opplever og mestrer sykdommen ut i fra hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner. Disse tingene vil også hjelpe oss å forstå utfordrende atferd. Ondartet sosialpsykologi vil si at egenverdet blir undergravet i omsorgsmiljøet hvor pasientenes behov og rettigheter ikke tas hensyn til, deres negative følelser ignoreres eller underkjennes, eller at pasienten utelukkes fra samværet med andre mennesker. Kitwood påpeker at dette er hendelser som finner sted ubevisst, og at pleiepersonell nesten aldri mener å utsette personer med demens for ondartet sosialpsykologi (Kitwood, 1999). Et viktig element i personsentrert omsorg er å forstå verden fra perspektivet til personen med demens. Man kan få større empati med personer med demens ved å lytte til deres personlige skildringer om hvordan de opplever sykdommen, å være oppmerksom på hva personen sier og gjør, og å prøve å forstå hvordan demens oppleves (Kitwood, 1999). Den nye pleiekulturen setter fokuset på hvert menneskets egenart, og tar sikte på å oppfylle de psykologiske behov. Disse behovene er trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet, og at en god omsorgspraksis innebærer at sykepleier imøtekommer disse behovene og ivaretar de (Kitwood, 1999).

4.2 Kari Martinsens omsorgsteori

Kari Martinsens beskrivelse av sykepleiefaget er bygget opp rundt begrepet omsorg. Hun fremhever tre aspekter ved omsorg. Som moralsk begrep er omsorg knyttet til prinsippet om ansvaret for svake. Mottakeren av omsorg er ikke-selvhjulpne mennesker som er syke eller pleietrengende, slik som personer med demens i moderat og alvorlig fase på sykehjem som er målgruppen i denne oppgaven. Hun mener omsorg som et relasjonelt begrep omfatter et mellommenneskelig forhold mellom to mennesker, hvor omsorg er forbundet med å hjelpe og ta hånd om en annen. Omsorgens fundamentale betydning er bundet i at det mest grunnleggende i menneskers tilværelse er at vi er avhengig av hverandre, og at denne avhengigheten spesielt fremtrer i situasjoner der sykdom, lidelse og funksjonshemming er tilstede (Martinsen, 2003).

Sentralt i omsorg er forståelsen for den andres situasjon, en forståelse sykepleier tilegner seg ved å gjøre ting for og sammen med andre. Forståelsen for den andres situasjon er en forutsetning for å kunne handle omsorgsfullt (Martinsen, 2003). Hun understreker betydningen av sansing, og sier sansing er grunnleggende for all forståelse. Sansene våre gir oss oversikt og en forståelse av situasjonen. Sansene lar oss se den andre i sin helhet (Martinsen, 1993). Dette er vesentlig når man skal forstå og forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Martinsen mener at sykepleiers mål er å virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger. Omsorg som konkret handling krever begrunnelse, og begrunnelsen bygger på sykepleierens faglige og etiske vurdering av situasjonen, og hva som er til det beste for pasienten. Dette kaller Martinsen for faglig skjønn, som er anvendelse og utøvelse av fagkunnskap som tilegnes gjennom praktisk erfaring (Martinsen, 2003). Skjønnen i sykepleien er et tydningsarbeid hvor sansing og fagkunnskap arbeider sammen. Det faglige skjønnen sier noe om den omtenkssomme og reflekterte sykepleier, som tar imot pasientinntrykket med en åpenhet for sansing, og handler slik at pasienten opplever situasjonen som god (Martinsen, 1993).

4.3 Etiske og juridiske rammer

4.3.1 Etikk i sykepleien

I arbeid med personer med demens vil det etiske aspektet være sentralt. Utfordrende atferd vil ofte gjøre at sykepleier står i etiske dilemmaer, for eksempel der det er konflikt mellom pasientens autonomi og sykepleiers plikt til å yte hjelp (Slettebø, 2013). I nærhetsetikk inngår holdninger, væremåte og relasjoner. Nærhetsetikken utspiller seg i relasjoner og fokuserer på det særskilte ved den enkelte situasjon ved å være nær pasienten og tolke pasientens uttrykk (Brinchmann, 2013). Dette er viktig når man skal forstå og forebygge utfordrende atferd. Autonomi, integritet og verdighet er relatert til hverandre. Autonomi vil si retten til å ta egne avgjørelser (Hummelvoll & da Silva, 2014). Ettersom demenssykdommen utvikler seg vil det bli en utfordring for pasienten å ha evne til å ta avgjørelser på egne vegne, og opprettholde sin autonomi (Rokstad, 2008a). Integritet står for menneskers rett til å opprettholde sin verdighet uansett ytre forhold. Personer med demens har i likhet med alle andre mennesker integritet uavhengig av intellektuell evne eller fysisk tilstand (Hummelvoll & da Silva, 2014).

Norsk sykepleierforbund har som ett av sine formål å sikre en høy etisk sykepleiefaglig standard blant sykepleierne og har utarbeidet yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Sneltvedt, 2013). Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleiens grunnlag skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene. Dette er det etiske grunnlaget for all sykepleie. Den fundamentale plikten for sykepleiere er å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Kapittel 2 omhandler sykepleier og pasient og sier at sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket (NSF, 2011). Punktene i kapittel 2 som er spesielt relevant for min oppgave er:

- Punkt 2.1 Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2011, s. 8)
- Punkt 2.3 Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (NSF, 2011, s. 8).

- Punkt 2.4 Sykepleieren fremmer pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (NSF, 2011, s. 8).
- Punkt 2.7 Sykepleieren beskytter pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig rettighetsbegrensning og tvang (NSF, 2011, s. 8).

4.3.2 Juridiske føringer

Lov om kommunale helse - og omsorgstjenester har som formål å blant annet forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjon (Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011). Kvalitetsforskriften gjelder for mottakere av kommunale helse - og omsorgstjenester, slik som målgruppen i denne oppgaven. Kvalitetsforskriften skal bidra til å sikre at pasientene skal få ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel, og forklarer hva som menes med grunnleggende behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Lovens § 4-3 omtaler hvem som har samtykkekompetanse. Samtykkekompetanse kan bortfalle dersom en person på grunn av for eksempel demenssykdom åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket gjelder. Kapittel 4A omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen, og dette kapittelet kommer til anvendelse når helsepersonell yter helsehjelp til pasienter over 16 år som mangler samtykkekompetanse. Formålet med reglene i kapittel 4A er å yte nødvendig helsehjelp for å hindre vesentlig helseskade, samt å forebygge og begrense tvangsbruk. Loven sier at før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt (Pasient – og brukerrettighetsloven, 1999).

Helsepersonellovens formål er å bidra til sikkerhet og kvalitet for pasienter i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten (Helsepersonelloven, 1999). I helsepersonellovens kapittel 2 finner vi krav til helsepersonells yrkesutøvelse. Forsvarlighetskravet i lovens § 4 sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan ventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig

(Helsepersonelloven, 1999). Med andre ord skal helsehjelpen som gis være faglig forsvarlig, og det skal ytes omsorgsfull hjelp.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet belyser jeg problemstillingen og diskuterer ikke-medikamentelle tiltak som kan bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Etter yrkesetiske retningslinjer har sykepleieren ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2011). Sykepleiens forebyggende og helsefremmende funksjon rettes mot både friske og syke, og de som er spesielt utsatt for helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2013), hvor særlig gamle mennesker med demens er en sårbar pasientgruppe. Hos eldre dreier forebyggende helsearbeid seg om å forebygge skade, sykdom og tidlig død, men også om å bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2008). Utfordrende atferd ses på som et belastende symptom ved demenssykdom, og ved å forebygge utfordrende atferd kan sykepleier bidra til å bedre livskvalitet hos pasienten (Rokstad, 2005).

5.1 Kartlegging som grunnlag for forståelse av utfordrende atferd

På sykehjem er det ofte de ansatte som opplever at atferdssymptomene hos en pasient er et problem og at det er et behov for å gjøre noe (Kirkevold, 2009). Hovedregelen er at det er lettere å forebygge utfordrende atferd enn å møte den når den først har oppstått. Det gir en mer positiv opplevelse for de ansatte å være på forskudd, enn å stadig måtte gå inn i vanskelige situasjoner (Rokstad, 2005). For å kunne forstå hva den utfordrende atferden uttrykker og å kunne forebygge den, må en bred kartlegging danne grunnlaget for de behandlingstiltakene som velges (Rokstad, 2008c).

Kitwood (1999) fremhever betydningen av å se pasientens perspektiv i den personsentrerte omsorgen. Sykepleier må sette seg inn i pasientens situasjon og forsøke å forstå grunnen til at han reagerer som han gjør i ulike situasjoner. Dette støttes av Kari Martinsen, som mener at for å kunne handle omsorgsfullt er forståelsen for den andres situasjon en forutsetning (Martinsen, 2003). På den ene siden kan sykepleier observere atferd som oppleves utfordrende for omgivelsene, på den andre siden vil det være vanskelig å forebygge om man ikke forstår hva atferden uttrykker. Martinsen snakker om sansing som det å være oppmerksom og til stede i situasjonen. Slik ser man pasienten og hans uttrykk i sin helhet og

kan tolke hans ønsker og behov (Martinsen, 2000). Alle former for problematferd bør ses på som et forsøk på kommunikasjon, relatert til behov. Sykepleier må forsøke å forstå budskapet, og deretter ta seg av det uoppfylte behovet (Kitwood, 1999). Jo tidligere tegn til utfordrende atferd gjenkjennes og møtes, jo større er sjansene for at forebyggende tiltak har effekt. Sykepleier må forstå hva reaksjonen til pasienten betyr i ulike omsorgssituasjoner. Om man ikke kartlegger pasientens reaksjon på ulike stimuli vil den utfordrende atferden kunne oppstå, og forebyggende tiltak vil være for sent å iverksette (Rokstad, 2005).

Jeg har selv opplevd at pasienter får utfordrende atferd under samhandling med meg, uten å helt forstå hvorfor den oppstod eller om jeg tilnærmet meg feil. En nyttig kartleggingsmetode i tilnærmingen til pasienter med utfordrende atferd er Dementia Care Mapping. Dementia Care Mapping, heretter omtalt som DCM, har som mål å bedre den personsentrerte demensomsorgen (Rokstad, 2005). I den personsentrerte omsorgen skal mennesket være i fokus, ikke sykdom, symptomer og rutiner (Kitwood, 1999). Jøranson & Hauge (2011) har gjort en studie som viser at DCM ga de ansatte en økt bevisstgjøring på hvordan de utøver sin daglige omsorg, og hvordan deres handlinger og eventuelt mangel på handlinger, påvirker pasientenes opplevelser. De så lettere det individuelle i hver pasient, og opplevde at DCM ga et forsterket pasientfokus. Dette støttes av funn i studien til Rokstad og Vatne (2011). Her kommer det frem at DCM gjorde de ansatte bevisst på å følge pasientens rytme og rutiner, ikke at pasienten må følge de ansatte sine (Rokstad & Vatne, 2011). Min erfaring fra praksis er at om man er fleksibel og tilpasser dagen etter pasienten vil man lettere unngå at utfordrende atferd oppstår. Thorvik, Helleberg & Hauge (2014) har gjort en studie for å identifisere hva som kjennetegner god omsorg for urolige personer med demens. De slår fast at dette blant annet innebærer at de ansatte er fleksible og tåler rutinebrudd. Om pasienten ikke vil stå opp, prøver man flere ganger og avventer pasientens respons før man tar nye initiativ for å hindre at utfordrende atferd oppstår (Thorvik et al., 2014). Dette er i tråd med omsorgstenkingen til Kari Martinsen og kan kalles å bruke faglig skjønn, hvor handlingen begrunnes i en faglig og etisk vurdering av situasjonen. Martinsen (2003) er opptatt av å handle etter hvordan situasjonen oppleves der og da. Hun mener at sykepleier må se den enkelte pasient, ha forståelse for hans situasjon, og virkeliggjøre omsorg gjennom konkrete handlinger ut fra en faglig vurdering av hva som er til pasientens beste. Å handle konkret er å vektlegge det unike ved situasjonen. Dette underbygges igjen i forsvarlighetskravet som sier at sykepleier skal ta hånd om pasientenes grunnleggende og situasjonsbetingede behov (Helsepersonelloven, 1999). Faglig forsvarlighet fordrer at hjelpen som gis bygger på

kunnskap, vitenskap og erfaring, ut ifra hva det er behov for og nyttig å gjøre i den enkelte situasjon (Molven, 2012). DCM gjorde de ansatte bevisst på de individuelle behovene til pasientene som utløser trivsel og mistriivsel (Rokstad & Vatne, 2011), noe som kan dempe forekomsten av utfordrende atferd. Kitwood fremhever at personsentrert omsorg er mer enn individer som tar seg av individer, men at det er snakk om et helt team av mennesker som arbeider sammen mot et felles mål. En velutdannet personalgruppe er nødvendig for å få til en kulturell forandring i en avdeling (Kitwood, 1999). Jøranson & Hauge (2011) påpeker i sin studie viktigheten av at en DCM-implementering blir innført i hele personalgruppen i avdelingen. Deres studie viste at de som ikke deltok i DMC-implementeringen ikke fikk den samme forståelsen av personsentrert omsorg, og at dette ga et skjevt faglig nivå i avdelingen.

Det finnes andre kartleggingsmetoder enn DCM man kan ta i bruk i en sykehjemsavdeling. Kartlegging av utfordrende atferd skal være systematiske og målrettede observasjoner. Dette forutsetter at de ansatte vet hva de skal observere (Rokstad, 2008c). I løpet av et døgn på sykehjem vil ofte mange ansatte være innom en pasient. Fordelen er at det da er flere øyne som ser og observerer atferden. En negativ side ved dette er at i en stor personalgruppe er det ofte ulik oppfatning om hva som er årsaken til atferden hos pasientene (Rokstad, 2005). Jeg har selv opplevd at registrering av atferd kan være utydelig, og vært usikker på hva det faktisk er jeg skal observere. Om et kartleggings skjema ikke er konkret og enkelt å forstå for samtlige, vil dette kunne gjøre kartleggingen personavhengig og preget av synsing. Man må hindre at synsing gir grunnlag for tiltakene man iverksetter. Derfor er det viktig at det er tydelig for samtlige ansatte hva de skal observere og hvorfor man gjør det. På denne måten vil man bli kjent med pasientens reaksjonsmønster og atferdsmønster, og kan lettere forebygge utfordrende atferd fordi man forstår sammenhengen i hvorfor atferden utløses. En kartlegging vil derfor ofte identifisere de situasjonene som man erfaringsmessig vet utløser atferden og gjør det lettere å sette inn tiltak for å forebygge den (Rokstad, 2005).

Kitwood (1999) fremhever at personer med demens er enkeltindivider, med en unik personlighet og bakgrunn og ulike behov. Utfordrende atferd kan settes i sammenheng med livshistorie, personlighet og tidligere opplevelser, samt sosiale forhold (Rokstad, 2005). Martinsen (2003) mener man må ta utgangspunkt i dette for å yte god sykepleie. Dette støttes av forskning, som viser at å ha kunnskap om demenssykdommer og kjenne til pasientens tidligere liv er viktig for å utøve god omsorg for personer med demens (Thorvik et al., 2014). En kartlegging av livshistorie og personlighet vil gi oss kunnskap om dette (Rokstad, 2005).

Min opplevelse er at på sykehjem er det kultur for at pasienter spiser måltider sammen. På den ene siden kan å spise med andre bedre appetitt og hindre ensomhet (Brodtkorb, 2008), men jeg har også opplevd at fellesmåltider kan bety mye støy og bevegelser, noe noen pasienter reagerer negativt på. Om pasienten føler seg ukomfortabel i en sosial setting, i samspill med at han ikke føler mestring i forbindelse med et måltid, vil frustrasjon og utfordrende atferd kunne oppstå (Rokstad, 2005). Jeg har opplevd at dagsformen til pasientene varierer fra en dag til en annen, og at det kan variere fra dag til dag om pasienten klarer å spise selv uten hjelp. Å ikke mestre noe du klarte uten hjelp tidligere, kan være frustrerende og utløse utfordrende atferd (Rokstad, 2008c). Kvalitetsforskriften påpeker at pasienter har rett til tilpasset hjelp ved måltider på sykehjem (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Dette forutsetter at sykepleier vet hva pasienten trenger hjelp til. Martinsen (2000) sier at sykepleier må hjelpe ut ifra den enkeltes pasientens særpreg, på den måten som han trenger det. Et måltid gir mulighet for kartlegging av pasientens mestringsevne og sosiale ferdigheter, og kan forebygge utfordrende atferd ved at man iverksetter hjelpende tiltak (Rokstad, 2008b). Med bakgrunn i varierende dagsform og mestringsevne vil man kunne få en mangelfull kartlegging om man gjennomfører kartlegging én dag. Dette kan igjen føre til at pasientens behov ikke blir godt ivaretatt. Dette underbygger viktigheten av å kartlegge over tid. Gjentatte registreringer over tid skal danne utgangspunktet for behandlingstiltak og vurdering av disse (Rokstad, 2005).

Kartlegging i seg selv vil kunne identifisere atferden og hva den skyldes ved bruk av grundige observasjonsmetoder, men kartlegging vil derimot ikke virke forebyggende dersom man ikke iverksetter tiltak, følger opp og evaluerer effekten av disse tiltakene (Rokstad, 2005). Felles refleksjon er fremhevet som en positiv del av DCM-prosessen fordi det bidrar til å utvide eget perspektiv (Rokstad & Vatne, 2011). Dersom man drøfter resultater av kartlegging i personalgruppen som omgås pasienten til daglig vil man sammen kunne finne forebyggende tiltak tilpasset den enkelte pasient (Rokstad, 2005). Det negative med en DCM-prosess er at det kun går over noen dager og at det er en sertifisert kartlegger som gir konkrete tilbakemeldinger (Rokstad & Vatne, 2011). Det blir derfor opp til de ansatte å jevnlig finne tid til refleksjon, og gi hverandre tilbakemeldinger i den daglige omsorgen for personer med demens.

5.2 Kommunikasjonsferdigheter som forebyggende tiltak

Når personer med demens blir spurt om hva de synes er viktig i forbindelse med livskvalitet, nevner de fleste samspill og kommunikasjon (Wogn-Henriksen, 2008). Haberstroh et al. (2010) har gjort en studie hvor målet var å øke omsorgsgivers bruk av kommunikasjonsstrategier ved hjelp av TANDEM-kommunikasjonsmodell, og på den måten bedre livskvaliteten til personen med demens. Jeg har selv opplevd at kommunikasjonssvikt utløser utfordrende atferd. Om pasienten ikke forstår hva som skjer under samhandling gjør han ofte motstand og reagerer med aggresjon (Kirkevold, 2009). Derfor er det viktig å øke forutsigbarheten og tilrettelegge for at pasienten skal forstå, for å unngå at misforståelser og utfordrende atferd oppstår (Berentsen, 2008a). Martinsen fremhever at vi inngår i relasjoner der vi er gjensidig avhengige av hverandre (2003). Et konkret eksempel på dette er under kommunikasjon, hvor man er avhengig av samspill mellom sykepleier og pasient for at kommunikasjonsprosessen skal bli vellykket. Om vi tar utgangspunkt i TANDEM-modellens kommunikasjonsstrategier vil man i første steg presentere informasjonen for pasienten. Her må man ha fokus på å tolke pasientens uttrykk og signaler. Følger man modellen videre må man sørge for at pasienten er oppmerksom på deg. Dette steget kan vanskeliggjøres grunnet den kognitive svikten og svekket oppmerksomhetsevne hos pasienten. Ved svekket oppmerksomhetsevne må man fjerne distraksjoner som TV og radio, såfremt pasienten synes dette er greit (Haberstroh et al., 2010). På denne måten ivaretar sykepleier pasientens rett til å være medbestemmende (NSF, 2011). Sykepleier må være tilstede i øyeblikket, søke øyekontakt og rette seg mot pasienten (Haberstroh et al., 2010). Dersom man i stedet snakker i forbifarten når pasienten ikke er oppmerksom, vil det være vanskelig for pasienten å oppfatte budskapet. Om kommunikasjonen er uklar vil risikoen for misforståelser og utrygghet øke, som igjen gir forvirring og uro (Rokstad, 2005). Steg tre i kommunikasjonsprosessen innebærer at pasienten må forstå informasjonen og meningen i den. Her må sykepleier gi tydelig informasjon med korte setninger, og på en tone som er ment for voksne mennesker. For å bedre forståelsen må verbalt språk forsterkes med nonverbale handlinger. De nonverbale handlingene må sammenfalle med det verbale språket for å unngå at pasienten blir forvirret. Det fjerde og siste steget i modellen innebærer at pasienten må huske informasjonen som har blitt presentert. Personer med demens har vansker for å huske særlig nye opplevelser (Haberstroh et al., 2010). Kommunikasjonsstrategiene i denne studien samsvarer med de som blir presentert i artikkelen til Young (2012). Demenssykdom kan gjøre

det vanskelig å fullføre alle disse stegene, og kommunikasjonen kan bryte sammen tidlig i prosessen. For å øke muligheten for god samhandling og forståelse, og på den måten hindre at utfordrende atferd oppstår, vil det allikevel være et godt utgangspunkt å følge TANDEM-modellens steg og strategier slik jeg ser det. Studien konkluderer med at ved bruk av disse strategiene økte livskvaliteten til personer med demens. Men den slår også fast at hver person med demens er unik, med sine individuelle styrker og svakheter, og derfor trenger individuelle strategier i kommunikasjon (Haberstroh et al., 2010). For å tilrettelegge for god kommunikasjon og hindre at utfordrende atferd oppstår må kommunikasjonen tilpasses den enkelte pasients forutsetning. Dette gjør man ved å kartlegge pasientens kommunikasjonsevne (Berentsen, 2008a).

TANDEM-modellen påpeker at man skal gi informasjon og kommunisere på en måte man gjør til voksne mennesker, for å beskytte egenverdet til pasientene (Haberstroh et al., 2010). Sykepleiers oppførsel og holdninger under kommunikasjon kan påvirke pasienten i positiv eller negativ retning (Berentsen, 2008a). Elderspeak er en kommunikasjonsform som kan sammenlignes med babyspråk. Ord og grammatikk forenkles, man forkorter setninger, øker eller senker volum på stemmen, snakker saktere og gir upassende kallenavn til pasientene. Forskning viser at sannsynligheten for at utfordrende atferd oppstår og at personer med demens motsetter seg hjelp til pleie, er merkbart høyere når ansatte bruker elderspeak, enn ved normal tale man vil bruke til en voksen person (Cunningham & Williams, 2007). Yrkesetikken fremhever at pasientene har rett til å ikke bli krenket og få ivaretatt sin verdighet og integritet (NSF, 2011). Bruk av elderspeak er en kommunikasjonsform som oppleves nedverdiggende og nedlatende for personer med demens (Cunningham & Williams, 2007). Kitwood (1999) kaller en slik form for barnliggjørelse av personer med demens for ondartet sosialpsykologi som er med på å depersonalisere pasienten og er skadelig for den personlige identitet.

Utfordrende atferd oppstår ofte i samhandling mellom pasient og pleier (Engedal & Haugen, 2009). Young (2012) påpeker i sine praktiske råd for kommunikasjon med personer med demens, betydningen av å ikke bli for pågående i tilnærmingen da dette kan utløse utfordrende atferd. Sykepleier må vurdere og reflektere over om det er noe hun gjør eller sier som er årsaken til pasientens atferd (Young, 2012). For meg fremhever dette viktigheten av å tolke pasientens signaler når sykepleier handler. Interaksjon handler ikke bare om å respondere på signaler, men også om å fange opp og reflektere over de betydningene den

andre kommuniserer. Om sykepleier ikke kan tolke meningen i kroppsbevegelser og verbale uttrykk har en del av den personlige identiteten til pasienten gått tapt (Kitwood, 1999). En positiv side ved å være oppmerksom på signaler er at man handler ut i fra pasientens uttrykk. Det negative ved dette er at antakelser må testes ut ved handling, og dersom sykepleier misforstår hva pasienten uttrykker kan dette utløse frustrasjon og utfordrende atferd (Rokstad, 2005). Om det verbale språket gir lite uttrykk for hvordan pasienten har det, må sykepleier være oppmerksom på hva pasienten formidler nonverbalt (Berentsen, 2008a). Å tolke nonverbale signaler innebærer å være oppmerksom på pasientens ansikt, blick, kroppsspråk, stemme etc. (Eide & Eide, 2010). Nonverbal kommunikasjon blir viktigere for personer med demens i takt med at evnen til verbalt språk og evnen til å forstå tale svekkes ettersom sykdommen utvikler seg (Young, 2012). Nærhetsetikken legger fokuset på samspillet mellom to individer, og er viktig for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens fordi den gjør oss oppmerksom på det pasienten uttrykker ved å være nær han (Brinchmann, 2013). Trøst er blant de psykologiske behovene til personer med demens. Trøst kan gi en trygghetsfølelse og virke beroligende som følge av å være nær en annen (Kitwood, 1999). Berøring har et trøstende preg og formidler sympati og omsorg. Mange personer med demens har angst som igjen kan gi engstelse og uro. Under episoder med angst kan det føles trygt å bli berørt. Om pasienten reagerer positivt på berøring vil allikevel være betinget av situasjonen og avhenge fra person til person (Eide & Eide, 2010).

Haberstroh et al. (2010) viser i sin forskning at det er mange faktorer å ta hensyn til under kommunikasjon med personer med demens. Etter pasient – og brukerrettighetsloven har pasienter rett til informasjon som er tilpasset den enkeltes forutsetninger (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere understreker dette med at sykepleier skal fremme pasientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon (NSF, 2011). Jeg har erfart ved flere tilfeller at personer med demens kan motsette seg hjelp til pleie. Et spørsmål man kan stille seg er; Hvorfor vil ikke pasienten ta imot hjelp? Berentsen (2008a) skriver at dette kan skyldes at pasienten ikke har fått informasjon på en klar og tydelig måte, og kanskje ikke fått tid til å oppfatte informasjonen. Personer med demens i moderat og alvorlig fase vil ofte ikke ha samtykkekompetanse. Sykepleier må ta stilling til om helsehjelpen man forsøker å yte er nødvendig for å hindre vesentlig helseskade for pasienten, og før det kan ytes helsehjelp som pasienten motsetter seg, må tillitsskapende tiltak ha vært forsøkt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Yrkesetiske retningslinjer sier at sykepleier skal beskytte

pasienten mot krenkende handlinger, slik som unødvendig bruk av tvang (NSF, 2011). Kitwood snakker om positivt personarbeid som det som fremmer pasientens personlighet. Han trekker frem anerkjennelse, forhandling og samarbeid, hvor pasienten anerkjennes som person, får være med å ta egne beslutninger, og hvor pasient og pleier samarbeider om en omsorgssituasjon. Omsorg er ikke noe man skal gjøre for en person hvor pasienten får en passiv rolle, omsorg er når pasienten er inkludert med eget initiativ og evner (Kitwood, 1999). Om sykepleier på den andre siden overkjører pasienten og ikke inkluderer han i avgjørelser vil pasienten krenkes og bli fratatt sin autonomi, og dermed miste sin rett til å være medbestemmende (Rokstad, 2008a). Krenkelse kan igjen være direkte årsak til at utfordrende atferd utløses (Engedal & Haugen, 2009). Rokstad (2005) skriver at sykepleier må være åpen for forandring underveis i en handling. Man må ha en forståelse for pasientens situasjon, lytte til hans signaler fortløpende og gjøre endringer i handlingen som trengs. Forskning viser at for å forebygge utfordrende atferd under samhandling må en handling aldri startes uten å innlede den. Man må forklare for pasienten hva man skal gjøre, eller hva man ønsker at pasienten skal gjøre (Young, 2012). Om pasienten ikke oppfatter verbalt språk kan samhandling om en omsorgssituasjon allikevel bli vanskelig og resultere i forsvarsaggressivitet fra pasienten sin side. Selv om pasienten blir forklart hva som skal skje kan han bli engstelig og redd når personalet handler fordi trygging gjennom det verbale språket ikke når frem. Dette kan gjøre at pasienten reagerer med utagering som forsvar (Rokstad, 2005). Martinsen (2003) mener en pleiesituasjon bør gjøres så enkel som mulig, uten mange fremmedord og fremmede gjenstander. På denne måten blir pasienten deltaker, og situasjonen mellom pasient og sykepleier oppleves trygg og kjent.

5.3 Bruk av sang og musikk som forebyggende miljøtiltak

Aktivitetsrettede miljøtiltak som sang og musikk bør gi pasienten følelsen av å være til nytte og fremme mestring (Rokstad, 2008b). At pasienten ikke lenger mestrer aktiviteter han gjorde tidligere er en av de negative følgene av demenssykdom (Engedal & Haugen, 2009). Redusert mestringsfølelse vil som tidligere nevnt i oppgaven kunne utløse utfordrende atferd. Jeg har tidligere i oppgaven skrevet om kartlegging som et forebyggende tiltak i møte med utfordrende atferd. Myskja (2005) skriver om metoden individualisert musikk, som er spesielt tilpasset pasienter på sykehjem. Individualisert musikk betyr at musikken er tilpasset

pasientens preferanser. En kartlegging vil klargjøre på forhånd hva slags musikk pasienten liker (Myskja, 2005). Om man ikke vet hva slags musikk pasienten liker, kan man velge noe pasienten opplever som støy, som kan skape irritasjon og uro og utløse utfordrende atferd i stedet for å forebygge den (Rokstad, 2008b). En erfaring jeg har fra sykehjem er at ansatte setter på radio eller CD-spiller i fellesstue hvor pasientene sitter sammen. Jeg opplever at det er vanskelig å ivareta pasientenes ulike musikkønsker i en fellesstue, fordi pasientene ofte har ulike musikkpreferanser. Man setter da gjerne bare på en tilfeldig CD. Jeg har opplevd at musikken ofte blir stående på lenge, fordi man glemmer å skru den av, og at etter en stund oppleves musikken som støy for enkelte pasienter, og uro oppstår. Myskja (2005) skriver at mange eldre har begrenset toleranse for stimuli, og overstimulering kan utløse utfordrende atferd.

Ridder, Stige, Qvale & Gold (2013) har gjort en studie hvor individuell musikkterapi ble brukt i form av sang, dans og bevegelse til musikk og lytting til musikk. Familiemedlemmer eller personal har deltatt i en kartlegging av pasientens musikkpreferanser, og på denne måten er musikkterapien individualisert. Personene som deltok i studien hadde moderat til alvorlig demens og alle viste symptomer på utfordrende atferd. Studien har en personsentrert tilnærming, hvor målet med musikkterapien var å legge til rette for initiativ, engasjement og livsutfoldelse, og å styrke pasientenes egenverd. Funn viser at jevnlig bruk av musikkterapi reduserte forekomsten av utfordrende atferd sammenlignet med standard pleie (Ridder et al., 2013). Selv om studien tar sikte på å måle forekomsten av utfordrende atferd, ble ikke musikkterapi brukt som fokus på å redusere forekomsten av det. Forskerne forklarer at musikkterapi og utfordrende atferd ble antatt å være koblet på en måte slik at når utfordrende atferd ble redusert, kunne dette skyldes at de psykologiske behovene til pasienten ble oppfylt ved bruk av musikkterapi (Ridder et al., 2013). Det må påpekes at denne studien er utført av en utdannet musikkterapeut. Noen sykehjem har ansatt musikkterapeuter, men dette er ikke noe alle sykehjem har tilgang til. Rokstad (2008b) skriver at ved mangel på musikkterapeut kan mye allikevel gjøres av andre i avdelingen. Ved å lese på hvilken måte musikkterapeuten benyttet musikk i denne studien vil det slik jeg ser det være mulig for sykepleier og andre ansatte i avdelingen å gjennomføre noe av dette uten å være musikkterapeut.

Å hjelpe pasienten med å ivareta personlig hygiene er en vanlig omsorgssituasjon sykepleier vil utøve i sykehjem. Ved gjennomgang av litteratur, og ved egne erfaringer er det tydelig at stell står frem som en av situasjonene som utløser utfordrende atferd spesielt i form av fysisk

utagering og aggresjon. Stell er en intim situasjon som innebærer avkledning og er en sårbar situasjon for pasienten (Engedal & Haugen, 2009). En studie tar for seg bruk av sang under morgenstell, hvor det er pleier som synger under interaksjonen (Hammar, Emami, Engström & Götell, 2011). Sangene som ble sunget var salmer og barnesanger som personen med demens gjerne ville kjenne igjen fra sin ungdom. Pasientene viste mer motvilje og fysisk utagering under det vanlige stellet enn under stell med musikkterapi. Under morgenstell med musikkterapi responderte pasienten mer, hadde øyekontakt og deltok mer i selve oppgaven i samhandling med pleier, og på den måten opplevdes stellet mindre ukomfortabelt for pasienten (Hammar et al., 2011). Jeg har selv gode erfaringer med bruk av sang under morgenstell hvor målsettingen er å forebygge utfordrende atferd. Et eksempel er når jeg ser at et engstelig og anstrengt ansiktsuttrykk hos pasienten endrer seg til et smil når jeg synger en sang han kjenner igjen. Min arbeidsplass er en såkalt ”syngende eldreinstitusjon” hvor sang brukes aktivt i den daglige pleien for personer med demens. Jeg opplever at bruk av sang er et enkelt tiltak sykepleier kan benytte for å forebygge utfordrende atferd og gi velvære til personer med demens, da det ikke krever andre instrumenter enn din egen sangstemme. Sang kan brukes selv om pasienten har redusert språkfunksjon fordi ordene kommer lettere i sang enn i en samtale. Sang og musikk gir en helhetlig stimulering av hjernen, og melodien i sangen kan vekke minner om hvordan teksten er (Berentsen, 2008a). Et fellestrekk ved studiene til Ridder et al. (2013) og Hammar et al. (2011) var at det ble benyttet kjente og kjære sanger fra pasientens fortid. Om sykepleier spesielt synger sanger fra pasientens ungdomstid kan ordene komme nesten automatisk fordi dette er sanger pasienten har lært og sunget mye, og det gir mestringsfølelse å kunne syng med i en sang (Berentsen, 2008a). På denne måten kan sang og musikk uttrykke følelser og skape kommunikasjon mellom pasienten og den som synger (Berentsen, 2008b). Dette støttes i studien til Ridder et al. (2013), hvor bruk av sang og musikk skapte et bånd og tillitsforhold mellom musikkterapeut og pasient. Sykepleier må allikevel være bevisst på at de fleste personer med demens på sykehjem er eldre, og har sansetap i form av redusert syn og hørsel, i tillegg til at mange har redusert stemmekvalitet og afasi. Mange vil oppleve redusert mestring, og man må derfor være forsiktig med å stille krav i forbindelse med sang og musikk, slik at hensikten med å forebygge utfordrende atferd ikke resulterer i at man heller utløser den (Myskja, 2005). Myskja (2005) skriver at den kognitive svikten ved demens kan føre til at omgivelsene virker utrygge og at det derfor er viktig at bruk av musikk foretas i en trygg og støttende ramme. Dette støttes i studien til Ridder et al. (2013), hvor musikkterapeut ble gjort oppmerksom på å skape en trygg setting når musikkterapi skulle benyttes.

Når man skal bruke sang og musikk i demensomsorgen må sykepleier være bevisst på hva man ønsker å oppnå for den enkelte pasient ved å ta i bruk musikk (Berentsen, 2008a). Om en pasient har utfordrende atferd i form av vandring og motorisk uro vil det være en fordel å benytte musikk som kan redusere aktivitet - og spenningsnivået. Vandring er en form for utfordrende atferd som er en belastning for miljøet. Et nødvendig tiltak i forebyggende sammenheng er å hindre at uro i form av for eksempel vandring smitter over på andre pasienter og skaper ytterligere uro på avdelingen (Rokstad, 2005). I noen tilfeller må personalet bidra til å hjelpe pasienten med å slappe av, og finne hjelp til avspenning. Ifølge Kitwood er dette positivt personarbeid (Kitwood, 1999). Når man bruker musikk til avspenning bør rytmen i musikken man velger virke beroligende og avslappende, og musikken bør være kjent for pasienten slik at den virker trygghetsskapende. Musikken bør ikke inneholde sangtekster, slik at pasienten ikke bruker unødvendig energi på å forsøke å forstå ordene i teksten. Målet med musikk som avspenning er å lytte til og finne hvile i musikken, da hvile og ro kan motvirke stress og uro hos pasienten (Rokstad, 2008b).

På den andre siden har man musikk med raskt tempo og rytme. Dette brukes når man ønsker å stimulere til aktivitet og bevegelse, for eksempel hos pasienter som er passive og apatiske. Musikk med rytme er en form for musikkterapi som er mye i bruk i gruppe, hvor musikken skal bidra til glede og aktivitet (Rokstad, 2008b). Kitwood (1999) nevner tilknytning, inklusjon og beskjeftigelse som psykologiske behov hos personer med demens. Han mener mennesker er sosiale vesener, som har behov for tilknytning til andre, og at dette behovet stiger ved demenssykdom. Dette støttes av Kari Martinsen som mener at mennesker er avhengig av hverandre, særlig i situasjoner der sykdom og lidelse er tilstede (Martinsen, 2003). Kitwood nevner videre inklusjon. Inklusjon innebærer at man tilhører en sosial relasjon i en gruppe. Om behovet for inklusjon ikke dekkes, kan personen bli isolert og ensom (Kitwood, 1999). Kvalitetsforskriften sier at brukere av pleie – og omsorgstjenester skal få ivaretatt sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Beskjeftigelse innebærer å være involvert i en aktivitet som ivaretar personens evner (Kitwood, 1999), og pasienter på sykehjem har krav på tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Personalet i en sykehjemsavdeling vil ha ansvar for å tilrettelegge for at pasienten kan opprettholde sosiale relasjoner, og bruk av musikk som gruppeaktivitet kan brukes som et samlingspunkt hvor målsettingen er å skape trivsel og glede. På denne måten kan musikk hindre isolasjon og ensomhet (Rokstad, 2008b). Endring i

sosial fungering og samvær med andre er en av de positive effektene ved bruk av miljøtiltak (Engedal & Haugen, 2009). Man må allikevel ta hensyn til pasientens sosiale fungering, da interaksjon med det fysiske og sosiale miljøet kan være av betydning for om utfordrende atferd oppstår (Rokstad, 2008c).

6.0 Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å sette fokus på ikke-medikamentelle tiltak som sykepleier kan ta i bruk for å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens krever en helhetlig og personsentrert tilnærming. Det stilles krav til sykepleiers evne til forståelse for å kunne identifisere hva den utfordrende atferden uttrykker, og dermed kunne forebygge den. Ved å kartlegge utfordrende atferd danner man grunnlaget for forståelse av atferden, og kan lettere se den enkelte pasients behovsområder. Dette krever at sykepleier er tilstede og oppmerksom i øyeblikket. Bruk av fagkunnskap i kombinasjon med sansing er nødvendig for at sykepleier skal få en forståelse av pasientens opplevelse, og hva han uttrykker med sin atferd. Under kommunikasjon har sykepleier en viktig rolle i å legge til rette for en god samhandling tilpasset den enkelte pasient. For å forebygge utfordrende atferd ved bruk av kommunikasjon må sykepleier inneha gode kommunikasjonsferdigheter og holdninger, og samtidig være oppmerksom på pasientens uttrykk ved å være nær han. Bruk av sang og musikk som terapeutisk virkemiddel kan ha en forebyggende effekt dersom sykepleier bruker det målrettet og i riktig situasjonssammenheng. Ved hjelp av fag- og forskningslitteratur har jeg hatt som mål å vise sider ved ulike ikke-medikamentelle tiltak og effekten av disse. Tiltakene jeg har presentert kan alle ha en forebyggende effekt på utfordrende atferd hos personer med demens.

7.0 Litteraturliste

Berentsen, V.D. (2008a). *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse

Berentsen, V.D. (2008b). 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

Brinchmann, B.S. (2013). Nærhetsetikk. I B.S Brinchmann (red). *Etikk i sykepleien* (3.utg., s 117-132). Oslo: Gyldendal Akademisk

Brodtkorb, K. (2008). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 254-266). Oslo: Gyldendal Akademisk

Cunningham, C., & Williams, K.N. (2007). A Case Study of Resistiveness to Care and Elderspeak. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*. 21(1), 45-56. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e77a824d-94d0-42f1-b828-2c1ca1287494%40sessionmgr102&vid=9&hid=115>

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

Eide, H., & Eide, T. (2010). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk.* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk

Engedal, K. (2016). *En bok om demens: Husk meg når jeg glemmer.* Oslo: Pax Forlag A/S.

Engedal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer* (5.utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

Haberstroh, J., Neumeyer, K., Krause, K., Franzmann, J., & Pantel, J. (2010). TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging and Mental Health*. 15(3), 405-413. doi: 10.1080/13607863.2010.536135

Hammar, L.M., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2011). The impact of caregivers' singing on expression of emotion and resistance during morning care situations in persons with dementia: an intervention in dementia care. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7/8), 969-978. doi: 10.1111/j.1365-2702.03386.x

Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 219-236). Oslo: Gyldendal Akademisk

Helsedirektoratet (2017). ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599459>

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

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

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

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

Hummelvoll, J.K. (2014). Depresjon og sorg. I J. K. Hummelvoll. *Helt- ikke stykkevis og delt* (7.utg., s. 193-221). Oslo: Gyldendal Akademisk

Hummelvoll, J.K., & da Silva, A.B. (2014). Relevante etiske grunnbegreper, teorier og perspektiver i psykisk helsearbeid. I J. K. Hummelvoll. *Helt- ikke stykkevis og delt* (7.utg., s. 83-109). Oslo: Gyldendal Akademisk

Jøranson, N., & Hauge, S. (2011). Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling. *Sykepleien Forskning*, 6(4), 376-382. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0187

Kirkevold, Ø. (2009). Utfordrende atferd, forståelse og behandling. I K. Engedal & P.K. Haugen. *Lærebok demens: Fakta og utfordringer* (5.utg.). Tønsberg: Aldring og helse.

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. København: Munksgaard

Kunnskapssenteret (2014). Sjekklistene for vurdering av forskningsartikler. Hentet 04.04.2017 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. 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. (2003). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Langballe, E.M., & Hånes, H. (2015). Demens - faktaark. Hentet 03.03.2017 fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/demens/>

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

Martinsen, K. (1993). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: TANO

Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin. Historisk-filosofiske essays*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget

Molven, O. (2012). *Sykepleie og jus*. (4.utg). Oslo: Gyldendal Juridisk

Myskja, A. (2005). Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(11), 1497-1499. Hentet fra:
<http://tidsskriftet.no/2005/06/tema-sykehjemsmedisin/bruk-av-musikk-som-terapeutisk-hjelpemiddel-i-sykehjem>

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2013). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D-G, Stubberud & R. Grønseth (red). *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 17-31). Oslo: Gyldendal Akademisk

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

Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A.H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (red). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (s. 137-147). Oslo: Gyldendal Akademisk

Ridder, H.M.O., Stige, B., Qvale, L.G., & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging and Mental Health*, 17(6), 667-678. doi: 10.1080/13607863.2013.790926

Rokstad, A.M.M., & Vatne, S. (2011). Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*, 6(1), 28-34. doi: 10.4220/sykepleienf.2011.0043

Rokstad, A.M.M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og helse

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* (s. 60-86). Oslo: Akribe AS

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

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

Smebye, K.L. (2008). Å møte personer med demens. I A.M.M. Rokstad & K.L. Smebye (red). *Personer med demens. Møte og samhandling* (s. 13-24). Oslo: Akribe AS

Sneltvedt, T. (2013). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B.S Brinchmann (red). *Etikk i sykepleien* (3.utg., s. 97-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Thorvik, K.E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0140

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

Young, T. (2012). Devising a dementia toolkit for effective communication. *Nursing & Residential Care*, 14(3), 149-151. Hentet fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e77a824d-94d0-42f1-b828-2c1ca1287494%40sessionmgr102&vid=5&hid=115>