

HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,  
Pilestredet,  
Fakultet for helsefag**

**Kandidatnummer: 221** \_\_\_\_\_

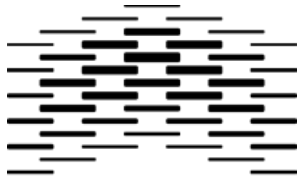
**Eksamensnavn: SYBA 3900** \_\_\_\_\_

**Dato: 01.06.2017** \_\_\_\_\_

**Klasse: B** \_\_\_\_\_

**Kull: 2014** \_\_\_\_\_

**Antall ord: 8634** \_\_\_\_\_



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

# Demens og utfordrende atferd

Dato: 01.06.2017

Antall ord: 8634

## Forord

Den største gaven  
jeg kan tenke meg å få  
fra mennesker  
er at de  
ser meg  
hører meg  
forstår meg  
og  
tar på meg.

Den største gaven  
jeg kan gi  
er at jeg  
ser, hører, forstår  
og  
tar på et annet menneske.  
Når dette har skjedd  
føler jeg  
vi har skapt kontakt.

- *Virginia Satir*

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Demens er fellesbetegnelsen på sykdommer som rammer flere funksjoner i hjernen. Denne sykdommen rammer omtrent 10.000 personer hvert år. I dag lever ca. 71.000 personer med en demens sykdom i Norge. Personer som blir diagnostisert med en demenssykdom vil aldri bli frisk igjen, da sykdommen progredierer og personens funksjonsnivå vil bli dårlige og dårligere og tilslutt være avhengig av hjelp døgnet rundt.

**Problemstilling:** ”Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i møte med demente pasienter på sykehjem?”

**Hensikt:** Formålet med denne oppgaven er å øke kunnskapen om demens, symptomer på demens og finne ut hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos denne pasientgruppen.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på forskningsartikler, selvvalgt litteratur, pensumlitteratur og egne erfaringer fra praksis. Det er brukt fem ulike forskningsartikler i denne oppgaven, dette for å belyse problemstillingen.

**Konklusjon:** Forebygging av utfordrende atferd blant demente pasienter er en viktig del av sykepleiers arbeidsoppgaver på et sykehjem. Sykepleiers kunnskap og måte å kommunisere på viser seg å være essensielt i dette arbeidet.

**Nøkkelord:** Demens, forebygging, utfordrende atferd, sykehjem.

## INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Definisjon og avgrensning av problemstillingen.....	1
1.3 Oppbygning av oppgaven.....	2
1.4 Begrepsavklaring.....	3
<b>2.0 METODE</b> .....	<b>4</b>
2.1 Hva er en metode?.....	4
2.1.1 Kvantitativ metode.....	4
2.1.2 Kvalitativ metode.....	4
2.2 Litteraturstudium som metode.....	5
2.3 Søkeprosessen.....	5
2.4 Presentasjon av forskningsartikler med funn.....	6
2.5 Kildekritikk.....	8
<b>3.0 TEORI</b> .....	<b>10</b>
3.1 Hva er demens?.....	10
3.1.1 Mild demens.....	10
3.1.2 Moderat demens.....	10
3.1.3 Alvorlig demens.....	11
3.2 Hva er utfordrende adferd?.....	11
3.3 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen.....	12
3.3.1 Validering.....	12
3.3.2 Reminisens.....	12
3.3.3 Realitetsorientering.....	13
3.4 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	13
3.4.1 Menneske-til-menneske - forholdet.....	14
3.4.2 Kommunikasjon.....	15
3.4.3 Begrepet pasient.....	15
<b>4.0 DRØFTING</b> .....	<b>16</b>
4.1 Kommunikasjon og relasjon.....	16
4.2 Kunnskap og holdninger.....	21
4.3 God kultur i avdelingen.....	22
<b>5.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>24</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>25</b>
<b>Vedlegg 1 – Søkeprosessen</b> .....	<b>27</b>

## 1.0 INNLEDNING

### 1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.

I dag er det over 77000 personer som har diagnosen demens i Norge, og antallet vil sannsynligvis fordobles de neste 20 årene (Nasjonalforeningen.no, 2017). Det vil bli viktig å tilrettelegge pleie- og omsorgstilbudet fra kommunene for denne pasientgruppen, slik at pasientene får dekt sine behov og samtidig kan få en trygg og meningsfylt hverdag, selv om de har fått en demensdiagnose (Nasjonalforeningen.no, 2017). Det er mye snakk om en kommende eldrebølge og at dette kan gi oss som helsepersonell utfordringer. Utfordringene vil særlig vise seg i form av hvordan vi kan ivareta et faglig forsvarlig og tilrettelagt tilbud til pasienter med demens, slik at disse kan få en tilværelse hvor deres integritet og livskvalitet blir ivaretatt.

Jeg har selv jobbet innenfor eldreomsorgen i snart seks år. Jeg har gjennom jobben som pleieassistent erfart at demente pasienter med utfordrende adferd kan være en ekstra stor utfordring. Jeg har observert at enkelte sykepleiere på sykehjem ser ut til å ha mangelfull kunnskap om hvordan de skal takle slik adferd og hvordan de skal tilnærme seg pasienter med demens. I følge rapporten ”Glemsk, men ikke glemt” (2007) som kommer fra helsedirektoratet, er det stor variasjon i hvordan helsepersonell takler atferdsproblemer hos demente pasienter.

Jeg har valgt å skrive om det å forebygge utfordrende adferd blant demente pasienter på sykehjem. Dette er på bakgrunn av min egen erfaring innen demensomsorg og møte med pasienter som har demens. Jeg har opplevd pasienter som er urolige og utagerende. Jeg har et ønske om å lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan iverksette tiltak som kan forebygge dette, noe som videre kan bidra til at denne pasientgruppen kan få det bedre i sin hverdag. På bakgrunn av dette er min problemstilling som følge:

*”Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i møte med demente pasienter på sykehjem?”*

### 1.2 Definisjon og avgrensning av problemstillingen.

Jeg har valgt å avgrense min problemstilling til å omhandle demente pasienter på sykehjem. Med det utelukker jeg demente pasienter som bor hjemme eller som er innlagt i sykehus.

Dette fordi jeg selv har min erfaring fra sykehjem, hvor jeg har jobbet med demente pasienter. Begrepet utfordrende atferd har jeg valgt å bruke fordi det beskriver flere typer atferdsproblemer. Fokuset mitt er rundt de atferdsmessige og psykologiske symptomene som rammer demente pasienter. Dette på grunn av relevansen knyttet til min problemstilling. Jeg har også valgt å avgrense oppgaven til å handle om demente pasienter som enten lider av en moderat grad eller en alvorlig grad av demens. Jeg har erfart at dette er pasienter som ofte ikke har samtykkekompetanse. Pasienter som lider av en mild grad av demens er utelukket fra oppgaven. Bruk av kommunikasjon som metode for forebygging av utfordrende atferd blant demente er i hovedsak fokus for arbeidet med denne bacheloroppgaven.

Jeg har valgt å ta i bruk Joyce Travelbees sykepleieteori i oppgaven. Dette på grunn av at Travelbees syn på de mellommenneskelige relasjonene og kommunikasjon er relevant i møtet med pasienter med demens, og da også for å svare på problemstillingen jeg har kommet frem til. Joyce Travelbee mener at begrepet ”pasient” er kategoriserende. Jeg har likevel valgt å ta i bruk begrepet ”pasient” når jeg skriver denne oppgaven, fordi dette begrepet går igjen i litteraturen og jeg er vant til å bruke begrepet i praksis.

### **1.3 Oppbygning av oppgaven.**

Oppgaven består av innledning hvor jeg har begrunnet hvorfor jeg har valgt å skrive om temaet ”utfordrende atferd blant demente” og hvor jeg presenterer min problemstilling. Deretter kommer metodedelen, der det beskrives hva metode er og hvorfor det er valgt å ta i bruk litteraturstudie som metode for denne oppgaven. I metodedelen av oppgaven presenterer jeg også litteraturen og selvvalgte forskningsartikler med påfølgende kildekritikk til disse. Videre kommer teoridelen hvor jeg går inn på hva demens er og hva utfordrende atferd er. Jeg har i denne delen av oppgaven også skrevet om ulike kommunikasjonsprinsipper og utdypet innholdet av disse prinsippene; validering, reminisens og realitetsorientering. I teoridelen har jeg i tillegg valgt å beskrive det mest sentrale og relevante i Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Der har jeg tatt med menneske-til-menneske-forholdet, Travelbees syn på kommunikasjon og utdypet hva hun mener om begrepet ”pasient”. Drøftingsdelen er delt opp i tre underoverskrifter hvor hovedfokuset ligger på kommunikasjon og relasjon som forebyggende tiltak. Videre skriver jeg om hvordan kunnskap og kompetanse er viktig for å forebygge utfordrende atferd og også hvordan det å skape en god kultur på avdelingen er viktig for å kunne forebygge utfordrende atferd.

#### **1.4 Begrepsavklaring.**

**Demens** er en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner, og kjennetegnes av kognitiv svikt i form av hukommelsesproblemer, orienteringsproblemer, språkvansker, svikt i planleggingsevne, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter og endringer i væremåte (Skovdahl & Berentsen, 2015).

**Utfordrende atferd** defineres i følge Kirkevold (2009, s.311) som:

*”En betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske reaksjoner, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak.”*

**Kommunikasjon** blir forklart som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter. Begrepet kommer fra det latinske ordet *communicare*, og betyr å gjøre noe felles, å meddele og å ha forbindelse med. Uttrykkene kommunikasjon og relasjon er nært knyttet sammen. Vi bruker ofte disse begrepene når det er snakk om kontakt mellom mennesker (Eide & Eide, 2014).



## **2.0 METODE**

### **2.1 Hva er en metode?**

I boken om metode og oppgaveskriving for studenter henviser Dalland (2014) til både Tranøy og Aubert. I følge Tranøy kan metode defineres som en fremgangsmåte for å finne frem til ny kunnskap eller for å etterprøve påstander som fremsettes som gyldige, sanne eller holdbare.

Dalland referer også til Vilhelm Aubert som definerer metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Dalland 2014, s.111).

Metode er redskapet vi bruker for å samle inn data. Metoden vil hjelpe oss til å systematisere informasjonen vi tilegner oss, slik at vi på en enklere måte kan bruke den i forskningen (Dalland, 2014).

#### **2.1.1 Kvantitativ metode**

Thidemann (2015) hevder at det i følge det naturvitenskapelige kunnskapssynet positivisme, er det to kilder som i prinsippet fører til kunnskap. Disse to prinsippene går ut fra det vi kan observere, og det vi kan slutte oss til ut i fra våre logiske evner. Når vi snakker om målbare enheter, tall, harde og objektive data snakker vi om kvantitative data. På denne måten får vi eksakt faktakunnskap. Tallene gir oss mulighet til nøyaktige regneoperasjoner som igjen kan brukes til statistiske beregninger og som ofte formidles videre i form av tabeller. Når hensikten er å finne svar på spørsmål som ”hvor mye?”, ”hvor ofte?” eller ”mer effektivt enn” bruker vi kvantitative datainnsamlingsmetoder. Ved bruk av den kvantitative metoden blir data samlet inn ved hjelp av spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon eller eksperiment. Det som kjennetegner denne metoden er breddekunnskap, og vi får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

#### **2.1.2 Kvalitativ metode**

I følge Thidemann (2015) benytter den humanvitenskapelige, forstående kunnskapstradisjonen en kvalitativ metodetilnærming. Hensikten med denne metoden er å få kunnskap om menneskelige egenskaper, som for eksempel meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger og holdninger, og å få frem nyanser. Den kvalitative

datainnsamlingsmetoden er hensiktsmessig når en vil ha svar på spørsmål som ”hva betyr det?”, ”hvordan foregår?”, eller ”hvordan opplever?”. Ofte handler den kvalitative tilnærmingen om å finne meningssammenhenger, og datainnsamlingen utføres ved bruk av intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse. Det som kjennetegner denne metoden er at en får dybdekunnskap, altså at en får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Thidemann, 2015).

## **2.2 Litteraturstudium som metode.**

Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode. Grunnen til dette er at det å bruke litteraturstudie som metode er satt som et av kravene for bacheloroppgaven. Ved å bruke litteraturstudie som metode benytter jeg meg av eksisterende forskning og litteratur om det temaet jeg har valgt. I følge Thidemann (2015) er en litteraturstudie en studie som systemiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Når en her snakker om å systemisere, innebærer det å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og helt til slutt å sammenfatte det hele. Hensikten med denne metoden er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen på det området som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen. Utfordringen med denne metoden er å finne relevant forskning og at forskningen er av nyere dato og god kvalitet.

## **2.3 Søkeprosessen.**

I min oppgave har jeg brukt 5 forskningsartikler. Jeg valgte ut disse etter å ha søkt i ulike databaser. Databasene som ble brukt da jeg søkte etter forskningsartikler var Cochrane, ProQuest og Cinahl. Etter å ha vært på søkekurset som ble arrangert av skolen, bestemte jeg meg for å søke etter forskningsartikler som ikke var eldre en ti år. Søkeordene jeg brukte i mine søk var ”dementia”, ”behavior” og ”nursing homes”. Jeg valgte også i mine søk å hake av for at forskningen skulle være ”peer reviewed”, altså at de er fagfellevurdert.

Vedlegg 1 i oppgaven omhandler denne søkeprosessen. Artikkel 5 fikk jeg tilsendt av min veileder og jeg har valgt å bruke denne i oppgaven. Studiene som forskningsartiklene jeg har brukt refererer til, er i hovedsak intervensjonsstudier, med unntak av en kvalitativ studie. I og med at disse intervensjonsstudieartiklene bruker statistiske analysemetoder, kan de kalles kvantitative forskningsartikler. De ulike søkekombinasjonene som ble brukt presenterer jeg nedenfor her:

I Cochrane Library søkte jeg først ”dementia” som ga 14023 treff, ”behavior” som ga 12822 treff og ”nursing homes” som ga 5241 treff. Deretter ble disse koblet sammen til ”Dementia AND ”behavior” AND ”nursing homes” som ga 254 treff.

I databasen ProQuest søkte jeg ”dementia” AND ”behavior” som ga 11286 treff, deretter utvidet jeg søket til ”dementia” AND ”behavior” AND ”nursing homes” som ga 6632 treff. I Databasen Cinahl søkte jeg ”dementia” AND ”behavior/prevention - Control” AND ”nursing homes” som ga 31 treff.

Noe av litteraturen jeg har brukt i denne oppgaven har jeg funnet ved hjelp av å søke på ordene demens og utfordrende atferd i høgskolens søkemotor ”Oria”. Der kan en finne ulike bøker, fagartikler og tidsskrifter. En kan i denne søkemotoren avgrense sitt søk og jeg valgte å avgrense søket mitt til å omhandle bøker og haket av for at litteraturen ikke skulle være eldre en ti år. Videre har min bachelorveileder anbefalt meg litteratur som jeg også har hatt nytte av i arbeidet med oppgaven.

## **2.4 Presentasjon av forskningsartikler med funn**

**Artikkel 1:** Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care.

**Forfattere:** Edvardsson, David, Sandman, P O, Nay, Rhonda og Karlsson, Stig.

**Utgitt:** International Psychogeriatrics; Cambridge, august 2008.

I denne studien ble det brukt to skalaer for å måle og finne sammenhengen mellom utfordrende atferd og pleiepersonalets trivsel og arbeidsmengde. Resultatet av studien viser at ved sykehjem der personalet opplevde høyt arbeidspress, var forekomsten av utfordrende atferd blant pasientene betydelig høyere enn sykehjem med lavt arbeidspress. Videre viser studien at sykehjem som rapporterte et godt omsorgsmiljø, hadde mindre forekomst av atferd som for eksempel rastløshet og vandring.

**Artikkel 2:** Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care.

**Forfattere:** Jane Stein-Parbury, Lynn Chenoweth, Yun Hee Jeon, Henry Brodaty, Marion Haas og Richard Norman.

**Utgitt:** September, 2012

Dette er en del av en større studie som sammenligner effektiviteten av personsentrert pleie (PCC), kartlegging av pleie og vanlig pleie i demensomsorgen i 15 ulike bosenter for eldre med 5 bosenter i hver ”arm” av studien. Denne artikkelen tar for seg den ene ”armen” av studien, personsentrert pleie (PCC).

PCC er en demensomsorgsfilosofi, presentert av (Kitwood, 1997). Denne filosofien har som

grunntanke at den dementes personlighet hele tiden er intakt, i motsetning til den mer konvensjonelle oppfatningen som er at den dementes personlighet gradvis svekkes i takt med sykdomsutviklingen. Filosofien fokuserer på den dementes gjenværende ferdigheter, ikke på de funksjonssvekkelsene demenssykdommen har medført.

Ut fra denne studien artikkelen viser til, bidro bruk av PCC til mindre utfordrende adferd blant pasientene, noe som igjen gav pasientene bedre livskvalitet. I tillegg førte det til bedre arbeidsforhold for helsepersonellet.

**Artikkel 3:** Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs.

**Forfattere:** Annick Bedard, Philippe Landreville, Philippe Voyer, Rene Verreault og Jean Vezina.

**Utgitt:** Mai, 2011

Artikkelen viser en evaluering av en studie hvor man ville identifisere i hvor stor grad dementes adferd i form av verbal utagering, ble forbedret av tiltak basert på å dekke de dementes grunnleggende behov, samt å evaluere effektiviteten av denne formen for tiltak. Dette var en pilotstudie med 26 deltakere, hvor en individualisert ”tiltaks pakke” laget for å dekke pasientens behov for trøst, sosialt samvær og sensorisk stimulering. En terapeut iverksatte tiltakene i 30 minutter lange perioder, i den tiden på døgnet pasientene var med verbalt utagerende. Den verbale utageringen ble målt med opptak, før under og etter tiltaksperiodene. Resultatene av denne studien viste en statistisk signifikant reduksjon av varigheten av verbal utagering i tiltaksperioden. Reduksjonen varte i tiltaksperioden, og pasientene med minst redusert funksjonsevne responderte best på disse tiltakene.

**Artikkel 4:** A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes.

**Forfattere:** Vasse Emmelyne, Vernooij Dassen, Myrra Spijker, Anouk Rikkert, Marcel Olde og Koopmans Raymond.

**Utgitt:** International Psychogeriatrics; Cambridge. Mars, 2010.

Bakgrunnen for denne forskningsartikkelen er at de har sett at svekkelse av den verbale funksjonen til pasienter med demens, gir utfordringer i deres kommunikasjonsevne. Formålet med studien var å studere effekten av ikke-farmakologiske tiltak, rettet mot demente pasienter i boliger og på sykehjem. Studien har to fokusområder: det ene er tiltakenes effekt på kommunikasjonen mellom beboere med demens og deres omsorgspersonell, det andre er å

undersøke effekten tiltakene har på de nevropsykiatriske symptomene som pasienter med demens har. Metoden som ble brukt var systematisk søk på artikler om kontrollerte tiltak ved hjelp av kommunikasjonsstrategier. Datamaterialet som ble samlet, ble omgjort til en meta-analyse. De inkluderte tidsbegrensede og strukturerte ”øvelser”, som for eksempel det å snakke om pasientenes livshistorier. De brukte også kommunikasjonsteknikker i de daglige aktivitetene, for eksempel følsomheten for nonverbal kommunikasjon. Resultatene av studien indikerer at omsorgspersonalet kan forbedre sin kommunikasjon med de demente pasientene når strategiene er implementert i de daglige aktivitetene eller ved tidsbegrensede enkelttiltak. Resultatene viser en mulighet for forbedring av omsorgskvaliteten, men ingen direkte reduksjon av de nevropsykiatriske symptomene. Mer forskning vil være nødvendig for å undersøke om kommunikasjonstiltak kan ha effekt på nevropsykiatriske symptomer.

**Artikkel 5:** God omsorg for urolige personer med demens.

**Forfattere:** Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge.

**Utgitt:** Oktober, 2014. **Oppdatert:** April, 2016.

Bakgrunnen for denne forskningsartikkelen var å utforske og beskrive god omsorg. De mente at teoretiske beskrivelser av god omsorg var vanskelig å anvende i en konkret klinisk situasjon. De mente derfor at det var viktig å få frem mer konkrete beskrivelser av hva god omsorg er med utgangspunkt i god faglig utøvelse. Metoden som ble brukt var av et kvalitativt design med deltakende observasjon som datainnsamlingsmetode. Ansatte fra to skjermete avdelinger deltok i studien. Funnene i denne forskningsartikkelen viste at de ansatte alltid var beredt på den måten at de var årvåkne, utnyttet gyldne øyeblikk og responderte raskt når dette var nødvendig. De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientenes opptreden, de tålte uroen og rutinebrudd og de var kreative i sin fagutøvelse. Betingelsene for en slik fagutøvelse så ut til å være at de hadde gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient, samt at de hadde god innsikt i kollegaers kompetanse.

## **2.5 Kildekritikk.**

Med kildekritikk menes det å stille seg kritisk til litteraturen en har funnet og som en velger å bruke i oppgaven. Kildene må vurderes for å finne ut av om de er troverdige (Dalland, 2014). I min oppgave er det blitt brukt både primær- og sekundærkilder. Primærkilder vi si den opprinnelige kilden, mens sekundærkilder er kilder som bygger på primærkilder (Dalland, 2014).

Jeg har i oppgaven brukt flere kilder som pensumlitteratur, forskningsartikler og internettsider. Litteraturen som har hatt størst betydning for oppgaven er: Rokstad & Smebye (2009), Engedal & Haugen (2009), Kirkevold (2005) og Dalland (2014). Disse fagbøkene er anerkjente. Litteraturen tar i hovedsak for seg teamet jeg har valgt å skrive om; demens, og utfordrende atferd, og er relevant til oppgaven. Bøkene har et aldersspenn som går fra 2009-2014, med unntak av Travelbee (1999). Selv om Travelbee (1999) er en bok som er flere år gammel, er den likevel aktuell for min oppgave.

Det har vært utfordrende å finne sykepleieforskning som direkte er rettet mot problemstillingen. Forskningsartiklene som er benyttet, belyser ikke hver for seg hele oppgavens problemstilling, men dekker ulike deler av den. Artikkelutvalget er slik at det til sammen dekker hele problemstillingen. Artiklene jeg har valgt å bruke er ikke eldre enn 10 år, dette er for å få mest mulig relevant og oppdatert forskning med i oppgaven. Søkene som ble foretatt fikk mange treff og jeg valgte derfor først ut noen artikler ved å lese overskrifter og sammendrag. På den måten fikk jeg dannet meg et bilde av innholdet og deretter leste jeg grundig de artiklene jeg valgte å ha med i oppgaven, samtidig som jeg vurderte deres relevans i forhold til oppgavens problemstilling. Hver artikkel er fagfellevurdert.

## **3.0 TEORI**

### **3.1 Hva er demens?**

Demens er fellesbetegnelsen på flere sykkelige tilstander i hjernen som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i dagliglivets funksjoner (Snoek & Engedal, 2008). Tilstanden vil vanligvis progrediere, slik at både skadene i hjernen som fører til demens, og symptomene de medfører øker.

Forekomsten av demens øker med alderen, og økningen er betydelig etter 75-årsalderen. Forekomsten er noe høyere blant kvinner enn menn, men kjønnsforskjellen er liten (Snoek & Engedal, 2008). For de fleste demente vil det være aktuelt med innleggelse i sykehjem eller annen institusjon når sykdommen progredierer. I dag er demens den hyppigste årsaken til at eldre mennesker blir lagt inn på sykehjem (Snoek & Engedal, 2008).

I følge Snoek & Engedal (2008) er det flere forskjellige faktorer som spiller inn for hvordan symptomene utvikler seg hos hver enkelt pasient, som får en demensdiagnose. Symptomene ved demens kan deles inn i tre kategorier, motoriske, kognitive og atferdsmessige symptomer. De motoriske symptomene sees som muskelstyringsproblemer og inkontinens. Atferdsmessige symptomer kan for eksempel være mistenksomhet, rastløshet, passivitet, irritabilitet, aggresjon og vrangforestillinger. Ved svikt i de kognitive funksjonene ser man ofte en svekket evne til problemløsning, redusert oppmerksomhet, svekket hukommelse, handlingssvikt og språkproblemer. Demens kan deles inn i ulike faser; mild, moderat og alvorlig grad av demens (Snoek & Engedal, 2008).

#### **3.1.1 Mild demens**

I fasen hvor mild grad av demens trer frem vil pasienten selv og også de nærmeste merke at glemsomhet får konsekvenser for pasienten i hverdagen. Måten de merker dette på kan være i form av å glemme avtaler, glemme å handle inn matvarer, hente posten og betale regninger. Det å orientere seg for tid og å finne de rette ordene i kommunikasjonssammenhenger kan også bli utfordrende. Pasienter som har en mild grad av demens kan fungere i hjemmet, men kan trenge tilrettelegging, påminnelser og hjelp til å få laget mat og rydde (Berentsen, 2008).

#### **3.1.2 Moderat demens**

Når pasienten kommer i den moderate fasen av demens mister pasienten mer og mer kontrollen over sin egen tilværelse. Hukommelsen er dårlig og evnen til å løse problemer i hverdagen blir vanskelig. I og med at hukommelsen er dårlig kan det være vanskelig for

pasienten å se konsekvenser av ulike valg som blir tatt. Tilværelsen kan virke kaotisk for pasienten og det kan være vanskelig å danne seg et klart bilde av omgivelsene. Evnen til å uttrykke seg verbalt kan være manglende og det kan derfor være oppstå kommunikasjonsvansker. I og med at mange mister flere av sine funksjonsevner kan dette medføre at pasienten utvikler angst, depresjon, fortvilelse, engstelighet og irritasjon. Også psykotiske symptomer, hallusinasjoner og generell uro kan komme til uttrykk i den moderate fasen (Berentsen, 2008).

### **3.1.3 Alvorlig demens**

I den alvorlige fasen av demens blir den dårlige hukommelsen enda mer fremtredende hos pasienten. Opplevelser fra tidligere i livet viskes vekk og det å gjenkjenne stemmene eller ansiktene til de i nær familie blir vanskelig. Ordforrådet er svært begrenset og evnen til å orientere seg for tid og sted forsvinner. Det å forstå hva andre sier vil også bli utfordrende. Når pasienten er i denne fasen av demens, vil opplevelse av kaos kunne være sterk. Ulike stimuli som syn, hørsel og taktile inntrykk kan være vanskelig å tolke. Pasienter med alvorlig grad av demens blir oftest inkontinent for både urin og avføring og de kan ha vanskelig for å styre sine bevegelser. Denne pasientgruppen vil derfor trenge hjelp hele døgnet (Berentsen, 2008).

### **3.2 Hva er utfordrende adferd?**

I 1996 gjennomførte International Psychogeriatric Association (IPA) en konsensuskonferanse der de konkluderte med at atferdsymptomer og psykologiske symptomer ved demens er så vanlig, at det må sees på som en del av sykdommen. Det var ved denne konferansen at begrepet BPSD – Behavioral and psychological symptoms in dementia oppsto. Oversatt til norsk blir dette begrepet APSD – Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens.

I følge Rokstad (2009) er atferdsmessige og følelsesmessige endringer en del av symptombildet som opptrer hos pasienter som har en demenssykdom. Pasientens atferd endrer seg og en kan oppleve endringer i pasientens væremåte (Rokstad, 2009). Det har blitt brukt mange ulike begreper for å beskrive disse endringene, eksempelvis er det brukt problematferd, atferdsforstyrrelser, vanskelig atferd og utagerende atferd. Litteraturen velger nå å bruke begrepet utfordrende atferd som en samlebetegnelse på disse symptomene (Rokstad, 2009).



Engedal og Haugen (2009) skiller mellom psykiatriske symptomer og atferdsymptomer. De psykiatriske symptomene kan blant annet være vrangforestillinger, angst, hallusinasjoner, og depresjoner. Blant atferdsymptomer sees aggresjon og utagering, vandring, ukritisk atferd, roping og gjentatte spørsmål (Engedal og Haugen, 2009).

### **3.3 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen.**

I tradisjonell faglitteratur om kommunikasjon og demens er reminisens, validering og realitetsorientering betegnet som terapiformer. Både valideringsterapi, reminisensterapi og realitetsorienteringsterapi anvendes både overfor pasienter som lider av demens, og andre som lider av hukommelsessvikt og forvirring (Henriksen, 2009).

#### **3.3.1 Validering**

I følge Hummelvoll (2012) er validering en bekreftelse av individets verdi. Det innebærer å forsikre pasientene at det de opplever er reaksjoner som flere enn bare dem selv erfarer. Omsorg og omtanke for pasienten fra personalets side, tjener til å bekrefte pasientens egenverdi. Dette er en innfallsvinkel som ikke er så opptatt av hva som er reell og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse (Henriksen, 2009). I miljøet fins det muligheter til å validere og ta pasientens symptomer på alvor. En slik erfaring kan lære pasienten å mestre både symptomer og livshendelser (Hummelvoll, 2012). Det som er viktig er å bekrefte og anerkjenne pasientens meddelelser, fremfor å korrigere pasienten eller lede vedkommende frem til korrekthet. Ved bruk av denne metoden blir det viktig å lytte til pasientens emosjonelle uttrykk uten å henge seg opp i faktaopplysninger og sannhet (Henriksen, 2009).

#### **3.3.2 Reminisens**

Reminisens er en prosess som fremkaller minner (Hummelvoll, 2012). Minnearbeid tar utgangspunkt i evnen til å få frem personlige og meningsfulle hendelser tidligere i pasientens liv (Henriksen, 2009). Dette er en kommunikasjonsmetode som i følge Hummelvoll (2012) egner seg spesielt godt for gruppesamlinger i dagsenter eller institusjon. Bruk av reminisens krever at man kjenner til pasientens tidligere liv. En kan snakke om minner som pasienten kjenner seg igjen i og bruke gjenstander som er kjent for pasienten for å få stimulert pasientens hukommelse. (Hummelvoll, 2012). Å bruke minnearbeid kan minne pasienter på deres tidligere selvtillit og kompetanse, som igjen kan føre til positivitet med tanke på deres selvfølelse i dag (Henriksen, 2009). I følge Henriksen (2009) bør denne metoden primært

fokusere på de positive minnene, og at det i de fleste tilfeller ikke er anbefalt å hente frem gamle traumatiske minner.

### **3.3.3 Realitetsorientering**

Metoden realitetsorientering ble utviklet på 1960-tallet. Noen sentrale kjennetegn ved demens er svekket korttidshukommelse og orienteringssvikt. Derfor er det en økt sannsynlighet for at pasienter med demens ikke alltid er klar over tid, sted og situasjon, og de kan av og til miste oversikten eller erstatte manglende oversikt med egne antakelser, som i noen tilfeller kan være feil. Pasienter med demens kan blande sammen drømmer og virkelighet, nåtid og fortid. Minner og referanser de har med seg fra lengre tid tilbake kan få en større gjennomslagskraft, og noen ganger kan vrangforestillinger eller mistenksomhet prege kommunikasjonen (Henriksen, 2009).

I følge Henriksen(2009) setter mange pasienter pris på oppklaring og orientering. Hvis realitetsorientering som metode blir praktisert på en god måte, kan det bidra til å holde vedlike noen viktige kunnskapsbaser som kan gjøre det mulig å forebygge eventuelle forvirringsperioder.

### **3.4 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Joyce Travelbee ble født i New Orleans i USA i 1926. Hun arbeidet i sin tid som psykiatrisk sykepleier og i sin sykepleietenkning retter Travelbee oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Joyce Travelbees filosofi og sykepleietenkning har fortsatt stor innflytelse på sykepleierutdanningen vi har i Norge og hennes menneskesyn bygger på at hvert enkelt menneske er unikt. Hun mener at det enkelte mennesket er uerstattelig, enestående og forskjellig fra alle andre mennesker som lever, har levd eller som noensinne kommer til å leve (Kirkevold, 2010). Travelbee definerer sykepleie slik:

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s.7).»*

### 3.4.1 Menneske-til-menneske - forholdet

Joyce Travelbee mener at sykepleiens mål og hensikt kun kan oppnås gjennom etableringen av et virkelig menneske-til-menneske - forhold, og at et slikt forhold kun kan etableres mellom personer. Derfor er det avgjørende at både pasienten og sykepleieren evner å se forbi det stadiet der de betrakter hverandre som roller, altså at de ikke ser på hverandre som noe annet enn sykepleier og pasient. De må heller gå inn i det stadiet der de på alvor ser hverandre, og forholder seg til hverandre som unike personer (Kirkevold, 2010). I følge Travelbee (1999) etableres et menneske-til-menneske - forhold seg igjennom en interaksjonsprosess som inneholder flere forskjellige faser. Disse fasene er: det innledende møtet, framveksten av identiteter, empati, sympati og etablering av gjensidig forståelse og kontakt.

Det innledende møtet kjennetegnes ved at sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre. De vil derfor basere seg på generaliserte og stereotype oppfatninger når de treffes. Sykepleieren ser på pasienten som om det kunne vært hvilken som helst pasient og pasienten ser på sykepleieren ut i fra de forventningene hun/han generelt har til sykepleiere (Kirkevold, 2010).

Etter hvert kommer pasientens og sykepleierens identiteter og personligheter til syne for den andre. De ”stereotype” oppfatningene de har til hverandre fases ut og sykepleieren og pasienten starter å etablere et bånd i mellom seg. Det blir en fremvekst av identitet blant begge parter (Kirkevold, 2010).

I følge Kirkevold (2010) er empati at man tar del i og forstår meningen med og relevansen av de tankene og følelsene den andre personen har, men at en samtidig er atskilt fra den andre. En vil føle nærhet, og den andre personens individualitet blir oppfattet klarere enn ellers. Empati er ikke noe som skjer hele tiden, men av og til og det skjer ikke helt uten videre. Empati avhenger av at personene som er involvert har like erfaringer. Det fremmes på bakgrunn av rik erfaring, og av et ønske om å fatte og forstå den andre personen.

Sympati er en holdning , en type tankegang og følelse som blir kommunisert til en annen person. Sympati er en slags form for omsorg som uttrykkes gjennom måten en omgås den andre og måten en utfører pleien på. Det kan være med å lette lidelsene på den måten at personen ikke bærer byrden av lidelsen alene (Kirkevold, 2010).

I den siste fasen i menneske-til-menneske - forholdet er det en nær og gjensidig forståelse og kontakt mellom sykepleier og pasient. Dette er resultatet av den gradvise oppbygningen som har foregått i de tidligere fasene. Denne fasen karakteriseres ved at sykepleier og pasient deler nær forbundne tanker, følelser og holdninger (Kirkevold, 2010).

### **3.4.2 Kommunikasjon**

Når det gjelder å etablere et menneske-til-menneske - forhold til pasienten, beskriver Travelbee kommunikasjon som et av sykepleierens viktige redskaper. Mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre ved bruk av kommunikasjon. I møte med mennesker utvikles en kontinuerlig kommunikasjon, hvor vi kommuniserer ved bruk av ord, altså verbalt og ved bruk av mimikk, tonefall, bevegelser og berøring, altså nonverbal kommunikasjon. Dette gjelder også for sykepleier og pasient når de kommer i møte med hverandre (Kirkevold, 2010).

Ved bruk av kommunikasjon blir sykepleieren kjent med pasienten som person. I denne prosessen kan det oppstå en utfordring for sykepleieren; Å finne det som skiller denne pasienten fra tidligere pasienter sykepleieren har vært i kontakt med. Det er også viktig at sykepleieren er i stand til å skille mellom sine egne behov og pasientens behov, og at sykepleieren ikke overfører sine egne behov på pasienten (Kirkevold, 2010). Travelbee (1999) mener at det å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere pasientens personlige behov, er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne planlegge og utføre sykepleie som er i samsvar med pasientens behov.

### **3.4.3 Begrepet pasient**

Når det kommer til begrepet pasient er Travelbee (1999) tydelig på at dette er en merkelapp og en kategori. Hun mener at det i virkeligheten ikke finnes pasienter, men enkeltmennesker som trenger omsorg og hjelp. Når begrepet pasient blir tatt i bruk, kan man fort glemme at dette er et unikt menneske, som tilfeldigvis innehar en bestemt rolle på et bestemt tidspunkt. Alt det som sykepleier forbinder med dette begrepet blir en bred generalisering, som gjelder alle pasienter, noe som fører til at sykepleieren overser de unike forskjellene og behandler alle som en og samme pasient.

## 4.0 DRØFTING

I drøftingen vil jeg belyse problemstillingen; ”*Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd i møte med demente pasienter på sykehjem?*” Problemstillingen vil jeg drøfte ved hjelp av teori, forskning og egne erfaringer.

I følge Dalland (2014) er drøfting å diskutere, ta for seg og granske noe fra forskjellige sider. Ved å drøfte viser en hva en har lært av prosjektet sitt, og en viser hvordan denne kunnskapen henger sammen med den kunnskapen som allerede eksisterer på det området. Det er i dette kapitlet man viser til sammenhenger mellom de teoretiske perspektivene som blir trukket frem under arbeidet med problemstillingen, og resultatene fra undersøkelsen. I den akademiske tradisjon er drøfting et særtrekk, og en skal i drøftingen vise evne til systematisk og kritisk refleksjon.

### 4.1 Kommunikasjon og relasjon.

Kommunikasjonen er det overordnede prinsippet, det er det som holder oss sammen med alt som fins i verden (Henriksen, 2009). Mennesker har behov for å bli møtt som den vi er og demente pasienter er ikke noe unntak. Vi ønsker å bli sett, hørt og forstått. En viktig del av sykepleierens arbeid er å kunne kommunisere med pasienter som er i ulike livssituasjoner og som har forskjellige behov (Henriksen, 2009). Kommunikasjon ligger til grunn for alt menneskelig liv og det er derfor viktig som sykepleier å kunne finne tiltak som gjør kommunikasjonen tydelig og øke sjansen for at pasienten forstår. Når kommunikasjonen blir uklar og det kan den ofte kan bli i møte med demente pasienter, vil det kunne føre til at det oppstår forvirring, utrygghet, misforståelser og mistenksomhet hos pasienten. En slik opplevelse av kaos kan igjen lede til utfordrende adferd hos pasienter med demens.

Etter egne erfaringer har jeg observert at sykepleiere ikke alltid tar seg tid til å gjenta forklaringer flere ganger, konsekvensen av dette kan være at den demente pasienten ikke får mulighet til å forstå hva som blir kommunisert fra sykepleier. I tillegg mister pasienten muligheten til å selv svare eller spørre. Ofte har jeg observert at kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient kan bli misforstått fra pasientens side, eller ikke forstått i det hele tatt, fordi sykepleier ikke tilrettelegger kommunikasjonen etter pasientens behov. Travelbee (1999) vektlegger viktigheten av god kommunikasjon, og at god kommunikasjon avhenger av at budskapet blir forstått av begge parter. Hun mener dette er en spesiell stor utfordring i møte med demente pasienter, og det er da enda viktigere at sykepleier tar seg tid til og forsikrer seg

om, at eventuell informasjon eller generelt det som blir sagt, blir forstått av pasienten. Ut ifra egen erfaring er det spesielt viktig at sykepleier tar seg god tid til å formidle informasjon når de kommuniserer med demente pasienter. Man må ofte gjenta seg selv mange ganger. Travelbee (1999) mener også at dersom sykepleier ikke ser på pasienten som et unikt menneske, kan ikke meningsfylt og god kommunikasjon gjennomføres. Gjennom egen arbeidserfaring har jeg sett tendensen til at sykepleiere av og til forhåndsdømmer pasientsituasjoner og setter pasienten i en ”bås”, hvor det kun er utfordringene og pasientens sykdom som blir sett. Dette kan føre til at pasienten ikke får mulighet til å forsøke å bruke for eksempel ord og setninger til å uttrykke seg, og i stede da kanskje roper og slår for å få uttrykke det han/hun mener. Det er grunn til å tro at dersom sykepleier hadde møtt pasienten med et åpent sinn og tatt seg god tid til å forklare hva som skulle skje, og dermed gitt pasienten mulighet til å kunne kommunisere, ville denne situasjonen kunne blitt bedre for både pasienten og sykepleieren. Vil dette kunne føre til forebygging av utfordrende atferd? Dette understøttes av Hummelvold (2012), da han skriver at det vil være vesentlig å legge eventuelle fordommer en skulle ha til side, og å møte personen med en åpen og aksepterende holdning. Dette fordi det kan føre til at pasienten også viser åpenhet og at det da lettere skapes et tillitsforhold mellom sykepleier og pasient.

Dersom kommunikasjonen er klar og tydelig kan vi oppnå trygghet, nærhet og tillitt også der det er utfordrende atferd (Henriksen, 2009). Hun vektlegger fokus på mennesket, på personen, på mening og sammenheng, og i mindre grad på sykdom og manglene ved kommunikasjon med pasienter med demens. I følge Eide & Eide (2015) er bekreftelse, struktur og respekt kjerneord i kommunikasjon med demente. Demente trenger ofte hjelp til å orientere seg i forhold til tid og sted. Ofte kan de glemme hva gjenstander heter eller hvordan de skal brukes, det kan være et godt tiltak å strukturere miljøet slik at det blir lett å orientere seg i. Et strukturert miljø kan føre til mer oversikt og forutsigbarhet for den demente pasienten. De mener i likhet med Henriksen (2009) at kommunikasjonsstilen skal være klar, tydelig og informerende. Videre mener Eide & Eide (2014) at demente pasienter ofte har behov for at andre verner om deres autonomi og integritet, derfor er respekt en viktig faktor i omsorgen til pasienter med demens.

Rokstad (2009) hevder at utfordrende atferd ikke er noe som skal sees på som et avvik. Utfordrende atferd skal sees på som helt normale reaksjoner fra pasienten når en kjenner til hans/hennes forutsetninger og en ser på det fra pasientens perspektiv. Denne type atferd er en

reaksjon på indre og ytre stimuli og kan faktisk være pasientens eneste måte å kommunisere på for å vise at han/hun ikke er fornøyd med sin egen situasjon. En personsentrert innfallsvinkel er derfor nødvendig for å forstå og møte pasientens atferd. I følge Parbury et.al. (2012) hadde deltakerne i studien nytte av å lære det å anerkjenne og forstå atferden til pasientene som en form for kommunikasjon. Travelbee (1999) mener at pasienten kommuniserer gjennom atferd, utseende, holdning og ansiktsuttrykk, og at sykepleieren gjør det samme. Jeg har fra egne erfaringer sett pasienter som gir uttrykk for redsel, irritasjon og angst for eksempel i stellesituasjoner. Når sykepleier ser tydelige signaler på dette, kan det være nyttig å ta en pause, reflektere over situasjonen en står i, og forsøke å bruke kunnskapene en har til å endre situasjonen. Hva er det her som gjør pasienten utrygg? Sykepleieren kan bruke sine kommunikasjonsferdigheter og dermed berolige pasienten slik at han/hun får en opplevelse av at morgenstellet er en trygg situasjon å være i. Engedal & Haugen (2009) sier at det å være føre var også gjelder utfordrende atferd ved demens og forebygging av dette. Det at sykepleier planlegger godt, ved for eksempel stell, og at pasienten forstår hva som skal foregå, er vesentlig. Sykepleier må forsikre seg om at de verbale og nonverbale signalene som blir gitt er like (Engedal & Haugen, 2009). Med dette menes det at sykepleier må være bevisst sine ansiktsuttrykk og bevegelser, slik at det er samsvar mellom det sykepleier sier og det sykepleiers kroppsspråk og mimikk uttrykker. I følge Parbury et. al. (2010) opplevde de at deltakerne i studien var takknemlig for å få lære hvordan en gjenkjenner og anerkjenner følelser, som en måte for å forstå de demente pasientens behov.

Som sykepleier må en være bevisst sine egne holdninger i møte med pasienter. Vi kommuniserer også nonverbalt. Nonverbal kommunikasjon tar for seg alt vi formidler blant annet via kropp, blikk, gester og avstand (Henriksen, 2009). Gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er spesielt viktig når en jobber med pasienter som har en betydelig kognitiv svikt, som demens. Dette er fordi den nonverbale kommunikasjonen kan ha en større gjennomslagskraft til den demente pasienten, enn det den verbale kommunikasjonen har (Eide & Eide, 2014). I følge Henriksen (2009) kan det forekomme negative, irrasjonelle og destruktive holdninger blant sykepleiere i demensomsorgen. Når sykepleierne blir slitne og utbrente, øker risikoen for at en negativ holdning får større spillerom. Edvardsson et.al (2008) kom frem til at sykepleiernes velvære var knyttet til trivsel blant pasientene med demens som bodde på sykehjemmet. På sykehjemmet jeg har jobbet på har jeg selv sett hvordan elementer som slitenhet og stress har påvirket sykepleiernes

holdninger i møte med pasienter. Det å være åpen om og være bevisst sine egne holdninger kan derfor være viktig.

Som sykepleier til demente pasienter er det viktig å ha kunnskap om ulike kommunikasjonsmetoder. Metoder som reminisens, validering og realitetsorientering kan være gode verktøy å bruke for å forebygge utfordrende atferd hos pasientene.

I følge Travelbee (1999) er det viktig å verdsette pasienten som et unikt individ, se personen bak sykdommen og med dette klare å knytte seg til pasienten. Hun mener at det er viktig å legge sine egne behov til side og å rette fokus mot den som er syk. Sykepleieren må forstå hvordan pasienten tenker, føler og oppfatter situasjonen (Travelbee, 1999). Dette samsvarer med det (Henriksen, 2009) mener. Hun mener at reminisens er et viktig fokusområde for at en skal klare å se pasientens personlighet og identitet. Ved bruk av denne metoden får vi hjelp til å se mennesket bak sykdommen og sykepleieren må kunne klare å se på pasientens minnearbeid som viktig og interessant (Henriksen, 2009). Sykepleieren må ta del i samtalen ved å stille spørsmål, vise respekt for det som blir fortalt, være engasjert og interessere seg både verbalt og via kroppsspråk for å kunne vise interesse for det pasienten forteller (Eide & Eide, 2014).

Om en som sykepleier ikke tar pasientens minner alvorlig, kan dette føre til at pasienten ser på det som en avvisning av seg selv. Dette kan videre føre til en reaksjon hos pasienten som igjen fører til angst og depresjon, og noe som kan utvikle seg til å bli utfordrende atferd. I følge Vasse et. al. (2010) kom de frem til at sykepleierne som deltok i studien kunne forbedre måten de kommuniserte med demente på ved å flette inn kommunikasjonsstrategier i de daglige aktivitetene, eller ved bruk av intervensjoner som enkeltoppgaver til fastsatte tidspunkt hos de demente pasientene på avdelingen. Videre sier de at resultatene av dette gir mulighet for å forbedre kvaliteten på pleien. Henriksen (2009) sier at kommunikasjonsprinsipper ofte kalles for terapi, og selv om man ikke konsekvent følger prinsippene, kan man ved bevisst prøving utvikle empatiske ferdigheter slik at man kan oppnå best mulig kommunikasjon. I følge Travelbee (1999) inngår sykepleierens effektive bruk av kommunikasjon i noe hun kaller ”terapeutisk bruk av seg selv.” Når en bruker seg selv terapeutisk bruker sykepleieren personligheten og kunnskapen sin for å bidra til forandring hos pasienter. Forandringen er terapeutisk når den avhjelper pasientens plager. Et eksempel på å bruk seg selv terapeutisk har jeg fra da jeg jobbet på sykehjem. Jeg hadde ansvaret for en pasient som stadig ville ut av avdelingen fordi han var redd for at tyske soldater fra krigen skulle komme å ta han. Det viste seg at denne pasienten hadde blitt arrestert av tyskerne under



2.verdenskrig. Dette traumet kom tilbake til han, et hull i sengeteppeet tolket han som skuddhull og lignende. Jeg foreslo at i stedet for å rømme ut, kunne vi gjemme oss under vasken på badet. Dette gikk han med på og vi satt der en tid før jeg forsikret han om at nå var det trygt å gå ut, for tyskerne var dratt. Etter dette slo pasienten seg til ro ei god stund. Med dette anerkjente jeg pasientens redsel, satte meg inn i hans følelser og opplevelse, og brukte meg selv terapeutisk til å avhjelpe pasientens plager, slik Travelbee (1999) beskriver. Jeg tolker dette som at utfordrende atferd ble forebygget i denne pasientsituasjonen.

Skovdahl & Berentsen (2014) beskriver validering som en kommunikasjonsmetode som kan brukes for å gjøre det lettere å tolke betydningen av pasientens sinnsstemning. Dermed kan man finne løsninger i situasjoner hvor det kan oppstå kommunikasjonsvansker. De mener at validering er en tilnærming som forsøker å bekrefte følelsene til pasienten, istedenfor å korrigere dem. Dette gjøres ved å benytte verbal og non-verbal kommunikasjon. Dette gir pasienter med demens muligheten til kjenne på følelsen av at de er verdifulle og det kan bidra til at sykepleiere og pårørende forstår hvordan pasientene har det, og på den måten kan de håndtere angsten, sinnet og sorgen pasienten opplever. Mine erfaringer med validering er positive, og jeg har opplevd at ved bruk av denne kommunikasjonsmetoden at pasienter med demens har blitt roligere. Der jeg var student i sykehjemspraksis, var det en eldre dement dame som var dypt bekymret for barna hun passet på, og hun ville ikke gå fra rommet sitt for å spise og var veldig urolig. Da hun ble ført ut sammen med en sykepleier og assistent ble hun utagerende og ropte høyt. Neste morgen hadde jeg ansvaret for denne pasienten. Hun ville fortsatt ikke gå fra barna hun passet på. Jeg anerkjente følelsene hennes og sa at jeg skulle passe på barna mens hun gikk til frokosten, dette slo hun seg til ro med. Dette er et eksempel på at jeg har opplevd validering som et effektivt verktøy som kanskje kan forebygge utfordrende atferd.

Realitetsorientering fokuserer på hva som er reell og sann informasjon. Praktisert på en god måte vil denne kommunikasjonsmetoden kunne forebygge forvirring og føre til oppklaring og orientering. Metoden kan virke mot sin hensikt hvis en konsekvent korrigerer feiloppfatninger, og konsekvensene kan bli negative hvis den demente pasienten kjenner seg mer usikker og latterliggjort. Forvirring og orienteringssvikt kan være uttrykk for opplevelser og følelser som ikke er bearbeidet (Henriksen, 2009). Eide & Eide (2014) sier at man i stedet for å realitetsorientere pasienter med demens, bør man prøve å lytte til og forstå det følelsesmessige budskapet som ligger i det pasienten sier eller gjør. Derfor er det grunn til å

anta at en ved bruk av realitetsorientering ikke anerkjenner og hjelper den demente pasienten til å bearbeide disse opplevelsene og følelsene. Det kan se ut til at bruk av denne metoden kan virke mot sin hensikt til pasienter med moderat og alvorlig grad av demens. Det er grunn til å tro at ubearbeidede følelser og opplevelser samt det å ikke føle seg anerkjent, kan bidra til utfordrende atferd. Derfor blir realitetsorientering en motsetning til det Kitwood (1999) vektlegger i personsentrert omsorg, der skal man bevare identitet og selvopplevelse som en avgjørende faktor for trivsel og velvære blant pasientene (Skovdahl & Berentsen, 2015).

Personsentrert omsorg er basert på noen grunnleggende sosialpsykologiske behov; identitet, tilknytning, sosial inkludering, bekreftelse, tilknytning, kjærlighet og trøst (Skovdahl & Berentsen, 2015). Parbury et. al. (2010) viser til at personsentrert omsorg gir kostnadseffektivitet ved å redusere graden av utfordrende atferd for pasienter med demens i sykehjem. Dette vil si at personsentrert omsorg kan bedre livskvalitet for de demente pasientene og det vil være økonomisk gunstig for samfunnet. I studien til Bédard et. al. (2011) konkluderte de med at verbal utagering ble vesentlig redusert ved at man dekket de grunnleggende behovene til pasientene med demens. I midlertid var det de pasientene som hadde minst redusert funksjonsevne som responderte best. Dette mener jeg kan være et viktig funn da de viser at man ved å dekke pasientens behov kan forebygge utfordrende adferd, sykepleier kan dermed kartlegge pasientenes individuelle behov og sørge for at disse behovene blir dekket og bidra til bedre livskvalitet for pasienter med demens.

#### **4.2 Kunnskap og holdninger.**

I følge Rokstad (2009) spiller sykepleierens kunnskap og holdninger en stor rolle med tanke på forekomsten av utfordrende atferd. Om sykepleier møter pasienten med en negativ holdning kan dette være med på å bidra til utrygghet og kaos for pasienten og dette kan igjen føre til negativ påvirkning av pasientens atferd. I følge Edvardsson et.al. (2008) sin studie kom de derimot frem til at kunnskap blant sykepleierne ikke spiller en så stor rolle, de viser til at det at var lite assosiasjoner mellom det å ha mye kunnskap og forekomsten av utfordrende atferd blant de demente pasientene på avdelingen.

Skovdahl & Berentsen (2015) sier at det som avgjør hvordan sykepleier opptrer må være den enkelte pasient, i den enkelte situasjon. Derfor kan det ikke følges en ”oppskrift” på hvordan sykepleiere skal forholde seg til en pasient som enten er aggressiv eller svært urolig. Videre henviser Skovdahl & Berentsen (2015) til studier som har blitt utført av Skovdahl (2004) og

Skovdahl et. al (2004) for å få en forståelse av årsaken til hvorfor noen sykepleiere klarer å samhandle med og hjelpe pasienter med demens som har utfordrende atferd, mens andre sykepleier kan oppleve dette som svært utfordrende og vanskelig. Det de kom frem til, var at en viktig faktor til hvordan sykepleiere forholdt seg, var hvilket syn de hadde på pasienter med demens. De som tilrettela for å skape gode situasjoner i pleien og tilrettela for gode relasjoner, tok utgangspunkt i at de demente pasientene var unike individer og de forsøkte kontinuerlig å bekrefte pasienten som et verdifullt menneske. Sykepleierne som bare så pasientene som en sykdom, en arbeidsoppgave eller mente at pasientene ikke evnet å forstå handlinger som ble utført, var de som hadde mest vanskeligheter med å samhandle og hjelpe pasienter med utfordrende atferd. Dette samsvarer med det Thorvik et. al. (2014) kom frem til i sin studie hvor de mente at de ansatte var avhengige av kunnskap om sykdommen for å utøve god omsorg til de demente pasientene. Det kom også frem i denne studien at det utgjorde en vesentlig forskjell på om sykepleierne hadde gode kjennskaper til pasientens væremåte og vaner eller ikke. Dette for å kunne lykkes med å gi pasientene god omsorg og forebygge utfordrende atferd.

#### **4.3 God kultur i avdelingen.**

Det kreves i følge Rokstad (2009) sykepleiere med god kunnskap og gode holdninger for å skape og etablere en god kultur på avdelingen. Det er i følge Hummelvold (2012) like viktig at sykepleiernes kompetanse knyttet til pasienter som er verbalt og fysisk varierende, uforutsigbar og utagerende, blir bygd opp. Det kan være problematisk for sykepleiere som ikke har nok kunnskap om utfordrende atferd å skulle forebygge denne type atferd, når den utarter. Dette belyser også Thorvik et. al. (2014) i sin studie. De sier at det virket som at de ansatte som deltok i studien var avhengige av å ha kunnskap om sykdommen for å kunne utøve god omsorg til pasientene. Videre i studien viser Thorvik et. al. (2014) til at fleksibilitet og raushet sykepleierne imellom, er viktige egenskaper hos ansatte som utøvde god omsorg til pasientene. Pasientenes behov ble prioritert og kollegaer bisto hverandre i vanskelig arbeidsoppgaver. Gjennom praksis har jeg opplevd situasjoner hvor det har vært til stor hjelp at andre er fleksible og gir en hjelpende hånd ved høyt arbeidspress. Det har hatt betydning for min arbeidstrivsel og trygghet å vite at jeg kan be kolleger om hjelp, slik at man ikke står helt alene i noe som kan være en utfordrende situasjon.

Edvardsson et. al. (2008) fant ut i sin studie at demente som ble tatt hånd om av sykepleiere som rapporterte om lavt arbeidspress og et bra arbeidsmiljø, hadde færre episoder av verbal

utagering, mindre vandring og utagerende atferd, sammenlignet med avdelinger hvor det ble rapportert om høyt arbeidspress og dårlig arbeidsmiljø. Dette kan utdypes videre da også Skovdahl & Berentsen (2015) mener at stress eller mangel på tid blant sykepleierne er en utløsende faktor for stress blant pasientene med demens, og dette øker risikoen for angst, rastløshet, forvirring eller aggresjon i denne pasientgruppen. Dette kan sees i sammenheng med mine erfaringer fra praksis, hvor en sykepleier forhåndsdomte pasientsituasjoner og ikke tok seg tid til å gi omsorg til pasienten som var urolig og virket engstelig. Kan dette ha sammenheng med at sykepleieren var under høyt arbeidspress og at tiden ikke strakk til for sykepleieren? I følge yrkesetiske retningslinjer (2016) punkt 2.9 har sykepleieren selv ansvar for å gi omsorgsfull hjelp og lindre lidelse. Thorvik et.al. (2014) mener gjennom sin studie at det er viktig med sykepleiere som alltid er beredt, føre var og fleksible. Altså sykepleiere som utøver hjelp og omsorg til pasienten på den beste mulige måten. Videre sier de at nettopp dette kan være en viktig faktor for å forebygge utfordrende atferd blant demente pasienter som bor på sykehjem.

## 5.0 KONKLUSJON

Hensikten med denne litteraturstudien var å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd i møte med pasienter på sykehjem, og i tillegg til dette finne ut om det er sammenheng mellom litteratur og forskning som er gjort på dette området. Hovedfokuset i denne oppgaven har vært å se på bruken av kommunikasjon som forebygging. Her vil jeg presentere konklusjonen som jeg har kommet frem til gjennom arbeidet med oppgaven.

Funnene i dette litteraturstudiet viser at for å kunne forebygge utfordrende atferd i møte med pasienter med demens, er det vesentlig å vite årsaken til denne atferden, slik at det kan ytes god sykepleie til pasienter med en demensdiagnose. En viktig faktor er at sykepleier innehar god kompetanse og gode kunnskaper om demens. Det er også essensielt at sykepleier kjenner den enkelte pasients bakgrunn og dens behov for omsorg for å kunne forebygge utfordrende atferd, spesielt med tanke på at hver enkelt pasient opplever sin egen situasjon og sykdom forskjellig.

Sykepleier må respektere og se pasienten som et verdifullt individ og ikke bare som en diagnose. Sykepleier må være bevisst sine egne holdninger i møte med pasienter med demens, da det viser seg at sykepleiere som ikke ser hele mennesket har vanskeligere både for å samhandle med demente pasienter og å forebygge utfordrende atferd. Kommunikasjon bør være tilpasset slik at pasienten med demens kan forstå. Det er anbefalt å bruke et klart, tydelig og informerende språk, som er både verbalt og nonverbalt samsvarende, til denne pasientgruppen. Bruk av personsentrert pleie og det å ha fokus på å etablere menneske-til-menneske-forhold har vist seg å ha god effekt på å forebygge utfordrende atferd. Dette innebærer at man som sykepleier må kunne sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen.

Dårlig arbeidsmiljø og høyt stressnivå hos sykepleiere ser ut til å kunne føre til økt forekomst av utfordrende atferd. Derfor er det viktig å opprettholde en god arbeidskultur i avdelingen. I dette litteraturstudiet kom det frem at å være føre var og beredt i pasientsituasjoner hvor utfordrende atferd kan utvikle seg, var gode forebyggende tiltak.

Forebygging av utfordrende atferd vil aldri være enkelt. Denne studien viser at sykepleiers kunnskap og holdninger bidrar til å kunne forebygge denne atferden, og med det sikre at pasienten opplever trygghet og verdighet.

**Litteraturliste**

Bédard, A., Landreville, P., Voyer, P., Verreault, R., og Vézina, J. (2011). *Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the satisfaction of basic needs*. Hentet fra: Cinahl. doi: [10.1080/13607863.2011.569480](https://doi.org/10.1080/13607863.2011.569480)

Berentsen, V.D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red) *Geriatrisk sykepleie*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s.350-381.

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5.utg. Oslo: Gyldendal

Edvardsson, D., Sandman, P.O., Nay, R., & Karlsson, S. (2008). *Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care*. Hentet fra: ProQuest 28.03.2017. doi: [10.1017/S1041610208006716](https://doi.org/10.1017/S1041610208006716)

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal.

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

Henriksen, K.W. (2009). Kommunikasjon. I: Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L.S. (red.). *Personer med demens, Møte og samhandling*. 2.utg. Oslo: Akribe AS, s. 87-112.

Hummelvold, J.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt*. 7.utg. Oslo: Gyldendal.

Helsedirektoratet.(2007) *Glemsk, men ikke glemt*. Hentet: 18.04.2017 Fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/116/Glemsk-men-ikke-glemt-IS-1486.pdf>

Kirkevold, M (2010). *Sykeplejeteorier – analyse og evaluering*. 3.utg. København: Munksgaard.

Kirkevold, Ø. (2009). Utfordrende atferd – forståelse og behandling. I: Engedal, K & Haugen, P. K. (red.) *Demens – Fakta og utfordringer*. 5.utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse, s.311-328.

Nasjonalforeningen.no (2017) Hentet 28.03.2017 Fra:

<http://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>

Parbury, S. J., Chenoweth, L., Jeon, H. Y., Brodaty, H., Haas, M. & Norman, R. (2012). *Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care*. Hentet fra: Cochrane 28.03.2017 doi: [10.1080/07317115.2012.702654](https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702654)

Rokstad, A.M.M. (2009). Hva er demens?. I: Rokstad, A.M.M. & Smebye, K.L.S. (red.) *Personer med demens, Møte og samhandling*. 2.utg. Oslo: Akribe AS, s. 27-45.

Satir, V. *Den største gaven*. Hentet: 18.05.2017. Fra:

<http://www.nybrodahl.com/Kap6/Visdomsord/satir.htm>

Skovdahl, K & Berentsen, D. V (2015). Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M, Brodtkorb, K & Ranhoff, H. A. (red.) *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. 2.utg. Oslo: Gyldendal, s.408-437.

Snoek, J.E. & Engedal, K. (2008). *Psykisatri – kunnskap, forståelse og utfordringer*. 3.utg. Akribe Forlag.

Thidemann, I.J (2015). *Bacheloroppgave for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorvik, E.K., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014) *God omsorg for urolige personer med demens*. Hentet: 28.04.2017 Fra: veileder. doi: 10.4220/sykepleief.2014.0140

Travelbee, J.(1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Vasse, E., Vernooij, D., Myrra, S., Anouk, R., Marcel, O. og Koopmans, R. (2010). *A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes*. Hentet fra: ProQuest 05.04.2017 doi: [10.1017/S1041610209990615](https://doi.org/10.1017/S1041610209990615)

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2016) Hentet: 25.05.2017 Fra:

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>

## Vedlegg 1 – Søkeprosessen

Forfatter/ år/land/tittel	Hensikt (mål) med studien	Metode	Resultat (Funn)	Egne kommentarer
<p>Forfattere: Jane Stein-Parbury, Lynn Chenoweth, Yun Hee Jeon, Henry Brodaty, Marion Haas og Richard Norman.</p> <p>År: 2012</p> <p>Land: Australia</p> <p>Tittel: Implementing Person-Centered Care in Residential Dementia Care.</p>	<p>Dette er en del av en større studie som sammenligner effektiviteten av personsentrert pleie (PCC), kartlegging av pleie og vanlig pleie i demensomsorgen i 15 ulike bosenter for eldre med 5 bosenter i hver "arm" av studien. Denne artikkelen tar for seg den ene "armen" av studien, personsentrert pleie (PCC).</p>	Kvantitativ	<p>Ut fra denne studien artikkelen viser til, bidro bruk av PCC til mindre utfordrende adferd blant pasientene, noe som igjen gav pasientene bedre livskvalitet. I tillegg førte det til bedre arbeidsforhold for helsepersonellet.</p>	
<p>Forfattere: Edvardsson, David, Sandman, P O, Nay, Rhonda og Karlsson, Stig.</p> <p>År: 2008</p> <p>Land: Australia</p> <p>Tittel: Associations between the working characteristics of nursing staff and the</p>	<p>Hensikten med studien var å finne sammenhengen mellom utfordrende atferd og pleiepersonalets trivsel og arbeidsmengde.</p>	Kvantitativ	<p>Resultatet av studien viser at ved sykehjem der personalet opplevde høyt arbeidspress, var forekomsten av utfordrende atferd blant pasientene betydelig høyere enn sykehjem med lavt arbeidspress.</p>	



prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care.				
<p>Forfattere: Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge</p> <p>År: 2014</p> <p>Land: Norge</p> <p>Artikkel: God omsorg for urolige pasienter med demens</p>	<p>Hensikten med denne studien var å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens.</p>	<p>Kvalitativ</p>	<p>Funnene i denne forskningsartikkelen viste at de ansatte alltid var beredt på den måten at de var årvåkne, utnyttet gylne øyeblikk og responderte raskt når dette var nødvendig. De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientenes opptreden, de tålte uroen og rutinebrudd og de var kreative i sin fagutøvelse.</p>	
<p>Forfattere: Annick Bédard, Philippe Landreville, Philippe Voyer, Rene Verreault og Jean Vezina.</p> <p>År: 2011</p> <p>Land: Canada</p> <p>Artikkel: Reducing verbal agitation in people with dementia: Evaluation of an intervention based on the</p>	<p>Artikkelen viser en evaluering av en studie hvor man ville identifisere i hvor stor grad dementes adferd i form av verbal utagering, ble forbedret av tiltak basert på å dekke de grunnleggende behov, samt å evaluere effektiviteten av denne formen for tiltak.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Resultatene av denne studien viste en statistisk signifikant reduksjon av varigheten av verbal utagering i tiltaksperioden. Reduksjonen varte i tiltaksperioden, og pasientene med minst redusert funksjonsevne responderte best på disse tiltakene.</p>	

satisfaction of basics needs.				
<p>Forfattere: Vasse Emmelyne, Vernooij-Dassen, Myrra Spijker, Anouk Rikkert, Marcel Olde og Koopmans Raymond.</p> <p>Land: England</p> <p>År: 2010</p> <p>Artikkel: A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes</p>	<p>Formålet med studien var å studere effekten av ikke-farmakologiske tiltak, rettet mot demente pasienter i boliger og på sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ</p>	<p>Resultatene av studien indikerer at omsorgspersonalet kan forbedre sin kommunikasjon med de demente pasientene når strategiene er implementert i de daglige aktivitetene eller ved tidsbegrensede enkelttiltak.</p>	