

BACHELOROPPGÅVE

Møte med utfordrande åtferd

«Korleis kan sjukepleiar møte utfordrande åtferd hos personar med demens?»

Namn: Karen Vie

Kandidatnummer: 28

“How can nurses face challenging behaviors in persons with dementia?”

Emnekode og namn:

SK 152 Bacheloroppgåve i sjukepleie

Innleveringsdato:

02.05.14

Tal ord:

6964

Rettleiar:

Anne Marie Sandvoll

Samandrag

Tittel: Møte med utfordrande åtferd

Bakgrunn for val av tema: I mitt arbeid i helsevesenet har eg møtt mange personar med demens, som har utfordrande åtferd. Desse møta opplever eg som noko av det mest utfordrande, i arbeidet med personar med demens. Følelse av mislykkaheit, makteslausheit og rådlausheit har eg kjent på. Bakgrunnen min for val av tema er at eg ønskjer meir kunnskap om og forståing av utfordrande åtferd. Eg har sakna konkret kunnskap om gode måtar å møte utfordrande åtferd på i praksis. Med denne oppgåva ønskjer eg å få fram gode måtar å møte utfordrande åtferd på, ved hjelp av litteratur. På den måten vil eg få auka kunnskap på dette området.

Problemstilling: *Korleis kan sjukepleiar møte utfordrande åtferd hos personar med demens?*

Framgangsmåte: Oppgåva byggjer på litteratur frå pensum, sjølvvalt litteratur og forskingsartiklar. Bøkene eg har brukt har tatt for seg demens, utfordrande åtferd, kommunikasjon, etikk, tillit, sjukepleieteori og personsentrert omsorg. Oppgåva er dermed litterær.

Oppsummering: I denne oppgåva har eg sett fokus på korleis sjukepleiar kan bidra til gode møter med personar med demens, som har utfordrande åtferd. Eg har knytt det opp mot etikk, sjukepleieteori, personsentrert omsorg og anna relevant litteratur som grunnlag for å skape ein god relasjon.

Summary

Title: Meeting with challenging behavior.

The Background for the choice of topic: In my work in healthcare, I have met many people with challenging behavior. Such meetings seem to me that is some of the most challenging, in working with people with dementia. I have felt bad in such situations. The reason for my choice of topic, is that I want more knowledge and understanding of challenging behavior. I've missed concrete knowledge about good ways to meet challenging behavior in practice. With this thesis, I wish to develop good ways to meet the challenging behavior, by using literature. In this way, contribute to increased knowledge in this area.

Problem: *How can nurses face challenging behaviors in persons with dementia?*

Procedure: The thesis is based on literature from the curriculum, self-selected literature and research articles. The books I have used have dealt with dementia, challenging behavior, communication, ethics, trust, nursing theory and person centered care. The thesis is thus literary.

Summary: In this thesis, I have set the focus on how nurses can contribute to good meetings with people who have challenging behavior. I have tied it up against the ethics, nursing theory and person centered care as a basis to create a good relationship.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Presentasjon av tema	1
1.2 Bakgrunn for val av tema og problemstilling	2
1.3 Definisjon og avgrensing av problemstilling.....	2
1.4 Avklaring av omgrep i problemstillinga	2
1.5 Disposisjon.....	3
2.0 FRAMGANGSMÅTE	4
2.1 Metode	4
2.2 Søkeprosessen	4
2.3 Val av litteratur.....	5
2.4 Kildekritikk	5
3.0 TEORIDEL	7
3.1 Personar med demens	7
3.2 Utfordrande åtferd	7
3.3 Personsentrert omsorg.....	8
3.4 Etisk refleksjon	9
3.5 Sjukepleieteori.....	10
3.6 Kommunikasjon med personar med demens	12
4.0 KORLEIS KAN SJUKEPLEIAR MØTE UTFORDRANDE ÅTFERD HOS PERSONAR MED DEMENS?	14
4.1 Møte med sterkt forvirra personar med demens	14
4.2 Aggresjon og vold kan være ei utfordring i arbeidet med personar med demens	15
4.3 Personsentrert tilnærming i møte med personar med demens	17
4.4 Etske dilemma i møte med personar med demens	18
5.0 VEIKSKAP OG STYRKE	21
6.0 KONKLUSJON	21
7.0 LITTERATURLISTE	23

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

Temaet eg skal ta for meg er demens, og utfordrande åtferd i forbindelse med denne sjukdommen. Per i dag har om lag 70 000 personar demenssjukdom. Talet vil stige i takt med den eldre befolkninga. Jamfør forventa befolkningsutvikling i Noreg, vil talet på personar med demens nesten bli fordobla fram mot 2040. Om lag 80 % av alle sjukeheimsbeboarar har demens, og er den største diagnosegruppa i omsorgstenesta (Helsedirektoratet, 2011).

Dei fleste personer med demens erfarer psykiske symptom som angst, depresjon eller vrangførestellingar. Medan agitasjon og apati er blant dei vanlegaste åtferdsforandringane hos personar med demens (Testad & Aarsland, 2008). Disse faktorane fører til store utfordringar for helsepersonell som jobbar med personar med demens. Det store spørsmålet er korleis ein som sjukepleiar kan handtere desse utfordringane. Demens endrar menneska- og møta dei imellom. Møta blir annleis, men får ikkje mindre verdi av den grunn. Derfor må sjukepleiar sjå enkeltpersonanes historie, leggje til rette for gode opplevingar og meningsfulle augeblikk (Helse og omsorgsdepartementet, 2011). Ingen studie seier noko eintydig om korleis ein bør møte utfordrande åtferd, og det er stor variasjon i korleis helsepersonell taklar slike utfordringar. Nasjonalt kompetansesenter har eit opplæringsprogram som er utvikla for å auke personalets bevisstheit rundt bruk av tvang og alternative måtar å møte utfordrande åtferd på (Helsedirektoratet, 2007). Eg har nytta aktuell litteratur frå nasjonalt kompetansesenter.

Fleire forfattarar kjem med forslag til korleis ein kan møte personar med demens på ein god og verdig måte. Deriblant Engedal & Haugen, som kjem med ein rekkje praktiske og nyttige råd. Gjennom relevant teori skal eg komme fram til ulike måtar å møte utfordrande åtferd på. Hovedfokuset mitt vil være personsentrert omsorg og tillit i møte med personar med demens.

1.2 Bakgrunn for val av tema og problemstilling

Bakgrunn for val av tema og problemstilling er personleg erfaring med personar med demens, både i forbindelse med jobb og som pårørande. Som medarbeidar på ein skjerma avdeling for personar med demens, har eg ein del praktisk erfaring. Noko av det eg synest er mest utfordrande i praksis, er å møte pasientane på ein god måte når dei er agiterte (urolege). Eksempel på dette er at pasientar ønskjer å reise heim, og prøver å klatre over gjerdet i hagen, eller ta nøkkelen frå lomma til personalet. Slike situasjonar opplever eg som utfordrande. Ved hjelp av forskning og anna relevant litteratur skal eg fordjupe meg i korleis ein kan møte denne typen åtferd. Eg trur at kunnskap er ein viktig faktor for å kunne takle utfordrande situasjonar på ein god måte. Dette er noko eg sjølv har sakna i praksis. Målet med oppgåva er å bidra til auka kompetanse på dette området, og gi moglegheit for betre møter med personar med demens.

1.3 Definisjon og avgrensing av problemstilling

Problemstillinga eg har valgt er:

Korleis kan sjukepleiar møte utfordrande åtferd hos personar med demens.

Oppgåva har eit sjukepleiefagleg fokus. Fokuset er korleis sjukepleiar kan skape gode møter med personar med demens, som har utfordrande åtferd. Relevant litteratur skal takast i bruk. Eg avgrensar «personar med demens» til dei som har ein alvorleg grad av sjukdomen, og bur på institusjon.

1.4 Avklaring av omgrep i problemstillinga

Begrepet utfordrande åtferd omfattar åtferdsmessige og psykologiske symptom ved demens. Dømer på psykiske symptom er hallusinasjonar, vrangførestellingar, depresjon og angst. Dømer på atferds symptom er apati, aggresjon, vandring, agitasjon, roping og seksuelt utfordrande atferd (Lichtwarck, 2009).

1.5 Disposisjon

Oppgåva inneheld til saman 7 kapittel. Kapittel 2 handlar om framgangsmåte, her kjem val og presentasjon av litteratur fram, i tillegg til metodebeskriving. Vidare kjem teoridelen i kapittel 3. Her tar eg for meg aktuell litteratur som omhandlar og kan koplest til demens og utfordrande åtferd. I kapittel 4 har eg drøfta problemstillinga. Nest siste kapittel tar for seg veikskap, styrke og konklusjon.

2.0 FRAMGANGSMÅTE

2.1 Metode

Metode er definert som ein framgangsmåte til å komme fram til ny kunnskap og løyse aktuelle problemstillingar. Alle middel som har dette formålet, har behov for ein metode (Dalland, 2012). Den metoden ein vel, skal kunne gi oss god data og belyse problemstillinga. I oppgåva mi har eg gjort eit litteraturstudie. I eit litteraturstudie systematisera ein kunnskap frå skriftlege kjelder. Det gjer ein ved å først samle inn aktuell litteratur, for deretter å gå kritisk gjennom den. I sjølve oppgåva samanfattar man det man ønskjer å bruke til ein skriftleg tekst (Magnus & Bakketeig, 2009).

2.2 Søkeprosessen

For å få relevante og gode resultat er det avgjerande å formulere gode søkeord (Forsberg, Wengström, 2008). Søkeprosessen strata eg i databasen SveMed. Her nytta eg søkeordet demens, og fikk fram 1657 treff. For å avgrense antall treff, prøvde eg å søke på «demens utfordringer» og hake av på kun norske søk. Søkeresultatet på Svemed vart då kun åtte treff. «Utfordringar og kompetanse i demensomsorgen» var eit av treffa, denne tittelen appellerte til meg. Eg klikka med inn på dette treffet, her fann eg eit anna aktuleit søkeord; aggression. Søkeprosessen fortsatte eg på Cinahl. Her søkte eg «dementia And aggression», og avgrensa til årstalla 2009-2014, og fikk fram 138 søk. I tillegg valgte eg å avgrense til academic journals, og fikk då 125 treff. Dette søket hadde eg god nytte av, og fann to gode forskningsartiklar som eg har tatt i bruk. Ein anna database eg har tatt i bruk er «Academic Search Premier». Her bestemte eg meg for å prøve ut søkeordet «agitation». Søkeordet kom eg over i diverse artiklar om demens, då «agitasjon» tyder å være opphissa, oppskaka og uroleg. Dementia AND agitation AND behavior var søkeorda eg nytta. Eg avgrensa søket til databasane academic searsh premier, medline og cinahl. Tidsperioden eg valgte var 2009-2014. Søkeresultatet vart no på 419 treff.

I tillegg valgte eg å søke etter litteratur om tillit på bibsys. Her nytta eg søkeordet «tillit», og fikk fram fleire aktuelle kjelder som eg har tatt i bruk i oppgåva.

2.3 Val av litteratur

Eg har hatt fokus på litteratur som omhandlar ulike tilnæringsmåtar i forhold til å møte utfordrande åtferd hos personar med demens.

«Utfordringar og kompetanse i demensomsorgen» av May- Karin Rognstad og Dagfinn Nåden (2011). Eg brukte den anerkjente databasen Svemed. Pleiarar blei intervjuar om deira oppleving av arbeidssituasjonen, i forhold til pasientar med demens og utfordrande åtferd (Rognstad & Nåden, 2011). «Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review» av Ingela Enmarker, Rose Olsen og Ove Hellzen (2011). Faktorar som kan utøyse aggressive oppførsel og vold, og ulike tilnermingar på korleis ein kan handtere dette er hovedtema (Enmarker, Olsen & Hellzen, 2011).

Forskningsartikkelen er ein oversiktsartikkel, det vil seie at den tar utgangspunkt i eit bredt spekter forskning som omhandlar eit emne. På denne måten får eg fram mykje forskning i kun eit dokument. «Quality of life in nursing home patients: A 10- month randomized controlled trial» tar for seg personsentrert omsorg i arbeid med personar med demens. Spørsmålet forskningsartikkelen stiller er: Har personsentrert omsorg effekt i behandling av nevropsykologiske symptom hos personar med demens i sykehjem (Rokstad, Røsvik, Kirkevold, Selbaek, Bentth & Engedal, 2013).

Eg har nytta både pensum litteratur og relevant faglitteratur. Pensum litteraturen har i all hovudsak hjelpt meg i forhold til framgangsmåten i bacheloroppgåva. Eg har mellom anna nytta *Prosjektarbeid i helsefag* (Magnus & Bakketeig, 2009), for å få kunnskap om litteraturstudie. I tillegg har eg nytta aktuell litteratur utgitt av forlaget Aldring og helse (Engedal & Haugen, 2009).

2.4 Kildekritikk

Kildekritikk har som formål å beskrive om ei kjelde er sann eller ikkje. Ein må kunne vurdere og karakterisere dei kildene ein har tatt i bruk. Dersom teorien er basert på andre sin studie, slik som i dette tilfellet, er det særleg viktig med kildekritikk (Dalland & Tygstad, 2012).

En av mine artiklar er ein systematisk oversikt, desse har større fagleg tyngde enn enkeltstudiar. Oversikt over allereie eksisterande litteratur blir servert til lesar (Nordtvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reiner 2012). I vurderinga av forskningsartiklane har eg vore kritisk til om artiklane har vore relevant for oppgåva, kven som er forfattar, om resultata er truverdige og om resultata kan knyttast til sjukepleiepraksis. Om resultata er truverdige, har eg vurdert ved hjelp av ulike sjekklister (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008). Sjekklistene eg nytta var for RCT studie, oversiktsartikkel og kvalitativ forskning. Ettersom det er desse forskningsmetodane forskningsartiklane eg har valt byggjer på. I tillegg har eg sett korleis artiklane er oppbygd. IMRAD- prinsippet går igjen i dei fleste vitenskaplege artiklar. Bokstavane står for «introduksjon (kvifor forfattaren vil gjere studiet, metode (korleis dei gjennomførte studiet og analyserte resultata, resultat (kva dei fant) og (And) diskusjon (kva forfattarane meiner resultata betyr) (Nordtvedt et al., 2012, s. 69)». Dette er ein styrke som gjer det lett å setje seg inn i artikkelen, alle forskningsartiklane mine er oppbygd etter IMRAD-prinsippet. I tillegg har dei eit samandrag (abstract) heilt innledningsvis, som oppsummerar artikkelen. Eg avgrensa søka mine til å utelukke publikasjonar eldre enn ti år, for å få fram det nyaste innan forskning. Dette fordi eg vil være sikker på at litteraturen eg nyttar er oppdatert og truverdig.

3.0 TEORIDEL

3.1 Personar med demens

Demens betyr «å være vekke frå sitt sinn». Det kan være ulike årsakar som fører til sjukdommen, men ein seier at alle sjukdomar som rammar/påverkar hjernen kan gi demens. Demens skyldast altså sjukdom i hjernen, og er som regel både kronisk og progressiv. Kortikale funksjonar som hukommelse, tankeevne, språk og dømmekraft påverkast i ein negativ retning. Svekking av følelsmessig kontroll, sosial åtferd og motivasjon er ofte ein konsekvens av reduksjon av kognitive funksjonar (Gjerstad, Fladby & Stein 2013).

Demenssjukdom gir ulike symptom hos kvar enkelt pasient. Grunnen til det er at det er ulike typar demens, og ulike utviklingstrinn i sjukdomen. Det må foreligge organisk sjukdom i hjernen som årsak til tilstanden for å kunne seie at pasienten har demens. Dessutan må redusert hukommelse alltid være til stades, og kunne bli kobla til redusert funksjonsevne i dagleglivet. Symptom ved demens kan delast inn i tre bolkar; kognitive symptom, åtferdsmessige symptom og motoriske symptom. Utfordrande åtferd hos personar med demens koblast til dei åtferdsmessige symptoma. Desse symptoma omfattar depresjon og tilbaketrekning, angst, panikkangst og katastrofereaksjonar, vrangførestillingar og illusjonar, hallusinasjonar, personlegdomsendring, rastlausheit, motorisk uroleg, vandring, apati og interesselausheit, irritabilitet og aggressivitet, repeterande handlingar (roping, hamstring) og forandra døgnrytme (Engedal og Haugen, 2009).

3.2 Utfordrande åtferd

Forståing av åtferden, tiltak til å endre pleiaranes åtferd, justere miljøfaktorar og korrigere forhold hos personen sjølv, er avgjerande for endring (Engedal og Haugen, 2009). Aggressiv åtferd er knytt til depresjon, psykose og smerte. Andre faktorar som kan auke forståinga av kvifor aggressiv oppførsel oppstår er sosial stimulering og det mellommenneskelege forholdet mellom pasient og pleiar. Dersom pleiar kommuniserar negativt med pasienten og er for oppjaget eller respektløst i samhandlinga, kan pasient reagere med aggressivitet. Premorbid (før sjukdom braut ut) personlegdom kan også ha noko å seie for kvifor aggressiv

oppførsel oppstår, men dette er ikkje blitt bevist. Aggressjon og vold i forbidelse med personleg pleie er den hyppigst dokumenterte årsaken. Dette gjelder vasking, påkledning og stell. Smerte og ubehag i forbindelse med berøring kan være en viktig kilde til negative handlingar (Enmarker, Olsen & Hellzen, 2010). Tiltak for å endre pleiaranes åtferd og dermed pasientens kan være: planlegging, unngåelse av situasjonar som skapar uro, minske stimuli rundt pasienten, opptre varsomt og rolig, ikkje stille krav til pasienten, forsøk å avlede, gi like signalar verbalt og nonverbalt og bruk meir enn eit sansestimuli (Engedal & Haugen, 2009). Jamfør forskningsartikkelen i demensomsorgen (Rognstad & Nåden, 2011), ønskjer omsorgsgiverane som deltok i intervjuet meir kompetanse innan sitt fagfelt. Dette innebær korleis ein skal forholde seg til pasientar som er urolege og utagerande. Personalet i undersøkelsen hadde følelsar som redsel, makteslausheit og mislukkaheit i arbeidet med utfordrande åtferd hos personar med demens.

3.3 Personsentrert omsorg

Personsentert omsorg er ein alternativ tilnærming til personar med demens og utfordrande åtferd (Rokstad et al., 2013). Begrepet er ikkje lett å definere, og har ein tendens til å forstås ulikt. Den moderne definisjonen definerast i fire hovedelementer. Desse er: Verdigrunnlag som erkjennar menneskets verdi, individuell tilnærming, forstå verden frå perspektivet til personen med demens og etablere eit støttande sosialt miljø (Brooker, 2013). Rokstad et al. (2013), tar for seg personsentrert omsorg ved hjelp av to ulike modellar. Desse er; Dementia care mapping (DCM) og VIPS praksismodell (VPM). Målet var å studere effekten av å lære personalet å bruke personsentrert omsorg. 14 sjukeheimar i Oslo deltok på det 10 månaders lange randomiserte kontrollerte (RCT) intervensjonsstudie. DCM modellen blei observer i sjukeheimsavdelinga, med fokus på pasientens humør, engasjement og åtferd samt kvaliteten på samhandlinga mellom pleiar og pasient. Tiltak settast i verk ut i frå observasjonane som leggas fram for personalet. Tiltaka skal være basert på ein personsentrert tilnærming, og vurderast ved ny DCM- kartlegging. VPM kjenneteiknar at det er faste møter kvar veke, der det drøftast konkrete pasientsituasjonar. Formålet er å analysere ein utfordrande pasient- pleiar situasjon, få fram pasientanes perspektiv og finne ut korleis pleiarane kan møte situasjonane på ein personsentrert måte. Pleiarane følgde ein

manual som inneheldt kunnskap og forslag til tiltak. I tillegg var det ein kontrollgruppe i studiet. Kontrollvilkåret var at alle gruppene fikk utdelt DVD- ar med generell undervisning om demens. I studien vart det tatt i bruk ulike skalaer for å måle effekten av personsentrert omsorg i behandlinga av nevropsykiatriske symptom. Resultatet av studiet viste ikkje effekt av hovedutfallsmålet, som var agitasjon målt med BARS (Brief agitation rating scale). Medan NPI-Q (Neuropsykiatrisk inventory Questionnaire) viste positive resultatlar på agitasjon, psykose og generelle nevropsykiatriske symptom i forhold i intervensjonsgruppa. DCM gruppa viste positiv effekt på livskvalitet, dette er ikkje blitt påvist i tidlegare studiar. VPM-gruppa hadde positiv effekt på depressive symptom (Rokstad et al., 2013).

3.4 Etisk refleksjon

I nokre situasjonar er det ikkje noko fasit på kva som er rett eller galt, etisk refleksjon kan hjelpe til i denne vurderingsprosessen. Respekten for det enkelte menneskets ibuande verdigheit, bør være grunnlaget i ein kvar etisk refleksjon (Berentsen, 2010). Særlig viktig er det å ivareta personar med demens sin autonomi og retten til å ta egne avgjerder. Kompetanse om valet er ein føresetnad for å ta autonome val (gjengitt etter Rokstad, 2008, s. 78). Mange tenkjer automatisk at personar med demens manglar innsikt i eigen situasjon, og dermed er ute av stand til å ta egne autonome val. Omgivnadane må leggje til rette for at pasientane skal kunne ha ein overordna oversikt over sin eigen situasjon. Personalet og pårørande må være åpne og ærlige, og kontinuerlig holde pasienten oppdatert med informasjon. Dersom andre tar beslutningar på pasientens vegne, kalles det paternalisme. Å utøve paternalisme er berre anerkjent dersom pasienten sjølv ikkje er i stand til å ta egne val. Vurdering av eventuell liding eller fare bør vurderast før ein utøver paternalisme (Rokstad, 2008).

Nærleiksetikken fokuserer på samspelet mellom to ulike individ, med eg- du forholdet i sentrum. Eg- du forholdet er det forholdet ein bør ha til menneskjer, medan eg- det forholdet bør ein ha til ting. Relasjonar, tenking og følelsar er sentrale føringar i nærleiksetikken. Fokuset er ikkje på normer og reglar, men forståing av situasjonen ved hjelp av dei sentrale føringane. Det konkrete samspelet mellom to ulike individ er viktig, og ein må

være var på den andre sin situasjon for å kunne tolke kva for verdiar som står på spel. Emmanuel Levinas har hatt mykje å sei for nærleiksetikken. Den franske filosofen var svært opptatt over det ansvaret vi har ovanfor dei svake og lidande. Han seier at det etiske oppstår mellom eget og «den andre», den andre vil alltid være annerleis og kan ikkje forstås fullt ut. Dersom man hevdar at man forstår den andre, vil det være det same som å redusere han til det (Brinchmann, 2012). Det kan være vanskeleg å forstå personar med demens, både kva dei seier og meiner. Å etablere god kontakt kan derfor være utfordrande (Eide & Eide, 2007). For å skape mening i samtalan må ein lære seg å kjenne pasienten. Skape ein relasjon gjennom pasientens interesser, engasjement og tidlegare minner. Sanseomgivnadane kan få fram gode følelsar, og bringe fram tidlegare minner. Musikk, blomster, berøring, bilder, fargar og møblar kan bidra til å komme nærmare pasienten (Eide & Eide, 2007). Nærleiksetikk er ein type relasjonsetikk, der sjukepleiar sine holdningar og væremåte påverkar pasienten. Det vil være avhengig av situasjonen om pasientane opplever sjukepleiars holdningar, væremåte og handlingar som god. (Brinchmann, 2012). Med tanke på kognitiv svikt, er det viktig å være både bekreftande og ta utgangspunkt i den andre sin oppmerksomhet under kommunikasjon (gjengitt etter Eide & Eide, 2007, s. 382).

3.5 Sjukepleieteori

I Joyce Travelbee sin sjukepleieteori er etablering av eit menneske- til menneske forhold svært sentralt. Gjennom dette forholdet kan sjukepleiar hjelpe pasienten med å finne mening i situasjonen han går gjennom (Kristoffersen, 2011). Travelbee sitt menneske- til menneske forhold etablerast gjennom ein interaksjonsmodell, som har fem ulike fasar (Kristoffersen, 2011). I det innledande møtet utvekslast førsteinntrykk basert på observasjon av væremåte, handlingar og språk. Personar med demens har behov for å bli møtt med tryggleik og tillit. Dette fordi verklegheita ofte opplevast som truande. (Munch, 2008). Oppleving av tillit kan gjere tilværelsen trygg, gi en følelse av at det er godt å være menneskje (Eide & Eide, 2012). Dersom pasientane har tillit til pleiarane, kan det virke forebyggjande for misforståingar, konflikt og bruk av tvang (Hummelvoll, 2012). I kriser eller opplevingar av at noko er truande eller kaotisk, kan personar med demens ha behov for å bli møtt med tillit. Det kan fremme håp og styrke i utfordrande situasjonar (Eide & Eide, 2012).

Utfordringa for sjukepleiar er å «sjå pasienten slik som han er», uavhengig av tidlegare opplysningar om pasienten (Kristoffersen, 2011). Utfordrande åtferd kan oppstå hos personar med demens dersom sjukepleiar manglar forståing for situasjonen (Berentsen, 2010). Ved å møte pasienten med tillit kan ein unngå dette. I sjukepleieprosessen stilles det krav til å kunne bygge opp tillit, også i utfordrande situasjonar (Kristoffersen, 2011). Sjukepleiars glade smil og engasjerte kroppsspråk kan verke tillitsskapande. Eit smil utgjer varme som igjen kan føre til gode møter mellom pasient og sjukepleiar (Munch, 2008).

Vidare blir sjukepleiar kjent med pasientens identitet, og får ein forståelse for pasientens situasjon (Kristoffersen, 2011). På grunn av sviktande mental funksjon, er det ei viktig sjukepleiaroppgåve å opprettholde personar med demens sin personlege identitet (Rokstad, 2008).

Empati er evnen til å leve seg inn i og forstå den andres situasjon og psykisk tilstand, der ein opplever nærleik og kontakt. Dette gir viktig forståelse om den andre personens indre oppleving og ytre atferd. Dette er ikkje avhengig av om ein likar eller mislikar pasienten (Kristoffersen, 2011). Ein må kunne dele eventuelle følelsar som oppstår hos personar med demens, for eksempel einsomheit, lengsel, sinne, smerte og håp. Aksept av følelsar som oppstår, gjer det lettare å forstå personens reaksjonar (Wogn-Henriksen, 2008). Utvikling av sympati er knytt til eit ønske om å hjelpe pasienten. Dette er eit skritt vidare frå den empatiske fasen (Kristoffersen, 2011).

Etablering av gjensidig forståing og kontakt er eit resultat av dei tidlegare fasene, blir utvikla når sjukepleiar har vist forståing og ønske om å hjelpe pasienten. Gjensidig respekt og tillit mellom pleiar og pasient er avgjerande for å oppnå eit godt samspel (Hummelvoll 2012). Menneske- til menneske forholdet er realisert, det er det som er målet med all sjukepleie. I denne fasen kan ein møte behova til både pasient, pårørande og andre involverte (Eide og Eide, 2012). Pasienten har sterk tillitt til sjukepleiar i denne fasen (Kristoffersen, 2011). Tillitt oppstår når vi har sterk tru på at andre vil hjelpe oss når vi treng det. Pasienten kan oppleve skuffelse dersom han viser sjukepleiar tillitt og opplever ein følelse av at tillitten er svekka (Kristoffersen, 2011). Relasjonen mellom profesjonelle og pasient ville ikkje ha kom i stand utan tillitt. Pasientar som har tillit til helsepersonell, tar ikkje spesielle forhandsreglar og overlet seg til andres varetekt. Personar med demens overlet si eiga helse og sjukdom til

helsepersonell (Grimen, 2008). Tillit til helsepersonell gjer det lettare å få gjort ting ein ellers ikkje kunne ha gjort. Dette kan forklarast med at helsepersonell har kunnskap personar med demens manglar, tilliten gjer det lettare å utøve sjukepleie (Grimen, 2008).

3.6 Kommunikasjon med personar med demens

Menneska har ein grunnleggjande, medfødt evne til kommunikasjon (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9). Vi utviklar denne kompetansen i samhandling med andre, i første omgang gjennom språkutvikling. I arbeid med mennesker er kommunikasjonskompetanse svært sentralt (Røkenes & Hanssen, 2012). Oftast er det personalet som må gi mest i kommunikasjonen med personar med demens. Å kjenne til personens bakgrunn er viktig for å kunne føre ein samtale, og for å forstå kva pasienten ønskjer og meiner. Eit anamneseskjema kan være ein god hjelp på vegen. Pasientopplysningar fyllast inn i eit skjema i samarbeid med pårørnde. Anamneseskjemaet skal innehalde opplysningar om utvikling av mental svikt og sviktande funksjon i dagleglivet, kardiovaskulære sjukdomar, psykiatriske sjukdomar, tidlegare hodetraumar, alkoholanamnese, yrkesanamnese og bruk av legemiddel (Engedal & Haugen, 2009, s. 185).

Kommunikasjon med personar med demens kan være utfordrande. Dette fordi dei kan ha vanskar med å forstå innhaldet i orda, men derimot forstår lettare mimikk, kroppsspråk og stemmebruk. Derfor er det viktig å kommunisere tydeleg, og forsterke dette med kroppsspråk. Sjukepleiar må være observant på korleis ein ordlegg seg (Berentsen, 2010). «Orda kan være høflege, vennlege, spydige, ironiske eller sinte, setningar kan dermed skifte meiningsinnhald etter kva tonefall ein nyttar, korleis vi vektlegg orda og styrken på stemma» (Berentsen, 2010, s. 381). Personar med demens oppfattar ofte det vi seier bokstavleg. Manglande forståing kan føre til angst og i verste fall mistar pasienten kontroll over korleis han uttrykker seg. Utfordrande åtferd kan oppstå (for eksempel spraking og roping). Sjukepleiar kan gjere nokre observasjonar i forhold til kommunikasjon: Søkjer pasienten kontakt? Får eg augekontakt? Ser pasienten vekk ved kontaktsøking? Smilar pasienten? korleis går pasienten? Korleis reagera pasienten på kroppskontakt (Berentsen, 2010)? Sjukepleiar kan også utøve nokre tiltak som kan gjere kommunikasjonen lettare for begge

partar. Skap augekontakt og ein felles merksemd, dette gjer det lettare for personar med demens å forstå kva som blir sagt. Bruk korte enkel setningar, og gi ein beskjed om gangen. Snakk sakte og bruk stemma til å berolige pasienten. Gjenta budskapet, og gi pasienten god tid til å svare. Svært viktig er det å ikkje avbryte pasienten og irettesette han. Det kan gi ubehag å bli irettesett ut i frå sin eigen verkelegheitsforståing (Andersen & Munch, 2013).

4.0 KORLEIS KAN SJUKEPLEIAR MØTE UTFORDRANDE ÅTFERD HOS PERSONAR MED DEMENS?

4.1 Møte med sterkt forvirra personar med demens

Som tilsett i ei skjerma avdeling, har eg sett korleis sjukdomen kan arte seg ulikt hos personar med demens. Eg vil no fokusere på korleis ein kan møte sterkt forvirra personar med demens. Dette kan til dømes være pasientar som ikkje ønskjer å være på avdelinga, og forsøker å komme seg ut ved å røske i døra. Bussen ventar eller dyra må ha mat, kan være eksempel på noko pasienten må rekkje. Andre går og går, utan å ville sitte i ro eit sekund. Slik aktivitet kan være uttrykk for savn etter gamle daglegdagse aktivitetar (Engedal &Haugen, 2009). Det startar gjerne med at pasienten er rastlaus og skal heim. Han/ho veit ikkje at aldersheimen no er heimen han/hennar. Engstelse/bekymring kring familie er vanleg, og spør gjerne kvar dei er. Vrangførestillingar, illusjonar og hallusinasjonar kan oppstå. Når pasienten som er over 90 år snakkar om mora som ligg sjuk i ein kjellar, er det eit teikn på vrangførestilling. Feiltolking av sanseentrykk (illusjonar) oppstår når pasienten for eksempel trur at ein medpasient er far hennar. Hallusinasjonar vil seie at pasienten ser noko som ikkje eksisterar for oss andre. Eg har opplevd at pasientar står og snakkar ut i lause lufta, som om det er ein person framfor dei.

I følge Helsedirektoratet (2007) sin rapport om demens, er det ikkje gjort noko studie som eintydig seier noko om korleis ein skal møte utfordrande åtfærd hos personar med demens. I dag er det stor variasjon i korleis helsepersonell taklar åtfærdproblem. Faktorar som kan ha noko å sei for kvifor desse forskjellane oppstår er; kunnskapar/holdningar, organisering, beboarsamansetning og fysisk utforming (miljø og aktivitetar) (Helsedirektoratet, 2007). Etablering av gode relasjonar kan være avgjerande i møte med utordrande åtfærd. For å oppnå ein god relasjon med personar med demens, må personalet kunne gi noko i kommunikasjonsprosessen. Kunnskap om pasientens familie, tidlegare jobb osv. kan ein få kjennskap til gjennom eit anamneseskjema (Engedal & Haugen, 2009). Anamneseskjemaet kan brukes som hjelp til å forklare pasienten at det dessverre er lenge sida mor hennar gikk bort, og at ho ikkje ligger sjuk i ein kjellar lenger. Hjelpemiddelet bør ikkje brukes til å irettesette pasienten, men gi auka forståing for livssituasjonen. Personar med demens spør ofte etter familiemedlemmar, då er det viktig at ein som pleiar har kjennskap til dei.

Ettersom personar med demens er ekstra følsame for mimikk, kroppsspråk og stemmebruk, bør pleiarane være observante på dette (Berentsen, 2010). Gjennom observasjon av pasientens evne til kommunikasjon, kan sjukepleiar setje i verk tiltak som vil betre samspelet. For eksempel jobbe med å skape augekontakt dersom pasienten har ein tendens til å sjå vekk, det vil gjere det lettare for pasienten å forstå kva som blir sagt. Kroppskontakt kan virke beroligande på nokre personar, mens andre kan bli skremd av det (Andersen & Munch, 2013). Dette kan være verd å observere.

4.2 Aggresjon og vold kan være ei utfordring i arbeidet med personar med demens

Aggresjon og vold kan oppstå når pasienten ikkje forstår, blir redd og aggressiv, set seg i motverje eller flyktar vekk (Engedal & Haugen, 2009). Eit eksempel på dette opplevde eg då ein pasient klatra over gjerdet i hagen og flykta vekk. Pasienten begynte å slå etter personalet når vi prøvde å få ho ned frå gjerdet. Pasienten var sterkt forvirra, og ukritisk til sine handlingar.

Aggresjon og vold kan gi omsorgsarbeidarar ein oppleving av maktlausheit, mislykkaheit og redsel. Det etterlysast spesiell kompetanse for mestring av utagerande åtferd. Dette svarte dei tolv omsorgsarbeidarane som blei intervjua om møte med utagerande personar med demens på sjukeheimen (Rognstad & Nåden, 2011). Å bli møtt med aggresjon og vold av pasientar er aldri lett å håndtere. Pasienter som slår og ropar etter personalet kan være skremmande og gi ein følelse av usikkerheit. Vidare kan det føre til at personalet blir anspente og stressa medan dei er på jobb. Som nemnt er det ulike tiltak som kan endre både pleiarar og pasients åtferd, desse er: Planlegging, unngåing av situasjonar som skapar uro, minske stimuli rundt pasienten, opptre varsomt og rolig, ikkje still krav til pasienten, forsøk å avleie, gi like signal verbalt og nonverbalt og bruk av meir enn eit sansestimuli. Planlegging av for eksempel stellsituasjon og undersøkingar for å sikre at pasienten forstår kva som skjer. Det er vanskelegare å samarbeide med pasienten når han er sterkt forvirra i forhold til tid og stad. Då er det betre å vente ei stund til pasienten er enklare å samarbeide med, både for pasienten og personalet. På denne måten får ein ivaretatt pasientens autonomi og helse, og

sjukepleiar får gjort jobben sin. Dersom det er mogleg, er det lurt å unngå situasjonar som skapar uro. Det krev at ein kjenner pasientane og veit kva som gjer dei urolege. Her er det viktig å dokumentere og rapportere vidare til kollegaer (Engedal & Haugen, 2009). Av erfaring har eg observert at mange av pasientane blir urolege dersom det er mykje som skjer på ein gong, samtidig som personalet er stressa. Dette kan for eksempel være under morgonstellet. Dei som er på jobb har mykje å gjere, samtidig som pasientane som har stelt seg sjølv søker kontakt og merksemd. Det bør være ro rundt pasienten, TV og radio må være avslått. Gå til ein rolig stad der medpasientar ikkje lagar lyd. Personalet bør være rolig i sin væremåte, dette vil få pasienten til å føle seg trygg. Ein rolig og avbalansert atmosfære vil gjere urolige pasientar godt. Ellers er det viktig å ikkje stille krav, det kan opplevast som provoserande og skape meir uro. Avledning vil sei å ta pasienten ut av situasjonen, og har som formål å få tankane til pasienten over på noko anna. Prøv å møte pasienten der han er, ved f.eks. å tilby hjelp, eller veilede inn på værelset. Ein anna faktor som er viktig, er at du forsikrar deg om at du gir like signal verbalt og nonverbalt, for å unngå at pasienten blir forvirra. Dersom kroppsspråket signaliserar at du har det travelt, vil pasienten merke det, då har det ikkje så mykje å seie kva du formidlar verbalt. Sansestimulus kan være avgjerande for å nå fram til pasienten. Kommunikasjon ved hjelp av syn, hørsel og berøring kan skape gode realasjonar mellom pasient og pleiar (Engedal & Haugen, 2009).

Irritabel og aggressiv åtferd er for dei fleste den vanskelegaste åtferden å møte (Engedal & Haugen, 2009). Dette kan føre til både fysiske/psykiske skadar for både personalet og pasientar. På avdelinga er det to pasientar som har hamna i slåstkamp med kvarandre, som resulterte i at den eine fikk store blåmerker på den eine armen. Dei gongane eg har opplevd irritabel/aggressiv åtferd er som regel under stell/dusj, matsituasjon og når pasienten er urolig/ «skal heim». Repeterande handlingar, roping og klamring er andre utfordringar. Denne typen åtferd er ikkje enkel å forstå (Engedal & Haugen, 2009). Å snakke med pasientar som ropar er utfordrande, eg har ikkje erfart noko som kan få pasientane til å slutte å rope. Kompetanse kan bidra til auka forståing og mestring av utfordrande åtferd. Ikkje minst korleis det er mest hensiktsmessig å opptre ved utfordrande åtferd, for å unngå urolegheit på avdelinga. Konkrete teknikkar og metodar ein kan nytte i møte med utfordrande åtferd kan være svært nyttig for omsorgsarbeidarar. Dette kan bidra til å skape trygghet og minske personalets følelse av usikkerheit (Rognstad & Nåden, 2011).

4.3 Personsentrert tilnærming i møte med personar med demens

Personsentrert omsorg har blitt meir og meir aktuelt i arbeidet med personar med demens (Brooker, 2010). Studien som undersøkte om personsentrert omsorg har effekt på nevropsykiatriske symptom og livskvalitet hos sjukeheimspasientar med demens, hadde som nemt ikkje effekt på hovedutfallsmålet, som var agitasjon målt med BARS. På den andre sida hadde begge intervensjonane positive resultat på nevropsykiatriske symptom, målt av NPI-Q. Her kom det fram at agitasjon, psykoase og generelle nevropsykiatriske symptom blir påverka positivt ved hjelp av ein personsentrert tilnærming. Både ved VIPS praksismodell og Dementia care mapping. I studiet studerte dei effekten av personsentrert omsorg grundig. Jamfør DCM modellen som har gjort grundige observasjonar av pasientane sitt humør, engasjement, åtferd og kvaliteten i samspelet mellom pleiar og pasient (Rokstad et al., 2013). Det er mykje av dette personsentrert omsorg dreiar seg om. For å forstå verden frå pasientens perspektiv er det avgjerande å kjenne pasienten. Gjennom dei aktuelle observasjonane dannar ein seg eit inntrykk over kva som er utfordrande i samhandlinga med pasienten. Kvaliteten på samspelet mellom pleiar og pasient er avgjerande for å kunne utvikle eit støttande sosialt miljø (Brooker, 2013). Pasienten bør kunne føle seg både velkommen, tilpass og til ein viss grad heime. Målet er at pasientene føler seg trygg på personalet, dette skjer gjerne gjennom ein individuell tilnærming. Ei individuell tilnærming går ut på å behandle personar som enkeltindivid (Brooker, 2013). Tiltak er viktig å iverksette, det gjer ein ut i frå aktuelle observasjonar. Eksempelvis dersom ein pasient vandrar og vandrar, og ikkje ønskjer å være i avdelinga. Basert på ei personsentrert tilnærming kan personalet komme fram til ulike tiltak for å betre situasjonen for pasienten. Denne personen har gode fysiske evner, som er ein god ressurs for pasienten. I staden for at pasienten vandrar inne på avdelinga, kan personalet ta med pasienten ut i frisk luft. Personalet må møte pasientane ut i frå deira behov; altså individuell tilnærming. I VIPS praksismodell drøftar dei konkrete pasientsituasjonar dei har på jobben, for så å finne aktuelle tiltak/tilnærmingar (dei har ein manual dei følgjer med aktuelle tiltak). Det som er bra med denne modellen er at dei er mange som sit saman og drøftar ulike utfordringar, og får dermed fram mange ulike synspunkt og forslag til forbetringar. Manualen ein følgjer i VIPS praksismodell kan være ein god støtte der dei finn aktuell litteratur. VIPS praksismodell kan skape eit betre pasient- pleiar forhold ved å finne ut korleis pleiarane kan møte ulike

situasjonar på ein personsentrert måte (Rokstad et al., 2013). Her er det altså møter og samarbeid som er nøkkelordet, medan i DCM metoden på den andre sida, først observerer og deretter arrangerer møter. I den aktuelle studien kom det fram at DCM gruppa viste positiv effekt på personar med demens sin livskvalitet. Dette var ei viktig oppdaging, sidan dette ikkje har kome fram i andre studie. Å ha livskvalitet er avgjerande for eit godt liv, det at DCM metoden viser gode resultat på dette området, skapar tillit til denne praksismodellen. På den andre sida viste studien at VPM gruppa hadde positive effektar på depressive symptom. Det er lovande ettersom nyare studiar viser ein begrensa effekt av antidepressive medikament i behandling av depresjon hos personar med demens (Rokstad et al., 2013). Det er spennande å sjå at slike praksismodellar har ein innflytelse på pasientane si psykiske helse. Depresjon som kan behandlast med aktuelle tiltak og forbetningsarbeid er veldig hensynsfullt, med tanke på at pasientane mest sannsynleg står på mange medikament allereie og har ulike biverknadar. Personsentrert omsorg gjenspeglar kor viktig det er å sjå pasientane for den dei er, og kommunisere på deira nivå.

4.4 Etiske dilemma i møte med personar med demens

Etiske utfordringar oppstår når det ikkje finst eit fasitsvar på korleis ein bør handle i bestemte situasjonar (Berentsen, 2010). Eg skal no komme med eit eksempel på ein etisk utfordring. Ein pasient er i ferd med å klatre over gjerdet i hagen, personalet står ved sida av og prøver å få ho ned. Personalet må prøve å setje seg inn i situasjonen til pasienten. Kvifor vil pasienten klatre over gjerdet? Ho kjenner seg ikkje igjen på avdelinga, og ønskjer å reise heim. Kvifor ønskjer personalet å holde igjen pasienten? Personalet veit at pasienten er dement og svært forvirra, og ikkje vil finne fram åleine utanfor avdelinga. Pasienten kan også være ukritisk til eigne handlingar, då ho for eksempel tidlegare har gått inn i ein hage på ein privat eigedom i nærleiken. Korleis kan personar med demens forstås? Personalet har innsikt i kvifor pasienten ikkje ønskjer å være på avdelinga, til ein viss grad. Evna til å leve seg inn i pasienten sin situasjon vil variere. Om pasienten forstår kvifor personalet ønskjer å holde ho tilbake på avdelinga, er vanskeleg å sei. Frå min synsvinkel forstod ikkje pasienten at aldersheimen no var heimen hennar, og dermed ikkje at personalet hadde eit ansvar for ho som bebuar. Den gjensidige forståelsen er altså manglande (Berentsen, 2010). Balansen

mellom makt og autonomi er ein utfordring ein ofte møter på i arbeidet med personar med demens. Sjukepleiar føler seg gjerne forplikta til sørge for at pasientane gjer dette, fordi det er ein del av sjukepleieoppgåvene, samstundes som det er viktig for å bevare god helse. På den andre sida tenkjer ein på pasientane sin autonomi og menneskeverd. Autonomi tyder sjølvbestemming, i dette ligger det at personen sjølv i stor grad har rett til å velje og ta beslutningar som omhandlar han som person (Kristoffersen & Nortvedt, 2011). Sjølv om demente personar ikkje fungere like godt kognitivt lenger, skal dei ha rett til sjølvbestemming (Rognstad & Nåden, 2011). På den andre sida kan paternalisme utøves dersom pasienten ikkje er i stand til å ta eigne val (Rokstad, 2008).

Tydinga av å ha etablert eit menneske- til menneske forhold kan gi mening i situasjonen. Her er det dei fem ulike fasane som er gjeldande. I det innledande møtet skal pleiar sjå pasienten, uavhengig av tidlegare opplysningar. Pleiar må observere væremåte, språk og handlingar (Kristoffersen, 2011). Pasienten er aggressiv og urolig, og slår mot personalet dersom dei kjem for nærme. Væremåten indikerer at pasienten ikkje ønskjer kontakt med personalet. Språkleg gir pasienten uttrykk for at vi ikkje skal røre ho, og at ho ønskjer å klatre over gjerdet. Pleiarane får eit inntrykk av pasienten sin identitet gjennom dei aktuelle observasjonane. Det gir ein forståing for kvifor pasienten handlar som ho gjer. Empati er ein viktig faktor for å kunne forstå pasientens situasjon (Kristoffersen, 2011). Ein må leve seg inn i pasienten sin situasjon for å oppnå empati. Kobling av pasientens ytre åtferd og indre oppleving er viktig. Mistrivsel og manglande forståing av kvifor ho skal være på avdelinga og lengsel etter tidlegare kvardagsliv, kan få pasienten til å reagere slik ho gjorde. Sympati er eit skritt vidare, der ein har eit indre ønske om å hjelpe pasienten. Pasient og pleiar kjem nær kvarandre, og pleiar forstår verkeleg pasientens fortvilning (Kristoffersen, 2011). Dette kan pleiar vise ved å snakke rolig og på ein måte som vise medføling. For eksempel: «Eg skjønner veldig godt at du vil heim, kanskje vi skal gå oss en tur så kan du fortelje meg om heimstaden din?». Etablering av gjensidig kontakt og forståing er eit resultat av alle fasanane. Pleiar oppnår tillit hos pasienten (Kristoffersen, 2011). Samarbeidet mellom pleiar og pasient går no lettare. Det kan forklarast med at pasienten no stolar på sjukepleiar (Grimen, 2008). I vanskelege situasjonar kan tillit fremme håp og styrke i arbeidet med personar med demens (Eide & Eide, 2012). Pasienten som ønskjer å klatre over gjerdet i hagen, har utfordrande åtferd, og dermed behov for å bli møtt med tillit (Munch, 2008). Ved mangel på tillit kan

misforståingar, konflikhtar og tvang oppstå (Hummelvoll, 2012). Pasienten høyrer på det pleiar har å seie, og tar til slutt imot hjelp. Dette skjer berre dersom pleiar viser forståing og ønskjer å hjelpe, og faktisk gjer det. Måtar pleiar kan hjelpe pasienten på er komme med ulike tiltak: forsle å hjelpe pasienten over gjerdet ved for eksempel å låse opp porten, gå en tur til i lag, lytte til pasientens ønskjer og utfylle desse så godt det lar seg gjere. Å få pasienten til å forstå at ein ønskjer å hjelpe er svært viktig (Kristoffersen, 2011). På den andre sida kan pasientar oppleve skuffelse dersom dei viser sjukepleiar tillit, og ikkje får noko tilbake (Kristoffersen, 2011). Utfordrande åtferd oppstår dermed lettare når det er mangel på gjensidig forståing og tillit (Berentsen, 2010). For å kunne hjelpe den eldre dama må ein kunne etablere ein god relasjon gjennom gjensidig respekt og tillit (Hummelvoll, 2012). Menneske- til menneske forholdet gjer at sjukepleiar kan møte behova til personar med demens. Pasientanes tillit til sjukepleiar er aktuell i møtet med utfordrande åtferd. Pasienten stolar på at sjukepleiar vil det beste og vil utøve nødvendig sjukepleie i utfordrande situasjonar (Kristoffersen, 2011). Vidare vil det fremme håp og styrke hos personar med demens. Følelesen av tryggleik er reel (Eide & Eide, 2012). I praksis har eg erfart at somme pasientar har betre tilknytning og lettare for å stole på nokre av personalet. Personalet er ulike individ, og har på den måten ulike væremåtar.

Vi har eit ansvar for dei svake og lidande. Pasienten kan ikkje forståas fullt ut, dette må pleiarane akseptere (Brinchmann, 2012). På den andre sida kan ein utvikle eit godt samspel med personar med demens som har utfordrande åtferd. Det kan opplevast som krevjande, og ein må lære seg å kjenne pasienten over tid. Personens interesser kan være ein god plass å starte. Gå tur i lag, dersom dette er noko pasienten interesserar seg for. Bringe fram tidlegare minner, ved for eksempel å bla i eit fotoalbum (Eide & Eide, 2012). Det viktigaste er å respektere personen med demens som eit sjølvstendig individ, med eigne meiningar og interesser.

5.0 VEIKSKAP OG STYRKE

Valg av problemstilling var ein utfordrande prosess, som eg brukte ein del tid på. Grunna auken i antall personar som får demens, meiner eg at problemstillinga mi berre blir meir og meir dagsaktuell. Behovet for kunnskap om dette temaet er dessutan aukande. Det at eg har erfaring frå demensomsorga, og kan sette dette opp mot teorien, er ein anna styrke. På den måten viser eg kva utfordringar ein kan møte på i praksis. Mykje av litteraturen eg har nytta er skriven frå dei seinaste fem åra. Forskningsartiklane er også av nyare dato, særleg personsentrert omsorg som er frå 2013.

Gjennom heile oppgåva har eg hatt ei sjukepleiefagleg tilnærming. Ein veikskap i forhold til dette, kan være manglande fokus på personar med demens sine grunnleggjande behov. Utgangspunktet for vinklinga, var at eg ønskte å skrive om korleis helse personell kan skape gode relasjonar og samhandling med personar med demens. I forhold til forskningsartiklane eg har funne, har eg prøvd å tolke dei riktig slik eg oppfattar dei. Sidan to av dei er på engelsk, kan det være fare for mistolking på grunn av språk.

6.0 KONKLUSJON

Det fins det mange ulike tilnærmingar når det gjeld å møte utfordrande åtferd hos personar med demens. I denne oppgåva har eg lagt vekt personsentrert omsorg og tillit, fordi eg meiner dette er noko ein bør fokusere meir på i framtida. Demens og utfordrande åtferd er vanskeleg å møte, og set ein del krav til sjukepleiar og korleis ein bør handtere situasjonane. I oppgåva har eg lagt vekt på ei rekkje punkt som kan hjelpe sjukepleiar å møte vanskelege situasjonar. Med utgangspunkt i litteratur har eg satt fokus på korleis sjukepleiar kan møte demente personar ved hjelp av gode kommunikasjonsevner, samarbeid, kunnskap om utfordrande åtferd, vise tillit og ha ei individuell tilnærming. Det er nettopp dette som er svaret på problemstillinga mi. Ved hjelp av dei nemnde punkta kan sjukepleiar gjere seg refleksjonar rundt den omsorga ein gir, og ha grunnlag for å skape gode, og kanskje endå betre møter med personar med demens i framtida. Bacheloroppgåva tar for seg viktige tema

som er aktuelt i framtidens demensomsorg, og som har ei viktig rolle i møte med utfordrande atferd.

7.0 LITTERATURLISTE

- Andersen, A. E & Munch, M. (2013). *Utfordringer og muligheter- samvær med personer med demens*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Berentsen, V. D. (2010) Kognitiv svikt og demens. I: M, Kirkevold. K, Brodtkorb & A Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*.(3. utg., s.350-382). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Brinchmann, B.S.(Red.)(2012). *Etikk i sykepleien*. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Dalland O.(2012). Kva er metode? I: Dalland, O. (Red.)(2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Dalland O. & Tygstad H. (2012). Kilder og kildekritikk. I: Dalland O.(Red.)(2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg.) Oslo: Gyldendal.
- Eide & Eide. (2012). *Kommunikasjon i relasjoner- samhandling, konfliktløsning, etikk*. (2 utg, 6. opplag) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal K. & Haugen P.K.(Red.)(2009). *Demens-fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Enmarker, I., Olsen, R & Hellzen, O. (2010). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International journal of older people nursing*, 153-162.
- Forsberg, C & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation*, 3.utgåve. Stockholm: Natur & Kultur.
- Gjerstad, L., Fladby, T & Anderssen, S. (2013). *Demenssykdommer: årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I: A. Molander & L. I. Terum (red.), *Progesjonsstudier* (s. 197-215). Oslo: Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet. (2011). *Demens*. Henta 2. februar 2014 frå

<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/sider/default.aspx>

Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikkje glemt*. Henta 2. februar 2014 frå

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Sider/default.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Demensplan 2015, "Den gode dagen"*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta 4. februar 2014 frå

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

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt- ikkje stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J. & Nortvedt, F. (2005). Teoretiske perspektiver. I: N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie (B 1)* (s.207-270). Oslo: Gyldendal.

Lichtwarck, B. (2009). Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID). *Demens og alderspsykiatri*, 13, 11-14.

Magnus, P. & Bakketeig L. S. (2009). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Munch, M. (2008). Marte Meo som veiledningsmetode. I A. M. M Rokstad & K. S Smebye (red), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.312-338). Oslo: Akribe.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2008). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartiklar*. Hentet 3. april 2014 frå

<http://www.kunnskapssenteret.no/verkt%C3%B8y/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartiklar>

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L.V. & Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!* Oslo: Akribe.

- Rokstad, A.M.M. (2008). Forståelse som grunnlag for samhandling I: Rokstad, A.M.M. & K. S Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s.60-84). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A.M.M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Rognstad, M. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. *Nordisk Sygeplejeforskning, 1*, 143-155.
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold., Selbaek, G., Benth, J. S. & Engedal, K. (2013). The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10- Month Randomized Controlled Trial. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders, 36*, 340-353.
- Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2013). Personsentrert omsorg har effekt. *Demens & alderspsykiatri, 17* (4), 14-16.
- Røkenes H.O. & Hanssen P.H. (Red).(2012). *Bære eller breste*. (3. utg.) Oslo: Vigmostad & Bjørke.
- Tadd, W & Calnan, M.(2009). Vård av äldre: varför värdighet har betydelse- den europeiska erfarenheten. I: Nordenfelt, L. (Red). *Värdighet i vården av Äldre personer*. Lund: Studentlitteratur.
- Testad, I & Aarsland, D. (2008). Pasienter med demens og atferdsproblemer i sykehjem. *Omsorg, 25* (1), 23-27.
- 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.