

BACHELOROPPGAVE

Tilrettelagt omsorg i stedet for medikamenter

Til urolige pasienter med demens på sykehjem

av

Kandidatnummer: 35

Navn: Randi Hansen

Adjusted care instead of medication

To restless persons with dementia in nursing home

Bachelor i sykepleie

Emnekode: sk 152

Oktober 2009

Boks 133, 6851 SOGNDAL, 57 67 60 00, fax: 57 67 61 00

Bacheloroppgave i:

Sykepleie

Tittel og sammendrag:

Tilrettelagt omsorg i stedet for medikamenter – til personer med demens på

English Title and Abstract:

Adjusted care instead of medication

To restless persones with dementia in nursing home

Kandidat:

Randi Hansen

Emnekode og emnenavn:

Sk 152 Bacheloroppgave

Kandiatnummer:

35

Dato for innlevering:

23.10.2009

Sammendrag

Litteratur viser at bruken av psykofarmaka er stor, samtidig som bruken av miljøterapi kunne vert større. Jeg har selv erfart dette når jeg har jobbet med personer som har demens. Dette er bakgrunnen min for valget av temaet tilrettelagt omsorg i stedet for medikamenter. Jeg ønsket å skrive en oppgave som gitt nærmere inn på dette og valgte problemstillingen: *Kan vi bruke miljøterapi i stedet for psykofarmaka for å få en bedre hverdag for urolige pasienter med demens på sykehjem?*

For å finne fram til kunnskapen som er brukt, kontaktet jeg en tidligere lærer for å få tips til litteratur og vinkling. Jeg brukt egenerfaring for å kunne knytte teori og praksis sammen. Av litteratur har jeg brukt lærebøker, artikler, rapporter og forskning. For å finne dette valgte jeg å søke i databaser som for eksempel Norart, Helsebiblioteket, Bibsys, Sykepleien, Pubmed, Idunn og Helsedirektoratet. Noen av søkeordene som ble brukt var ”miljøterapi”, ”demens”, ”dementia and antipsychotic”. En fullstendig oversikt over hvor og hvilke søkeord som er blitt brukt finner du under kapittelet fremgangsmåte.

Ved å jobbe med denne oppgaven for å finne svar på problemstillingen har jeg ikke klart å komme frem til et konkret svar. Det jeg har funnet ut er at kunnskap muligens har betydning ved bruken av psykofarmaka. Samtidig henger kunnskapen, ressurser og tid sammen i forhold til å bruke miljøterapi i steder for eller i kombinasjon med psykofarmaka. Jeg har blitt mer bevisst på at miljøterapi faktisk virker. Samtidig er jeg blitt klar over at i enkelte tilfeller kan det være behov for medisiner.

Summary of task

Literature shows that the use of psykofarmaka is great, while the use of environmental therapy could host larger. I have experienced this when I've worked with people who have dementia. This is the reason for my choice of theme adapted care instead of drugs. I wanted to write a paper which provided more closely into this and selected question is: Can we use environmental therapy instead of psykofarmaka to get a better everyday life for restless patients with dementia in nursing homes?

In order to identify knowledge that is used, I contacted a former teacher for tips on literature and approach. I used my own experience in order to link theory and practice together. By literature, I have used text books, articles, reports and research. To find this I chose to search databases such as Norart, Health Library, BIBSYS, nursing, Pubmed, Idunn and Health Directorate. Some of the keywords used were "environmental therapy", "dementia", "dementia and antipsychotic ". A complete overview of how and what keywords are used can be found under the section method.

By working with this task to find the answer to the problem, I have not been able to come up with a concrete answer. What I've found is that knowledge may have importance in the use of psykofarmaka. At the same time hanging the knowledge, resources and time together in relation to using environmental therapy instead of or in combination with psykofarmaka. I have become more aware of the environmental therapy actually works. At the same time I realized that in some cases it may be a need for medication.

Innholdsliste

1.0 Innledning.....	6
1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema.....	7
1.2 Problemstilling og avgrensning av denne.....	7
1.3 Begrepsavklaring.....	7
2.0 Fremgangsmåte.....	9
2.1 Hvilken litteratur jeg har valgt og hvorfor.....	9
2.2 Hvordan jeg fant fram, databaser og søkeord.....	9
2.2.1 Bøker.....	9
2.2.2 Databaser.....	9
2.3 Oppbygning av oppgaven.....	11
3.0 Teoretisk referanseramme.....	12
3.1 Hva er demens og konsekvenser av kognitiv svikt?.....	12
3.2 Bruk av psykofarmaka til personer med demens.....	13
3.3 Miljøterapi.....	15
3.3.1 Metoder for å møte kommunikasjonsvansker.....	15
3.3.2 Realitetsorientering.....	16
3.3.3 Reminisens (minnearbeid).....	16
3.3.4 Validering.....	17
3.3.5 Fysisk tilrettelegging av miljøet.....	17
4.0 Tilrettelagt omsorg i stedet for psykofarmaka?.....	19
4.1 Medikamentbruken er utbredt på tross av advarsler.....	19
4.2 Bruk av miljøterapi.....	20
4.3 Personalet og kunnskap.....	24
4.4 Behov for individualisering.....	25
5.0 Styrke og svakhet ved oppgaven.....	26
6.0 Konklusjon.....	28
Litteraturliste.....	30

1.0 Innledning

I Norge finnes det nærmere 70000 personer med demens og halvparten bor på sykehjem. Av disse viser det seg at tre av fire står fast på psykofarmaka. Samtidig som det advares mot vedvarende bruk, spesielt av antipsykotika (Selbæk 2008, s.10). Det finnes ingen ”bli snill pille” som kan dempe vanskelig atferd generelt. Mange lever i en tro på at ”har du det ille, trenger du en pille”. Dette gjør at medisinerings av vanskelig atferd er svært utbredt (Kjelberg 2002, s.143-144).

Til tross for at nesten 80% av de som bor på sykehjem i dag har en demenslidelse, er det i følge demensplan 2015 (2007, s.7) mange sykehjem som ikke er bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt. På bakgrunn av dette vil jeg se nærmere på betydningen av fysisk tilrettelegging av miljøet.

I følge Dolonen og Sundt (2009) er det mange ufaglærte som arbeider på sykehjem. Når sykepleiere av ulike grunner er borte fra arbeid blir de ofte erstattet av ufaglærte, spesielt i helgene. Jeg vil se på om den mangelen på kunnskap som oppstår kan være en mulig forklaring på den høye bruken av psykofarmaka og lite bruk av miljøterapi.

Erfaring jeg har fra å ha jobbet med personer som har demens, er at det ikke er tid til å møte den eldre som det individet pasienten er. Fokus blir å få unnagjort daglige gjøremål som stell og mating. Det er lett for å tenke at alle pasientene er like og har de samme behov. Enkelte av personalet jeg har jobbet med, gav uttrykk for at pasienten var kommet så langt i sykdommen at de ikke hadde nytte av stimulering. Dette førte til at en ikke tok seg bryet med å bruke miljøterapi. Engedal og Haugen (2005, s.307) sier at dersom personale ikke oppfatter at stimulering og aktivisering har noen verdi fordi demensutviklingen er kommet for langt, er det vanskelig å bedre hverdagen for personer med demens. Resultatet kan i verste fall bli at pasienter med alvorlig demens kan bli utelukket fra aktiviteter og tilbud som har betydning for deres velvære, derfor er det viktig at alle blir inkludert. Dette vil jeg diskutere i oppgaven.

1.1 Introduksjon og bakgrunn for valg av tema.

Jeg har tidligere jobbet på sykehjem med personer som har demens. Der opplevde jeg at det var liten tid til å sette seg ned med pasientene og bruke miljøterapi til de som var urolige. Jeg ønsker å belyse temaet, å bruke miljøterapi i stedet for psykofarmaka fordi jeg synes at dette er interessant og viktig. I følge Engedal og Haugen (2004, s.285) blir personer med demens mer og mer avhengige av det miljøet de befinner seg i etter hvert som sykdommen utvikler seg. Dette viser viktigheten av kunnskap om miljøterapi for å kunne skape en bedre hverdag for personer med demens.

1.2 Problemstilling og avgrensing av denne

Kan vi bruke miljøterapi i stedet for psykofarmaka for å få en bedre hverdag for urolige pasienter med demens på sykehjem?

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til personer med diagnosen demens som bor på sykehjem. Det finnes flere typer miljøterapi for eksempel musikk, dyr og sansehager, men på grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å konsentrere meg om kommunikasjon og fysisk tilrettelegging. Jeg har valgt å se på generelle tiltak og ikke på de spesifikke i forhold til de ulike typer demens. I forhold til medikamenter ser jeg på ulempene med å bruke psykofarmaka.

1.3 Begrepsavklaring

I oppgaven omtaler jeg personer med demens som pasienten og vi blir brukt om oss som sykepleiere.

Miljøterapi:

”Miljøterapi er definert som en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets psykologiske, sosiale og materielle/fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon og behov. Hensikten med miljøterapi for eldre er å fremme deres muligheter til læring, mestring og personlig ansvar” (NOU 1995: 3, kap 7.3).

Realitetsorientering, benytte mulighetene som ligger i å informere pasienten om hva som skjer, og hva som skal skje.

Reminisens, betyr erindring og gjenkalling. Bygger på personens tidligere livshistorier og erfaringer som kan bidra til at en får integritet og økt selvfølelse.

Validering, betyr å bekrefte. En gyldiggjør de følelser som den demente har. En skal ikke få personen tilbake til virkeligheten, men anerkjenne de følelsene som er viktige (Rokstad 2006, s.569 - 571).

2.0 Fremgangsmåte

Oppgaven er en litteraturstudie, det vil si at den bygger på allerede eksisterende litteratur. En tilegner seg kunnskaper ved å fordype seg i emner en er interessert i. Målet er å få trening i å finne fram til relevant og evidensbasert litteratur og forskning (Dalland 2000, s.59).

2.1 Hvilken litteratur jeg har valgt og hvorfor

Jeg begynte med å kontakte en tidligere lærer for å få noen tips til hvordan jeg kunne vinkle oppgaven. Jeg har visst lenge hvilket tema jeg ville skrive om, og har brukt lang tid på å vurdere hva jeg ville ha med i oppgaven. Læreren tipset meg om ulike relevante bøker. Jeg har brukt lærebøker om emnet demens, for å lære om sykdommen og ulike problemstillinger i forhold til denne diagnosen. I tillegg har jeg brukt litteratur om miljøterapi og det å se personer med demens som enkelt individ. Ellers har jeg valgt å finne forskning og artikler om det å bruke psykofarmaka og miljøterapi. Jeg har også brukt rapporter fra Helse- og omsorgsdepartementet for å se hva myndighetene mener. Litteraturen som ble valgt ut er utgitt etter år 2000, slik at det er oppdater fagstoff.

2.2 Hvordan jeg fant fram, databaser og søkeord

2.2.1 Bøker

Jeg begynte med å søkte på Bibsys med søkeordene ”miljøterapi” og ”demens”. Treffet ble så stort at jeg heller valgte å finne hyllen med lærebøkene om emnet demens. Jeg gikk gjennom innholdslistene i alle bøkene for å velge ut relevant litteratur i forhold til temaet mitt.

2.2.2 Databaser

31.08.09:

Norart.no: Søkeordet ”demens” 184 treff. Siden dette ikke var så uoverkommelig mange treff, valgte jeg å se gjennom alle med tanke på hva som kunne være relevant i forhold til oppgaven. Fant tre ulike artikler som jeg søkte etter på Google.no for å få full tekst.

Helsebiblioteket: Søkeordet ”medikamenter demens” 305 treff, ikke noe relevant i forhold til

oppgaven, mulig på grunn av feile søkeord. Søkeordet ”*miljøterapi demens*”, heller ikke noe aktuelt.

Idunn: Søkeordet ”*demens*” 40 treff, ingen aktuelle.

Pubmed: Søkeordet ”*dementia and antipsychotic*” 108044 treff → limits engelsk → 26199 treff → links to full free text → 4795 treff. Såg igjennom det øverst men virket ikke relevant. Søkte så på nytt med ”*dementia and atypical and antipsychotica*” 73 treff, ikke relevant.

Nordemens.no: Valgte demens → rapporter ”*glemsk men ikke glem*”, bestilte denne. Klikket deretter på Tidsskrift og såg igjennom tidligere utgitt litteratur, valgte ut tre aktuelle artikler.

JAMA: Søkeordet ”*risk of death with atypical antipsychotic*” 274762 treff, valgte den øverste artikkelen da den handlet om antipsykotiske medikamenter.

01.09.09:

Kvasir.no: Søkeordet ”*ikke farmakologiskemetoder demens*” 964 treff → demensguidens formum. Søkte på nytt med ”*miljøterapi demens*” 1800 treff → demens fysioterapeuten.no, valgte en artikkel.

Helsenytt.no: Demens → forskning, demensforskning, fant ikke noe aktuelt.

Tidsskriftet.no: Søkeord ”*demens*” 336 treff, det som var aktuelt var artikler som jeg allerede hadde.

Helsedirektoratet.no: Klikket på demensplan, skrev ut ”*demensplan 2015*”.

15.01.09:

Forskning.no: Søkeordet ”*demens*”, valgte en artikkel der som handlet om oppmerksomhet mot uro.

01.10.09:

Pubmed: Søkeord "reminiscence therapy" 225 treff. Søk på nytt "reminiscence therapy and dementia" 56 treff. Søkeord "evidence-based cognitive stimulation therapy" 32 treff. Valgte en forskning som var tilgjengelig i full tekst.

Sykepleien.no: Søkeord "reminisens" 2 treff. Valgte en artikkel. Søkeord "bemanning" 69 treff, valgte en artikkel.

2.3 Oppbygning av oppgaven

I teoridelen gir jeg en nærmere beskrivelse av hva diagnosen demens er og en del problemer knyttet til dette. Jeg skriver litt om bruk av psykofarmaka kontra det å bruke miljøterapi på urolige pasienter. Tiltakene dreier seg om kommunikasjon og fysisk tilrettelegging. I drøftingen ser jeg nærmere på hvorfor bruken av psykofarmaka er så utbredt og hva som må til for heller å bruke miljøterapi. Jeg retter fokus på personalet, kunnskap og behovet for individualisering.

3.0 Teoretisk referanseramme

3.1 Hva er demens og konsekvenser av kognitiv svikt?

I følge Rokstad (2006, s.535-537) er demens en kronisk progressiv hjernesykdom som per dags dato ikke kan kureres. I utgangspunktet er begrepet demens et samlebegrep for flere ulike sykdommer. Fellestrekk er at de er organisk betinget og rammer hjernens funksjoner. Generelt sett kan vi si at hjernecellene ødelegges. Symptomene pasienter med demens kan oppleve er derfor forskjellige, helt avhengig av hvilke deler av hjernen som har blitt rammet. Demens medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, hukommelse, tenking og læring. Det finnes ulike typer demens som vaskulære, alkoholbetinget og andre hjerneorganiske sykdommer. Den vanligste er Alzheimer.

Dahl (2004, s.365) og Rokstad (2006, s.542-543) mener at det oppstår endring i den intellektuelle kapasiteten, språket og hukommelsen ved at konsentrasjonen svekkes. En får problemer med det å være oppmerksom om en ting om gangen. Samtidig å kunne konsentrere seg om flere ting på en gang, som kalles den delte oppmerksomheten. En får nedsatt evne til å tilegne seg nye rutiner, navn, symboler og ferdigheter. På grunn av nedsatt abstraksjonsevne vil det ta lang tid å lære seg nye ting dersom de i det hele tatt klarer det. På grunn av motorisk og sensorisk afasi vil de ha problemer med å uttrykke seg og forstå det som blir sakt. Dette gjelder også tolking av mimikk og kroppsspråk. Et annet problem kan være gjenkallingsproblemer, som går på det å kunne huske uten å få hjelp fra omgivelsene. Fjernhukommelsen som å huske minutter, timer, måneder og år tilbake rammes. De klarer heller ikke å huske det som skjedde for mindre enn ett minutt siden, som kalles nærhukommelsen.

Dahl (2004, s.366-367) og Rokstad (2006, s.545) hevder også at personer med demens vil ha problemer innen praktiske funksjoner. De vil ha problemer når det gjelder forståelsen av handling og bevegelse i omgivelsene. Det kan for eksempel være å huske hvor høy dørterskelen er, hvor nært et bord står eller at de får en feiltolkning av gjenstanders plassering i omgivelsene (neglekt og visuopatale problemer). De kan få forstyrrelser innen følelsen av sult og metthet, noe som på sikt kan føre til livstruende situasjoner. De er avhengig av at noen minner dem på å spise og drikke tilstrekkelig. Alle praktiske ferdigheter for å klare seg i

dagliglivet svekkes. Enkle rutiner som det å kle på seg om morgenen kan falle ut, få plaggene på seg riktig og det å bruke varmt og kaldtvannskranene hensiktsmessig. Et samlebegrep for dette er handlingssvikt.

Dahl (2004, s.366) og Rokstad (2006, s.548-550) sier også at det kan skje endringer innen personligheten, psykiske problemer og emosjonelle forhold. Dette kan gi seg utslag i en personlighetsforandring eller en forsterkning av personlighetstrekk. Dette kan en se ved rastløshet, uro eller vandringstendens. Man kan også oppleve det motsatte som økt passivitet, depressivitet og initiativløshet. Noen kan oppleve det å få syns, hørsels hallusinasjoner og vrangforestillinger. Enkelte kan også ha en aggressiv fremtreden med uhemmet roping eller bruk av skjellsord.

3.2 Bruk av psykofarmaka til personer med demens

I følge Engedal og Haugen (2005, s.275) blir det til demente pasienter på institusjon brukt mange ulike psykofarmaka som antipsykotiske, antidepressive og beroligende legemidler. Bruken av dette har også vært stigende. Engedal og Selbæk (2008, s.1) sier også at psykiatriske symptomer og atferdsforstyrrelser er vanlig hos personer med demens, særlig blant beboere på sykehjem. Dette kan være belastende både for andre pasienter og omsorgsgiverne og blir ofte behandlet med antipsykotika. Jeg vil med dette belyse ulempene ved å bruke psykofarmaka til pasienter med demens.

Engedal og Haugen (2005, s.275-276) mener at en bør være tilbakeholden ved bruken av psykofarmaka til personer med demens, da det ikke har noen positiv effekt på de kognitive evnene. Det skal kun brukes når det har til hensikt å hjelpe personer med demens som er plaget av vrangforestillinger, hallusinasjoner eller når uro og aggresjon blir plagsomt. Det blir heller ikke anbefalt å bruke psykofarmaka for å roe et institusjonsmiljø. Det skal være en klar indikasjon før en tar slike medikamenter i bruk og det bør være å hjelpe en psykotisk pasient.

I følge Kjelberg (2002, s.143-144) fører som regel ikke medisinerings av vanskelig atferd til en bedring av atferden i seg selv, dersom ikke den underliggende årsaken er av psykiatrisk karakter. Det kan i verste fall føre til at atferden blir forverret på grunn av bivirkninger som

sløvhet, trøtthet og hukommelsesproblemer. Det er kun få medisiner som kan dempe vanskelig atferd uten å føre til bivirkninger og andre negative effekter. Eldre personer med demens tåler generelt lite medikamenter. De kan få en full effekt av en rekke medikamenter selv om de bare får en halv eller mindre dose av den anbefalte doseringen. Personer med demens har en ubalanse av mange av de stoffene i hjernen som får hjernen til å fungere normalt. De fleste medisiner som blir brukt i forbindelse med vanskelig atferd, påvirker disse stoffene ved å redusere mengden av dem. Dersom denne reduksjonen blir for stor, kan det føre til at større eller mindre deler av hjernen blir satt ut av funksjon. Dette kan føre til en enda dårligere funksjon med større demenssymptomer som resultat. Som Rokstad (2005, s.134) sier, kan den atferden en prøver å behandle med medikamenter, være utløst nettopp av medikamentbruk.

Kliniske studier viser at det er økt mortalitet og økt forekomst av cerebrovaskulære bivirkninger hos personer med demens som bruker atypiske antipsykotiske medikamenter. Risikoen for hjerneslag tredobles ved bruk av slike medikamenter. Det viser seg at behandlingseffekten i beste fall er moderat og at en kan få bivirkninger som parkinsonisme. På grunn av alvorlige bivirkninger ved bruk av psykofarmaka bør en vurdere alternative behandlingsmetoder. Ikke-farmakologiske metoder som for eksempel miljøterapi har vist seg å være en effektiv behandling. Unntatt ved de alvorligste formene for utagering og aggresjon (Engedal og Selbæk 2008, s.2-3; Dagerman, Insel og Schneider 2005).

Ruths og Strand (2005, s.1-2) hevder at bruken av antipsykotiske medikamenter kan gi bivirkninger som sedasjon, delirium, ortostatisk hypotensjon, tørr munn, urinretensjon og dårlig kognisjon. Bivirkningen akatisi (kriblende uro i kroppen kombinert med merkbare vansker med å holde seg i ro) kan lett feiltolkes som ”senil uro” og føre til at en øker medikamentdosen i stedet for seponering. Psykofarmaka har også store interaksjonspotensialer, noe som kan føre til oversedasjon. Studier hvor en har sett på resultatet av seponering av langtidsbehandling med antipsykotika, viser at en sjelden ser en symptomforverring. Dette kan tyde på at mange får slike medikamenter unødvendig eller i for lang tid. Kontrollerte undersøkelser viser at ikke-medikamentelle tiltak har effekt i form av færre atferdsforstyrrelser.

På bakgrunn av dette vil jeg se på ulike miljøterapi tiltak en muligens kan prøve før bruk av psykofarmaka.

3.3 Miljøterapi

Det finnes et utall av muligheter bare en vet om dem. Det kan være sansehager, musikk, og dyr. Eller det jeg har valgt å se nærmere på, fysisk tilrettelegging av miljøet på sykehjem og tiltak innen kommunikasjon.

I følge Engedal og Haugen (2005, s.293 - 295) har miljøbehandling av personer med demens som mål å redusere negative følger av sykdommen. Samtidig å bidra til en kvalitativ bedre hverdag for de som er rammet. Målet er å forsinke demensutviklingen og innen for mulighetens rammer bedre funksjonsevnen på viktige områder. Miljøtiltak omfatter et bredt spekter av tiltak. Alt fra mindre fysiske utforminger til tiltak som omfatter hele miljøet. De forklarer også at miljøet omkring oss kan deles inn i to, det sosiale og fysiske. Det fysiske er statisk og dreier seg om rammer som vegger, gulv, tak og belysning. Det sosiale miljøet er dynamisk og endrer karakter etter hvem som er til stede og hva som foregår. Det er viktig at vi legger til rette for et godt miljø på grunn av at de blir mer og mer avhengig av det etter hvert som sykdommen utvikler seg.

3.3.1 Metoder for å møte kommunikasjonsvansker

Dale (2006, s.164) skriver at mange personer som har demens har problemer med å beskrive hvordan de har det og opplever sykdommen. Rokstad (2005, s.82) forteller at når pasienten får problemer med ordproduksjonen og ikke greier å formidle synspunkter og opplevelser, kan dette føre til fortvilelse eller utålmodighet. Noe som igjen kan føre til irritasjon og utagerende atferd.

For å legge forholdene til rette for kommunikasjon, sier Rokstad (2005, s.85) at omgivelsene må være rolige. Det er viktig at det er verken støy eller bevegelse rundt pasienten.

Jeg vil nå komme inn på tre ulike tiltak vi kan bruke innenfor kommunikasjon til personer med demens.

3.3.2 Realitetsorientering

I følge Wogn – Henriksen (2008, s.104-105) er orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse sentrale kjennetegn hos personer med demens. Dette fører til at de ikke er oppdatert med hensyn til tid og situasjon. Til tider kan de miste oversikten eller erstatte den med egne antagelser, som i noen tilfeller kan være feil. Drøm og virkelighet, nåtid og fortid, ønsketenkning og den nøkterne virkelighet kan blandes på forskjellige måter. Tidligere minner og referanser får større gjennomslagskraft og enkelte ganger kan vrangforestillinger eller mistenksomhet farge kommunikasjonen. For noen kan det være en god hjelp at miljøet berikes med informerende klokker, kalendere og navneskilt på rommet. For noen vil det være en støtte at vi som personale aktivt minner dem om tid, sted, navn og hva som skal skje under ulike gjøremål. I følge realitetsorientering skal en ved feiloppfattninger og vrangforestillinger korrigere pasienten. Dette kan hjelpe til en mer adekvat oppfatning av virkeligheten og dermed til en bedre mestring av hverdagen. Rokstad (2006, s.570) mener at det bør skapes rolige og oversiktelige miljøer med faste rutiner som kan fremme kommunikasjon og kontakt. En skal gi klar respons på pasientens spørsmål, være ærlig og snakke med klar og tydelig stemme. Realitetsorientering innebærer at en forebygger forvirring.

3.3.3 Reminisens (minnearbeid)

Personer som har demens har som tidligere nevnt svekket hukommelse. Wogn – Henriksen (2008, s.103-104) forklarer at de har problemer med å huske det som skjer i hverdagen, men at langtidshukommelsen ofte er mer inntakt. Det å drive minnearbeid i forhold til personer med demens, tar utgangspunkt i denne evnen til å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Minner vitaliseres når en hører andre fortelle personlige historier fra sitt liv. Når en deler minner, enten i individuell samtale eller i gruppe, kan en person med demens gjenfinne en følelse av identitet, glede og tilhørighet. Dette er særs viktig når evnen til å formidle og presentere seg blir svekket. Det kan også virke positivt inn i forhold til å forebygge depresjon. Det å få gjenopplive nøkkelhistorier fra livet sitt, kan gi en ny kontinuitet, sammenheng og tydeliggjøre hvem en er. En kan bruke slikt arbeid for å minne pasienten på hans tidligere selvtillit og kompetanse, slik at det får en positiv innvirkning på deres selvfølelse i dag. Et viktig poeng ved å bruke slikt minnearbeid, er at en primært fokuserer på positive minner. Noen ganger kan en bruke bilder, gjenstander, musikk, smak og

andre former for sansestimulering for å øke mental produksjon. En viktig ting Sejerøe – Szatkowski (2004, s.53) sier er at for å kunne bruke reminisens er det en forutsetning at vi kjenner til personens livshistorie og nettverk. Dersom denne metoden brukes i gruppe, kan det bidra til at pasienten styrker evnen til sosialt samvær.

3.3.4 Validering

I følge Wogn – Henriksen (2008, s.105-106) er dette en metode som er motsatt av realitetsorientering. Her er en ikke så opptatt av hva som er reell og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse. Det er ikke viktig å korrigere pasienten, eller lede han fram til korrekt data. Heller forsøke å bekrefte og anerkjenne personens meddelelser. Ved å bruke utforskende spørsmål som hvem, hva, hvor, når og hvordan kan en bidra til å gyldiggjøre de følelsesmessige aspektene ved pasientens kommunikasjon. Forvirring og orienteringssvikt hos personer med demens kan være et uttrykk for opplevelser som ikke er ferdig bearbeidet. Valideringsterapi vektlegger personens emosjonelle verden. En retter fokuset mer mot personens konflikter fra tidligere liv, enn på nåtidige. Det er viktig at vi lytter til personens emosjonelle uttrykk, uten at vi henger oss opp i faktaopplysninger og sannheten. En må søke å forstå personen fra hans perspektiv, og møte hver enkelt på det han er opptatt av i stedet for å korrigere. Ved å bruke en slik metode kan en åpne for forståelse og nærhet.

3.3.5 Fysisk tilrettelegging av miljøet

I følge Holthe (2008, s.126-127) er det fire brukerbehov en kan ta utgangspunkt i når en skal tilrettelegge miljøet omkring personer med demens: å minske forstyrrende atferd ved å prøve å bidra til at beboere i mindre grad går inn på andre rom, roper, vandrer og er agiterte. Prøve å øke sosial atferd ved å fremme den enkeltes ønske om å være sammen med andre og delta i sosialt samvær. Dette kan en gjøre ved å ha møteplasser og rom for slikt samvær. Økt deltakelse i aktiviteter vil gi større muligheter for sansestimulering og sosial stimulering. Dette kan virke positivt inn på livskvaliteten. Til slutt må en prøve å øke positive følelser og minske de negative. Dette kan en oppnå ved å ha et hjemlig miljø med gjenkjennbare objekter som vil skape positive følelser og hindre fremmedgjøring. En boenhet for demente bør være lett å orientere seg i og ha adekvat grad av stimuli.

Engedal og Haugen (2005, s.296-298) mener at omgivelsene bør være minst mulig tvetydige. Det er viktig at omgivelsene er trygge, stabile og at det som skjer er forutsigbart. Ved å bruke pasientens egne møbler og personlige eiendeler kan en bygge opp et hjemlig miljø som er gjenkjennbart, noe som er vesentlig for å skape trygghet. Dørene på avdelingen bør være skiltet med tydelige bokstaver som kan leses på god avstand, det er viktig at en tenker på kontrasten mellom tekst og bakgrunn. For at pasienten skal kunne ha oversikt og orientere seg i omgivelsene er det viktig at en har gode lys og støyforhold. For mye støy kan føre til at en person som allerede er forvirret blir mer forvirret og trekker seg tilbake. Rokstad (2006, s.577) sier også at det fysiske miljøet bør ha et rolig helhetspreg med duse og harmoniske farger. En bør ha gulvet mørkere enn veggene, men unngå urolige mønstre, blanke eller mørke felt. Dette kan føre til at den demente tror det er blank is eller en mørk avgrunn slik at de blir engstelige. Dørene bør ha en annen farge enn veggene, og møblene bør skille seg ut. I fellesarealet bør en være forsiktig med bruk av radio og fjernsyn, noe som lett blir støykilder som distraherer og forvirrer. Vi som personale må også være bevisst på at vi ikke blir en støykilde. Engedal og Haugen (2005, s.298-300) hevder også at det å ikke være orientert om tid har store negative konsekvenser. Muligheten til å planlegge og forstå det som skjer rundt en blir sterk redusert. En kan oppleve det som skremmende og bidra til økt forvirring. Til hjelp for dette kan en bruke dagsaviser, klokker og kalendere. Her er det viktig at vi som personale sørger for at de er oppdatert og korrekt.

4.0 Tilrettelagt omsorg i stedet for psykofarmaka?

Hva må til for å kunne bruke miljøterapi i stedet for psykofarmaka til urolige pasienter? Er det mulig?

Jeg mener at for å kunne yte god omsorg er det viktig at vi har opplysninger om pasientens fortid, personlighet og behov. Det er vår oppgave å skaffe til veie disse opplysningene. Vi kan ikke forvente at pasienten klarer å komme til oss med dette. Disse opplysningene kan vi bruke for å forstå pasienten når han har en atferd eller kommunikasjon som i første omgang virker uforståelig (Granholt 2007, s.15).

Jeg begynner med å drøfte bruken av psykofarmaka, for deretter å se på miljøterapi. Jeg vil også se på hvilken innvirkning personalet har, og behovet for individualisering av pasientene.

4.1 Medikamentbruken er utbredt på tross av advarsler

Jeg mener at noe av det første vi må spørre oss selv om for å kunne redusere bruken av psykofarmaka er: Hvorfor bruker vi psykofarmaka på tross av at mye forskning og litteratur advarer mot det? Kanskje vi må begynne å være mer kritiske til bruken, og vurdere behovet i større grad. Er pasienten faktisk plaget med hallusinasjoner, vrangforestillinger, uro eller aggressivitet. Eller som Engedal og Hugen (2005, s.275-276) sier, bruker vi det for å roe ned miljøet på avdelingen? Dette er trolig galt grunnlag for medisinerer, men som jeg dessverre har sett tidligere i arbeidslivet blir lagt til grunn.

Forskning viser at selv om psykofarmaka har liten effekt og alvorlige bivirkninger blir det mye brukt (Dagerman, Insel og Schneider 2005; Fugelsnes 2009, s.1). På bakgrunn av dette kan en kanskje sette det litt på spissen og stille seg spørsmålet om det er mer en kjemisk atferdsregulering enn medisinsk behandling? Pasientene er kanskje aggressive og urolige når en skal utføre for eksempel kroppsvask eller andre undersøkelser. Da tyr en kanskje til medikamenter som gjør pasientene mer ”medgjørige” (Strand og Ruths 2005). Jeg mener at vi heller må tenke over hva som kan være årsaken til reaksjonen. Kan det være fordi de er redde eller ikke forstår det som skal skje? Da er ikke behovet medikamenter, men forståelse

og hjelp fra oss. En artikkel skrevet av Fugelsnes (2009) underbygger dette. Forskning viser at tettere oppfølging og mer personlig kontakt fra personalet har positiv effekt.

Jeg tenker at skal en bruke psykofarmaka, må det være en klar indikasjon til stede. I følge Engedal og Haugen (2005, s.276) skal det være at personen lider under sin psykotiske, aggressive eller urolige tilstand og at de kan få et bedre liv ved å bruke psykofarmaka. Her kommer viktigheten av kunnskapen til personalet inn. Vi må ha kunnskap om både demens og farmakologiske virkningsprinsipper. Dersom vi bruker psykofarmaka bør vi ikke ende opp med å ”dope ned” pasienten. Jeg har selv sett at de virker trøtte, uopplagte og unormalt sløvet etter medisiner. De eldre kan få en opphopning av medikamenter i kroppen og trenger ofte mindre doser. Dette blir det kanskje ikke tatt hensyn til. Muligens har vi for lite kunnskaper om bivirkninger og effekter siden bruken er så utbredt. For å unngå at det blir brukt unødvendig eller i situasjoner hvor andre tiltak kunne vært prøvd, er det som Kjelberg (2002, s.145) sier viktig at personalet får en god opplæring innen medikamenter. En annen årsak som kan forklare at bruken er så høy, hevder Nygaard og Selbæk (2009, s.4-7) kommer av at det er en rekke merkelige formuleringer når det gjelder behandlingsanbefalinger for antipsykotika. Det blir brukt uklare begrep som senil uro, senile atferdsforstyrrelser. Det finnes ikke noen dokumentasjon på at medikamentene med slike uklare indikasjoner har effekt på uro eller atferdsforstyrrelser.

Bruken av psykofarmaka har antakelig en del å gjøre med personale og kunnskap, dette vil jeg komme mer inn på senere i drøftingen.

4.2 Bruk av miljøterapi

En må ha kunnskap for å vite hvorfor pasientene kan være fortvilet eller utålmodig. Det kan komme av at de ikke klarer å formidle sine synspunkter og opplevelser. Dersom de ikke får til det de ønsker, kan det føre til irritasjon og utagerende atferd. Ved engstelse kan utagering være en form for forsvar (Rokstad 2005, s.82). Dette er noe vi som personale risikerer å feiltolke som vanskelig atferd og kanskje tyr til medikamenter. Kanskje man kunne brukt miljøterapi for å forebygge og hjelpe pasienten til å sette ord på det han prøver å formidle.

Fordelen med å bruke miljøterapi slik jeg ser det, er at det ikke har farlige bivirkninger eller sløver ned pasientene.

Ved at vi kjenner historien til den enkelte, kan vi hjelpe til med å skape gode opplevelser. Det er ulike metoder vi kan bruke for å få tak i den enkelte pasient sin bakgrunn. En metode som ble brukt hvor jeg har jobbet, var at pårørende fikk utlevert et standard skjema som de kunne fylle ut. Dette inneholdt alt fra hvem pasienten hadde vært gift med, barn, arbeidslivet og tidligere interesser. En kunne gjerne sette inn bilder. Når personalet fikk dette tilbake, laget de et hefte med den enkelte sin historie. Dette kunne de bruke i samtaler og for å gjøre seg selv kjent med pasienten. Dette er et fint hjelpemiddel både til bruk under reminisens når en vil jobbe med minnene, men også når det er behov for å realitetsorientere pasienten. Da vet personalet hva de skal si når pasienten spør for eksempel etter personer fra tidligere i livet. Dette følte jeg også var et godt hjelpemiddel å bruke når pasienten var urolig. Vi kunne ta med heftet og finne oss en rolig plass og bruke det sammen. En annen måte å samle inn informasjon om pasienten, er å bruke reminisens. Etter hvert som de kommer på hendelser fra fortiden kan vi skrive dette ned. Det å benytte reminisens til personer med demens kan i enkelte tilfeller føre til uro. Dersom man ikke kjenner pasientens bakgrunn risikerer man å komme inn på temaer som kan være vanskelige.

En fare ved å bruke realitetsorientering er at det kan oppfattes som devaluerende, krenkende og respektløst. Enkelte oppfatter gjerne feiloppfatninger som realiteter og har sterke følelser knyttet til dem (Rokstad 2006, s.570). For å unngå dette er det viktig at en viser forståelse og ikke er ufølsom. Kanskje det ikke til en hver tid er behov for å korrigere pasienten så lenge det ikke er et problem. Jeg opplevde en pasient med demens som gjentatte ganger spurte etter moren. Når det ble fortalt at hun døde for mange år siden og at pasienten selv var gammel fikk pasienten en sorg reaksjon. Jeg tenker at i en slik situasjon trenger en ikke gjentatte ganger å fortelle at moren er død. Heller prøve å få pasienten over på andre tanker ved å be henne fortelle litt om moren for å skåne. En skal i utgangspunktet ikke lyve for pasienten.

I følge Granholt (2007, s.18-20) er det viktig i forhold til selvfølelsen å kunne huske og orientere seg. Har en problemer med det, virker det inn på opplevelsen av seg selv som et helt

menneske med trygg identitet. Dette kan vi kanskje hjelpe dem med ved å bruke miljøterapi innen kommunikasjon. Noe som kan være med på å bidra til økt livskvalitet.

Teoretikeren Florence Nightingale var i sin tid klar over hvor viktig omgivelsene var for pasientene. Gjennom sin sykepleiepraksis la hun stor vekt på miljøforholdene rundt pasienten. Hun mente at vi som sykepleiere har et ansvar for å tilrettelegge miljøet ved å påvirke eller fjerne negative miljøfaktorer (Kristoffersen 2006, s.22). Selv om dette er lenge siden, tenker jeg at dette fremdeles er like aktuelt.

Rokstad (2005, s.87-88) sier at det fysiske miljøet har stor påvirkning i forhold til å unngå forvirring. Dersom det er et rolig miljø hvor en tar hensyn til behovet for orienterende tiltak, vil det være med på å forebygge og redusere forvirring. Det viser seg dessverre at mange sykehjem i dag ikke er bygd og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt (Demensplan-2015 2007, s.7). I løpet av en praksisperiode fikk jeg besøke en utrolig flott skjermet avdeling for personer med demens. Der hadde de fått til det med fysisk tilrettelegging. Det var en liten, oversiktlig avdeling hvor det bodde åtte pasienter. Det var alltid minimum tre personer på jobb, og de la vekt på å skape ro og stabilitet for pasientene. I følge Rokstad (2005, s.121-122) kan det være med å bedre hverdagen dersom vi tilrettelegger det fysiske miljøet slik at det fremmer realitetsorientering, skaper forutsigbarhet, trygghet og et miljø som bidrar til å opprettholde fungeringsevnen. Miljøet skal gi pasienten en følelse av tilhørighet. Når en kom inn døra til avdelingen følte det som en gikk mange år tilbake i tid. Avdelingen inneholdt gjenstander fra gamle dager, hadde hverdags stove og fin stove. Det å ha en fin stove som mange eldre er vant til, kan skape en trygghet ved at det er noe som er gjenkjennbart. Andre måter å skape trygghet på er å ha pasientens egne møbler og pynte gjenstander som de har vært vant til. Dette kan skape en følelse av å være hjemme i sitt kjente miljø. Ha det enkelt og bruke god skilting tror jeg kan ha en positiv effekt, slik at personer med demens i størst mulig grad kan være selvstendig. Dette var en flott opplevelse som jeg tenker kan være viktig å ta med seg videre i arbeidslivet.

En merker selv at det å kunne mestre noe på egenhånd er tilfredsstillende. Dette gjelder også for personer med demens. Granholt (2007, s.17) sier det er viktig at hverdagen ikke fylles av stadige nederlag av ting som ikke mestres. Dersom de gjentatte ganger kommer i situasjoner

som de ikke mestrer kan det øke frustrasjonen og utfallet kan bli aggresjon og uro (Rokstad 2005, s.124). Det er viktig at vi er oppmerksomme og har kunnskap, slik at vi kan gripe inn og forebygge.

Vi ser her viktigheten av å ha et godt tilrettelagt fysisk miljø. Et problem som kan oppstå er at vi prøver å skape et miljø som er mest mulig normalt. Samtidig er det behov for å tilrettelegge de fysiske omgivelsene (Engedal og Haugen 2005, s.308). Det er ikke alltid så enkelt å skulle balansere dette. Ofte strekker ikke de økonomiske ressursene til. Kommunene prioriterer ikke alltid det å bygge nye og tilpassede avdelinger for personer med demens.

Jeg vet at det ikke alltid er så lett å klare å legge til rette for en god hverdag i alt og ett. Det vi kan prøve på er å skape gode enkelte øyeblikk som pasienten kan leve videre på (Granholt 2007, s.20). Dette kan vi gjøre ved å vise at vi bryr oss og har tid til å være med dem. Når vi er på jobb skal pasientene være i fokus. Ikke som jeg dessverre har sett, at noen fra personalet sitter i sofaen og leser personlig litteratur. Vil en absolutt lese i arbeidstiden, kan en ta med seg en pasient eller to og lese sammen med dem.

De studiene som har blitt gjort på ikke-medikamentelle behandling viser at personer med demens kan ha effekt av hukommelsestrening som for eksempel reminisens. Det å bruke miljøtiltak kan øke evnen til klare små enkle ting selv. Samtidig kan det forebygge depresjon. Bruken av kognitiv stimulering kan gi en forbedring i pasientens kommunikasjons evne. Forskingen viser også at personer med demens har utbytte av å ha tilpasset aktivisering. Dette kan føre til en reduksjon i bruken av psykofarmaka, eller at en kan bruke det i kombinasjon med miljøterapi (Butterwort, Davies, Orrel, Royan, Spector, Thorgrimsen og Woods 2003; Engedal 2003, s.1-3).

Jeg sitter fremdeles med et spørsmål: hvorfor bruker vi ikke mer miljøterapi i stedet for psykofarmaka? Er det på grunn av mangel på kunnskap, personal ressurser og tid? Jeg vil nå se mer på personalet i forhold til kunnskap.

4.3 Personalet og kunnskap

Bemanning kan være avgjørende i forhold til hva slags kvalitet det er mulig å ha på pleie og hva en kan få gjennomført (Dolonen og Sundt 2009). Med høyere bemanning kunne en fått bedre tid til å ta seg av og bli kjent med den enkelte pasient. En kunne kanskje frigjort pleiere som kunne jobbet med miljøforebyggende tiltak. Jeg har selv erfart at vi var få personale på dag og kveldsvaktene, slik at vi til tider hadde fire pasienter hver å ta oss av. Det hendte at noen av de krevde mer enn andre. Dette førte til at de som var rolige ikke fikk noe særlig oppfølging. Noen ganger var vi kun assistenter som kanskje ikke hadde nok kunnskap om demens. Noe jeg tenker kan være en grunn til at det ble gjennomført lite miljøterapi. Jeg tror også at mangel på personale muligens kan være grunnen til bruken av psykofarmaka. En har kanskje ikke tid til å finne den egentlige årsaken til uroen eller aggresjonen.

I følge Kjelberg (2002, s.57) er holdinger og handlinger til personalet viktige faktorer i forhold til relasjonene til pasientene. Dette er avgjørende i forhold til å kunne avgjøre om atferden til pasienten er vanskelig eller ikke. Det er viktig at vi som personale har forståelse, tålmodighet og tåler en rekke atferdsutbrudd uten å reagere negativt. Vi som personale skal være profesjonelle og ikke være utålmodige. Dessverre så tror jeg at det skjer likevel. Hva en kan gjøre for at personalet ikke skal miste tålmodigheten, henger nøye sammen med arbeidsforholdet. Dersom det er stor arbeidsbelastning på personalet, både fysisk og psykisk og i tillegg små ressurser, vil dette kunne påvirke ens holdinger og handlinger. Et viktig tiltak for å motvirke dette er at arbeidsforholdene til den enkelte ansatte er bra. Ved at personalet kan få muligheten til å snakke sammen og få veiledning når de har behov for det. Slik at en får satt ord på følelser en sitter inne med og diskutere etiske dilemmaer som oppstår.

Dersom vi av ulike grunner mister tålmodigheten må vi selv ta konsekvensen. Kjelberg (2002, s.57-57) mener at en kan holde seg borte fra pasienter en ikke har tålmodighet med i øyeblikket. Eventuelt hospitere på en annen plass slik at en er i stand til å yte den profesjonelle pleien og omsorgen som vi er forpliktet til. Jeg vet selv at det ikke alltid er like lett, når en pasienten spør deg for femtende gang om det samme. En skal likevel vise pasienten den respektere han har krav på og svare på en skikkelig måte.

For å ha et godt miljø er det anbefalt å ha faste, kvalifiserte pleiere som kjenner pasientene godt. Disse bør om mulig ha ansvar for bestemte pasienter over lengre tid, slik at de kjenner livshistorien deres (Smebye 2008, s.21). Jeg har dessverre inntrykket av at det ikke har vært noe prestisje å jobbe i eldreomsorgen. Samtidig kan det mange plasser være tungt både fysisk og psykisk å jobbe på sykehjem. Dette kan være en grunn til at det ofte er mange ufaglærte. En studie gjort av Dolonen og Sundt (2009) viser at antall ufaglære i sykehjem er høyere enn planlagt og at det i helgene er verst. De har kanskje ikke den kunnskapen som trengs om sykdommen. Mye kan bli overlatt til tilfeldighetene og føre til at pasienten ikke får omsorg som er tilpasset den enkeltes behov. Sosial- og helsedirektoratet (2007, s.13) erkjenner også at det har vært liten interesse for de aldersrelaterte sykdommene og at det gir liten yrkesmessig status å jobbe med eldre. Helse- og omsorgsdepartementet erkjenner at det er behov for økt kompetanse, men at det vil ta tid å rekruttere og utdanne tilstrekkelig helse og sosialpersonell (Demensplan-2015 2007, s.7-9).

En siste ting jeg vil se på er behovet for individualisering. Skal en få til god miljøterapi er dette et viktig moment.

4.4 Behov for individualisering

Noe en kan tenke over er om det er rett å se på hele gruppen av personer med demens som en homogen gruppe med felles problemer og behov. Gjør man det blir det vanskelig å kunne yte en god omsorg tilpasset hver enkelt pasient. Det er viktig å fokusere på personen og av og til individualisere. Sykdommen kan som nevnt innledningsvis ha satt ulike deler av hjernen ut av spill. De har i likhet med deg og meg levd vidt forskjellige liv med ulike interesser og verdier. De kan reagere forskjellig og ha forskjellige behov. En må huske på at det som er rett ovenfor en pasient, ikke nødvendigvis behøver å være rett for en annen (Engedal og Haugen 2005, s.309).

En veileder sa noe som jeg alltid kommer til å huske og ta med meg videre i yrkeslivet. En person med demens eller hvilken som helst annen sykdom, er ikke sykdommen. Han eller hun eller ikke en ”dement”, men en person med diagnosen demens. Det er viktig at en ikke ser på

alle personer med demens som like. En må se personen, ikke sykdommen. Vi er alle enkelt individ med ulike behov.

En viktig egenskap hos personalet som skal jobbe med mennesker som har mistet fotfestet i tilværelsen, er å ha et menneskesyn som går ut på at vi alle er likeverdige. De er bare rammet av en sykdom (Granholt 2007, s.20).

5.0 Styrke og svakhet ved oppgaven

Jeg mener at for å kunne yte god sykepleie må en være bevisst sine svake og sterke sider. Det er viktig å innse sine begrensninger for ikke å risikere å gå utover sin kompetanse samtidig som det å se sine sterke sider henger nøye sammen med det å ha trygghet på seg selv. Jeg vil derfor nå prøve å belyse styrke og svakheter ved oppgaven.

En styrke ved oppgaven synes jeg er at det er brukt mye litteratur. Jeg har funnet mange forfattere som sier det samme. Samtidig er det brukt forskning, artikler og rapporter for å underbygge dette. Jeg har opparbeidet meg egenerfaring som jeg bruker i oppgaven for å belyse en del teori. Dette gjør meg i stand til å knytte teori og praksis sammen. Det blir vist til ulike typer tiltak innen miljøterapi.

Jeg har nok vert litt forutinntatt og fokusert kun på det negative ved å bruke psykofarmaka. En annen sak er at jeg har vinklet det negativt at det er mange ufaglærte i eldre omsorgen. Dette er for å belyse viktigheten av kunnskap. Det er selvsagt viktig å huske på at hadde det ikke vert for assistentene hadde det vært vanskelig å få hverdagen til å gå rundt. En svakhet ved litteraturen min kan være at det er samme forfattere som går igjen.

6.0 Konklusjon

Jeg tror ikke det finnes et konkret svar på om en kan bedre hverdagen til personer med demens ved å bruke miljøterapi i stedet for psykofarmaka.

I en del tilfeller vil det være vanskelig å erstatte psykofarmaka med miljøterapi. Fordi noen pasienter har behov for medisiner. I en del tilfeller kunne kanskje miljøterapi blitt prøvd først. Ved å hjelpe pasientene å sette ord på det de ønsker å formidle, orientere og tilrettelegge et godt fysisk miljø, kunne en muligens redusert utagerende atferd. Som igjen kan føre til redusert behov for psykofarmaka. Eller en kunne prøvd miljøterapi i kombinasjon med medikamenter.

Vi må vurdere om det virkelig er behov for å bruke psykofarmaka. Hvor går grensen for hva som er akseptabel uttrykksform og hva som er avvikende atferd? (Rokstad 2005, s.136).

Denne oppgaven har vist meg at kunnskap har betydning for å redusere bruken av psykofarmaka. I følge en rapport fra Sosial- og helse direktoratet (2007, s.71) er en avhengig av at personalet har kunnskaper om hvordan en demens sykdom kan virke inn på personen og kunnskaper om hva som kan gjøres for å kompensere for dette. Mye av arbeidet ligger i kunnskaper og holdinger hos personalet og ledelsen.

Det er viktig at en har nok ressurser tilgjengelig. Hvilke ressurser en får vil være avhengig av prioriteringer som blir gjort i kommunen og fra statlig hold. Jeg tror at med økt personale med kunnskap rundt sykdommen demens, vil en kunne bruke mer miljøtiltak for å øke livskvaliteten. Ved gode miljøtiltak kan en kanskje unngå situasjoner hvor en bruker medikamenter.

Denne oppgaven har lært meg at miljøterapi virker. Dette viser også en studie gjort av Stiftelsen Kirkens Bymisjon i Oslo. Det å bruke erindringsamtaler viser seg å være svært effektiv måte å oppnå velvære på, både for pasienter og personalet (Lillevold 2007). Vi må

tørre å prøve ut og ta i bruk nye metoder. Ikke henge fast i at slik har det alltid vært og blitt gjort.

Personer med demens er avhengig av oss. Vår kunnskap, vårt engasjement og det miljøet som vi tilbyr. Dette gjør miljøbehandling av personer med demens til en krevende, men også utfordrende og faglig spennende oppgave (Engedal og Haugen 2005, s.310).

Litteraturliste

Butterwort Margaret, Steve Davies, Martin Orrel, Lindsay Royan, Aimee Spector, Lene Thorgrimsen og Bob Woods (2003). *Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia - Randomised controlled trial* [online]. Web adresse: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/183/3/248> [30 september 2009].

Dagerman, Karen, Philip Insel og Lon S Schneider (2005). *Risk of death with atypical antipsychotic drug treatment for dementia* [online]. Web adresse: <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/294/15/1934?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=risk+of+death+with+atypical&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HW CIT> [31 august 2009].

Dahl, Tor Erling (2004). ”Om å møte mennesker med sviktende hukommelse”. (Kap 13, s.359-378). I: Hummelvoll, Jan Kåre (red). *Helt, ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Dalland, Olav (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Dale, Merete (2006). ”Mennesker med aldersdemens”. (Kap 10, s.159-172). I: Solheim, Marit og Kjell Arne Aarheim (red). *Kan eg komme inn, verdier og val i heimesjukepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Dolonen, Kari Anne og Eirik M Sundt (2009). ”Bemanning – ikke etter planen”. [online]. Web adresse: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=257704 [30 september 2009].

Engedal, Knut (2003). ”Demens – en utfordring i eldreomsorgen”. I: *Fysioterapeuten*. Nr.3. s. 24-28. [online].

Web adresse: http://www.fysioterapeuten.no/xp/pub/mx/filer/0303_Fagartikkel.pdf

[01.september 2009].

Engedal, Knut og Kristian Haugen (2005). "Bruk av psykofarmaka". (Kap 13, s.275-292). I: *Demens, fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, Knut og Kristian Haugen (2005). "Miljøtiltak". (Kap 14, s.293-310). I: *Demens, fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.

Engedal, Knut og Geir Selbæk (2008). "Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter med demens". I: *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 128. årgang. Nr.9. [online].

Web adresse: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1685142 [31.august 2009].

Fugelsnes, Elin (2009). "Oppmerksomhet mot uro". [online]. Web adresse:

<http://www.forskning.no/artikler/2009/mars/215767> [15.september 2009]

Granhold, Gro Østmoe (2007). "Erfaringsbasert kunnskap". (Kap 2, s.12-33). I: *Individuell hverdag i gruppe, skjermet enhet for personer med demens*. Tønsberg: Aldring og helse.

Haugen, Per Kristian (2007). "Så redd, så redd". (Kap hva veit vi, hva vet vi ikke, s.18-65). I: Krüger, Ragnhild M Eidem (red). *Det går ann! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Aldring og helse.

Helse og omsorgsdepartementet (2007). "Demensplan 2015, den gode dagen" [online].

Web adresse:

http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf

[01.september 2009].

Holthe, Torhild (2007). "Det går ann!". (Kap tilrettelegging, hjemme og på institusjon, s.164-199). I: Krüger, Ragnhild M Eidem (red). *Det går ann! Muligheter i miljøterapi*. Tønsberg: Aldring og helse.

Holthe, Torhild (2008). "Handlingssvikt og tilrettelegging". (Kap 6, s.114-151). I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red). *Personer med demens, møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Kjelberg, Tron (2002). "Årsaker til vanskelig atferd". (Kap 4, s.44-62). I: *Når atferd blir vanskelig, utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kjelberg, Tron (2002). "Tiltak ved vanskelig atferd". (Kap 8, s.109-148). I: *Når atferd blir vanskelig, utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget.

Kristoffersen, Jahren Nina (2006). "Teoretiske perspektiver på sykepleie". (Kap 23, s.13-99). I: Kristoffersen, Jahren Nina, Finn Nortvedt og Eli- Anne Skaug (red). *Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Lillevold, Kristin Fragell (2007). "Husker du...?". [online] Web adresse: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-fag?p_document_id=117987 [30 september 2009].

NOU 1995: 6: Plan for helse – og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge. [online]. Web adresse: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1995/NOU-1995-6/10.html?id=140027> [28 januar 2009].

Nygaard, Harald A og Geir Selbæk (2009). "Antipsykotika til eldre, farene er kjent – forskrivningspraksis fortsetter som før". I: *Demens og Alderspsykiatri*. Vol.13, Nr.1, s.4-7.

Rokstad, Anne Marie Mork (2005). "Kognitiv svikt med særlige konsekvenser for atferd". (Kap 7, s.79-90). I: *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Tønsberg: Aldring og helse.

Rokstad, Anne Marie Mork (2005). "Medikamentell behandling". (Kap 14, s.134-138). I: *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Tønsberg: Aldring og helse.

Rokstad, Anne Marie Mork (2006). "Mental aktivitet" (Kap 10, s.527-622). I: Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Ruths, Sabine og Jørund Straand (2005). "Antipsykotiske midler mot uro ved demens – medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering?". I: *Tidsskriftet for Den norske legeföreningen*. 125. årgang. Nr.12. [online]. Web adresse: http://www.tidsskriftet.no/?seks_id=1210627 [31 august 2009].

Selbæk, Geir (2008). "Hvordan påvirkes APSD-forløp av psykofarmaka?". I: *Demens og Alderspsykiatri*. 12. vol. Nr. 3. s. 10-13.

Smebye, Kari Lislerud (2008). "Å møte personer med demens". (Kap 1, s.13-26). I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red). *Personer med demens, møte og samhandling*. Oslo: Akribe.

Sosial og helsedirektoratet (2007). "Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og fremtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens" (online). Web adresse: http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00018/IS-1486_18936a.pdf [01.september 2009].

Szatkowski, Kirsten Sejerøe (2004). "Kommunikasjon og samarbeid". (Kap del 1, s.19-72). I: *Demens, kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Wogne-Henriksen, Kjersti (2008). "Kommunikasjon". (Kap 5, s.87-113). I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red). *Personer med demens, møte og samhandling*. Oslo: Akribe.