

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i Sykepleie

SY180H

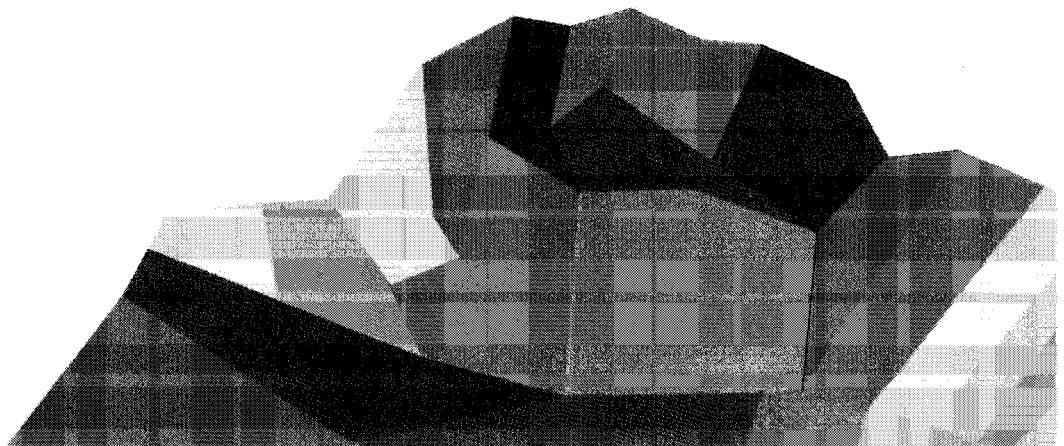
Kandidat nr. 123

”Utfordrende adferd ved demenssykdom,
hvordan forstå og hjelpe”

[Molberg, Prio-Christin Skjellnes]

Innlevering 29. april 2011

Antall ord: 9287



Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	2
1.1 Introduksjon	2
1.2 Tema og begrunnet problemstilling	2
1.3 Problemstilling	3
1.4 Avgrensninger	3
2.0 METODE	4
2.1 Metodebeskrivelse.....	4
2.2 Søkemåter.....	5
2.3 Presentasjon av sentrale artikler.....	5
2.3.1 Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID).....	5
2.3.2 Staff attitudes towards institutionalised dementia residents.	6
2.3.3 Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care.....	7
3.0 TEORI.....	7
3.1 Demens.....	7
3.1.1 Symptomer og ulike former for demens	8
3.1.2 Frontotemporallappsdemens	9
3.2 Utfordrende atferd	10
3.3 Miljøterapi.....	11
3.4 Veiledning.....	13
4.0 SYKEPLEIETEORI.....	14
4.1 Presentasjon av Kari Martinsen og hennes teorier.....	14
5.0 EMPIRI	16
5. 1 Mitt møte med Hanne og hennes hjelpere.....	16
6.0 DRØFTING	17
6.1 Å prøve å forstå.....	17
6.2 Kunnskap – en nødvendighet	18
6.3 Å takle og forstå egne følelser.....	20
6.4 Veiledning	22
6.5 Hvordan møter vi Hanne.....	23
6.6 Kan en veiledningsmodell som TID bidra til at pasienter med utfordrende atferd får en mer forutsigbar hverdag? En oppsummering.....	25
7.0 LITTERATURLISTE	27
7.1 Pensumlitteratur	27
7.2 Selvvalgt litteratur.....	27
7.3 Artikler	29

*At man, når det i sandhed skal lykkes èn at
Føre et menneske hen til et bestemt sted –
Først og fremst må, passe på
At finde ham der, hvor han er
Og begynde der*

Dette er hemmeligheden i al hjælpekunst.

*Enhver, der ikke kan det, han er selv en inbildning,
Når han mener at kunde hjælpe den anden.*

*For i sandhed at kunde hjælpe en anden,
Må jeg forstå mere end ham-
Men dog først og fremmest forstå det, ham forstår.*

Søren Kirkegaard fra
Brudstykke af en ligefrem meddelelse, 1859.

1.0 INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Om lag 10 000 personer rammes årlig av demenssykdom og vi har om lag 71 000 mennesker med demens i Norge. I følge st.meld. nr 25 (2005-2006) regner man med at om lag 250 000 personer, både syke og pårørende er berørt av sykdommen og det antas at antallet mennesker med denne lidelsen vil kunne dobbles i løpet av 30 – 40 år.

Disse tallene sier noe om hvilke utfordringer man har i forhold til pleie og omsorg for denne gruppen pasienter. Utfordrende atferd er et av mange symptomer som kan oppstå som en følge av demenssykdom. Utfordrende atferd medfører ofte reaksjoner hos pårørende, helsepersonell, medpasienter og personen selv. Den oppleves og beskrives ofte som vanskelig, uhensiktsmessig og problematisk. Denne atferden kan representere et uttrykk for noe. Det kan være et behov vedkommende har eller et uttrykk av fortvilelse og frustrasjon. Selv om denne atferden utgjør en liten del av de uttrykkene vedkommende har får de ofte stor betydning. Det kan være vanskelig å forstå denne typen atferd. Som sykepleier skal man ivareta pasientenes grunnleggende behov og gi omsorg. Dersom man opplever vanskelige og utfordrende situasjoner daglig krever det noe av deg som sykepleier og som medmenneske. Det kreves noe for å kunne stå i situasjonene og utøve best mulig pleie og omsorg for disse menneskene.

1.2 Tema og begrunnet problemstilling

Jeg ønsker å skrive om demensomsorg. Jeg synes dette er et spennende fagområde, med mange utfordringer. Som sykepleier møter man ofte mennesker med en demenssykdom, både i sykehjem, i sykehus og i hjemmesykepleien. Ingen av menneskene man møter er like, de har alle forskjellige personligheter, opplevelser, historier og erfaringer. De har forskjellig diagnose med varierende grad av fremskredenhet. Alle disse faktorene synes jeg gjør det spennende og lærerikt å jobbe med mennesker med demenssykdom. Tema jeg har valgt meg blir utfordrende adferd ved demenssykdom. Jeg har sett og opplevd utfordrende atferd i praksis og hvor vanskelig det kan være å møte disse menneskene og samtidig føle at det blir riktig. Jeg kommer til å bruke en opplevd situasjon fra praksis gjennom oppgaven. Det var opplevelsen og erfaringene fra denne og tidligere praksiser som gjorde at jeg kjenner at det er dette jeg vil skrive om. Jeg ser samtidig på tallene i kap. 1.1 og får nok en bekreftelse på at dette er et viktig satsningsområde innenfor helsevesenet, nå og i fremtiden.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan veiledning av personal bidra til at pasienter med utfordrende atferd får en mer forutsigbar hverdag?

For å kunne forstå utagerende og utfordrende adferd kreves det kunnskap om den enkelte pasient, diagnose og en forståelse av hvordan denne diagnosen påvirker dette mennesket. Jeg ønsker å lære mer om dette temaet og se på hvordan man kan hjelpe personalet med å lettere forstå og dermed på en bedre måte takle og leve med utfordrende atferd på arbeidsplassen.

Med en mer forutsigbar hverdag tenker jeg på at pasienten opplever en større forutsigbarhet i de daglige gjøremål og i måten hun blir møtt på av hjelperne. At pasienten kanskje kan få en bedre forståelse av det som skjer og at dette igjen kan bidra til å øke pasientens mestringsfølelse og eller mestringsevne. For et menneske med demens kan hverdagen oppleves kaotisk, dette fordi evnene til å forstå situasjoner svekkes. I følge Marianne Munch blir personen med demens sårbar for hvordan hun blir møtt i sin virkelighet, og hun legger vekt på viktigheten av en tillitskapende og vennlig omgangsform (Rokstad 2008). Med personal tenker jeg i hovedsak på sykepleiere, men annet helsepersonell kan med fordel inkluderes i begrepet.

1.4 Avgrensninger

Avgrensningene mener jeg kommer naturlig ut i fra min historie. Den er basert på hendelser i institusjon. Det vil derfor være naturlig å avgrense oppgaven til å gjelde mennesker i institusjon. Jeg vil prøve å se temaet og problemstillingen min i forhold til historien, slik at jeg kan se på hvordan veiledning og opplæring av personal hadde effekt i akkurat dette spesielle tilfellet.

Jeg vil også nevne at jeg er oppmerksom på at det er flere veiledningsmetoder som kan benyttes i forhold til veiledning av personal. Her i blant Marte Meo- veiledning. Jeg velger å knytte tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID- modellen) opp mot min fortelling. Jeg velger å kun drøfte en veiledningsmodell i oppgaven på grunn av oppgavens omfang.

Undersøkelser viser at utfordrende atferd er vanlig ved alle typer demenssykdom, men hyppigheten av symptomene varierer (Kirkevold 2009). Selv om denne oppgaven vil kunne

passer inn i flere av de ulike demensdiagnosene vil jeg se spesielt på frontotemporallappsdemens (FTLD). Dette er noe fordi at ved denne diagnosen opptrer atferdsmessige symptomer tidlig i forløpet, mens for eksempel hukommelse og tidsorientering kan være lite påvirket i en tidlig fase. Ofte sees endring i atferd lenge før de kognitive endringene ved frontotemporallappsdemens (Engedal 2008). Det at pasienten virker orientert både for tid og sted og til tider kan virke ”frisk” på grunn av forløpet av denne diagnosen kan være med på å gjøre det vanskeligere for personal å forstå den uhemmede sosiale atferden.

2.0 METODE

2.1 Metodebeskrivelse

Ifølge Vilhelm Aubert (1985) er

metode 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, 2007:81).

Jeg vil benytte litteraturstudie for å få kunnskap om temaet. Jeg trenger blant annet kunnskap om sykdomslære og kunnskap om veiledning for å få en bredere forståelse. Jeg kommer til å se på tidligere forskning og bruke annen litteratur. I en litteraturstudie er man ute etter å få en forståelse og å finne mening med det man skriver om. Her kommer hermeneutikken inn i bildet.

Gilje og Grimen skriver:

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er et forsøk på å gjøre klart eller gi mening til, det vi studerer, som overfladisk sett fremstår som uklart, kaotisk, uforståelig eller selvmotsigende. Å fortolke på denne måten er altså å forsøke å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet i noe som fremstår som uklart (Dalland, 2007:54).

Jeg velger å bruke en fortelling for å få frem mine opplevelser og mitt syn på hvordan veiledning kan ha innvirkning i hverdagen for både pasienter og hjelpere. Fortellingen er basert på mine erfaringer fra praksis. Jeg vil bruke mine erfaringer og refleksjoner som en fremgangsmåte til å få en bedre forståelse og ny kunnskap. Navnene i historien er

anonymisert og jeg navngir ikke institusjoner og avdelinger. Dette for å ivareta taushetsplikten jeg er pålagt av helsepersonellovens § 21 som sier at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell (Helse og omsorgsdepartementet).

2.2 Søkemåter

Jeg deltok på et kurs i å benytte ulike e-ressurser i regi av skolens bibliotekar. Jeg brukte da noen av disse e-ressursene for å finne forskningsbaserte artikler.

Jeg har i hovedsak brukt ProQuest, Pubmed og Google Scholar som søkekilder.

ProQuest er en samling databaser. Jeg har brukt ProQuest Nursing & Allied Health Source og ProQuest Medical Library som inneholder fulltekstartikler fra over 1000 tidsskrifter innen helse og medisin. Pubmed er et gratis medisinsk bibliotek på internett, mens Google Scholar er en søkeside, hvor man blant annet kan søke etter forskningsbaserte artikler. Disse ligger tilgjengelig på universitetsbibliotekets hjemmeside.

Jeg brukte ulike søkeord for å finne artikler. "Dementia AND Behavior", "Staff AND Attitude", "Attitude AND Dementia", "Staff AND Attitude AND Dementia", "Dementia AND Behavioral symptoms".

Jeg fant tre artikler som jeg vil bruke i oppgaven. Jeg vil presentere disse under.

2.3 Presentasjon av sentrale artikler

2.3.1 Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens (TID)

Artikkelen er skrevet av Bjørn Lichtwarck som er sykehjemslege, spesialist i allmenntillegger og fastlege.

Denne artikkelen beskriver en intervensjonsmodell som er basert på prinsipper om kognitiv miljøterapi. Denne modellen blir brukt som et verktøy for utredning og personalveiledning ved utfordrende atferd ved demenssykdom.

Modellen går ut på at personalgruppen blir enig om hva en opplever som utfordrende atferd hos en enkelt pasient og at denne atferden registreres over tid. Samtidig observerer man

faktorer som søvn, ernæring og bruk av medikamenter. Det foretas også en ny somatisk undersøkelse, medikamentvurdering, smertevurdering, revurdering av type demensdiagnose, vurdere grad av MMS og Obs – demens, kartlegging av ADL-funksjoner, og komplettering av personopplysningskjema i samråd med pårørende. Etter en tid med informasjons innhenting, alt etter hvor mye det haster og hvor stor belastning atferden oppleves å være innkalles det til veiledningsmøte hvor hele personalgruppen stiller. Det blir det satt av 1, 5 time til møtet. Man begynner med å liste opp de viktigste problemene og personalet får en anledning til å komme med frustrasjoner. Deretter drøftes ett problem av gangen, hvor man skiller mellom fakta (innsamlede opplysninger), tolkninger og følelser. Man forsøker deretter gjennom refleksjon å oppnå en felles forståelse. De ansatte kan komme med forslag til tiltak som drøftes med tanke på gjennomførbarhet og sannsynlighet for å oppnå resultater. Man oppsummerer så det man har kommet frem til og avtales evaluerings form og tidspunkt for evaluering.

Artikkelen beskriver hvordan systematisk og jevnlig bruk av denne modellen påvirker hverdagen ved et bofellesskap for mennesker med demenssykdom. Her beskrives endringer i personalets forståelse for atferd som avgjørende. Den nye forståelsen resulterer i endringer som påvirker både personalets og beboernes trivsel og atferd. Modellen er under utprøving, bearbeidning og forskningsmessig evaluering gjenstår men er under planlegging.

Av artikkelen kommer det frem at det er lite forskning på dette med veiledning av personal og det å søke forståelse av årsaken til atferden hos den enkelte pasient med hensyn til akkurat dette menneskets historie og evner.

2.3.2 Staff attitudes towards institutionalised dementia residents.

En artikkel om sykehjemsansattes holdninger til pasienter med demens skrevet av Sundaran Kada, Harald A Nygaard, Bickol N Mukesh og John T Geitung.

Artikkelen presenterer funnene i en kvantitativ studie av 14 sykehjem i Bergen. Hensikten med studiet var å utforske sammenhenger mellom sosiodemografiske variabler, helsefaglig utdanningsnivå og arbeidserfaring i forhold til grad av positive holdninger til demente pasienter og grad av personorienterte holdninger. Av den yrkesmessige personalsammensetningen var 25,8 % autoriserte sykepleiere og 26 % av disse hadde videre utdanning innen geriatri, psykisk helsearbeid og/eller demensomsorg, 45,7 % hjelpepleiere, 7,2 % omsorgsarbeidere og 20,6 % ufaglærte.

Et av funnene i studien var at holdningene varierte i forhold til utdanningsnivå hos personalet. Det viste seg at et høyere utdanningsnivå innen helsefag bidro til mer positive holdninger til demente. For eksempel hadde spesialutdannende sykepleiere innen geriatri, psykisk helsearbeid og/eller demensomsorg mer positive holdninger enn vanlige autoriserte sykepleiere.

2.3.3 Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care.

Denne artikkelen er skrevet av David Edvardsson, Per-Olof Sandman, Rhonda Nay og Stig Karlsson.

Edvardsson er forskningsassistent ved universitetet i Umeå. Sandman jobber som professor med doktorgrad i medisinsk forskning ved universitetet i Umeå. Nay er Professor of Interdisciplinary Aged Care ved La Trobe University, Australia. Karlsson er universitetslektor ved det medisinske fakultetet ved universitetet i Umeå.

Artikkelen omhandler en studie i forhold til arbeidsmetoder hos pleiepersonell og forekomst av atferdsmessige symptomer hos mennesker med demenssykdom. Erfaring viser at karaktertrekk i arbeidet hos ansatte ved sykehjem kan influere demente pasienters velvære. Hensikten med studiet var å undersøke forbindelser mellom karaktertrekk i arbeidet hos pleiepersonell og forekomsten av adferdsmessige symptomer hos mennesker med demenssykdom i institusjoner. Studien ble gjennomført på bakgrunn av et større intervensjonsprosjekt som studerte effekten av et utdanningsprogram for helsepersonell som jobber i institusjon.

Et av funnene i studien var at ved tilfeller hvor de ansatte meldte om høyt arbeidspress så man større forekomst av atferdsmessige symptomer enn ved de stedene hvor arbeidspresset var lavere. Konklusjonen ble at man fikk en bekreftelse på at trivsel og velvære blant personal er forbundet med velvære hos pasienter med demenssykdom i institusjon.

3.0 TEORI

3.1 Demens

Demens er en hjerneorganisk sykdom og en fellesbetegnelse på en rekke sykkelige tilstander som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal, 2008: 217)

Om lag 10 000 personer rammes årlig av demenssykdom og vi har om lag 71 000 mennesker med demens i Norge. (Demensplan 2015; St.meld. nr 25(2005-2006)). I følge Engedal (2008) er demens den hyppigste årsaken til at eldre i dag blir innlagt i sykehjem, og det er den fjerde hyppigste dødsårsaken hos eldre over 65 år.

3.1.1 Symptomer og ulike former for demens

Demens er en fellesbetegnelse for mange ulike former av sykdommen. Engedal (2008) klassifiserer disse formene inn i 3 grupper. Degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens.

Degenerative hjernesykdommer omfatter blant annet Alzheimer, frontotemporallappsdemens, demens ved Lewylegeme, Parkinsons sykdom med demens og Huntingtons sykdom med demens.

Vaskulær demens er en fellesbetegnelse for demens der årsaken enten er betinget av karsykdommer, ved hjerneinfarkt og ved hypoksi. Den siste gruppen som er sekundær demens. Her er demens er ett av flere symptomer ved en hjernesykdom. Disse kan være blant annet alkoholbetinget demens, vitaminmangel demens og demens sekundært etter hjernesvulst eller hodeskader (Engedal 2008).

I følge Engedal (2008) er demens ved Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens og utgjør minst 60 % av alle sykdomstilfellene. Den nest hyppigste er vaskulær demens som utgjør 20 -25 % og det antas at frontotemporallappsdemens og demens ved Lewylegeme er den tredje og fjerde hyppigste demenstilstanden.

Symptomer ved demens er svært individuelle og kan opptre i ulik grad og form hos den enkelte pasient. Man kan likevel dele inn symptomene ved demens i kognitive, motoriske og atferdsmessige symptomer.

Ved svikt i kognitive funksjoner ser man ofte redusert oppmerksomhet, svekket evne til problemløsning, handlingssvikt, dårlig hukommelse og språkproblemer.

Atferdsmessige symptomer kan være passivitet, mistenksomhet og rastløshet. Man kan se angst, depresjon, vrangforestillinger, irritabilitet og aggresjon.

Motoriske symptomer sees som muskelstyringsproblemer og inkontinens (Engedal 2008).

3.1.2 Frontotemporallappsdemens

Frontotemporallappsdemens er et overordnet begrep som omfatter flere degenerative hjernesykdommer som ramme hjernenes panne - og tinninglapper (Rokstad og Smebye 2008). Skader som blødninger, hjerneinfarkt, svulster eller B12 vitaminmangel kan gi like symptomer som ved degenerativ pannelappsdemens. Det som karakteriserer skader i de frontale delene av hjernen kalles det frontale syndrom og det viser seg ofte i initiativløshet og tilbaketrekning, bortfall av hemninger, svikt i evne til problemløsning og motorisk språkutfall.

Symptomene ved frontotemporallappsdemens er noe annerledes enn ved demens ved for eksempel Alzheimers sykdom. I et tidlig stadium av denne sykdommen vil hukommelsen, orienteringsevnen og forståelsesevnen være relativt intakt i motsetning til demens ved Alzheimers sykdom hvor disse evnene reduseres tidlig.

De mest typiske kognitive endringene ved frontallappsdemens er:

- redusert oppmerksomhet
- gjentakelse av tidligere handlinger, såkalt perseverasjon.
- redusert evne til å velge strategi og redusert evne til å planlegge og organisere informasjon
- motoriske språkvansker
- redusert evne til å skille fra viktig til mindre viktig når en skal løse en oppgave.
- redusert evne til praktiske handlinger.

(Rokstad og Smebye 2008).

Det som karakteriserer frontotemporallappsdemens er endringene i atferd og personlighet.

Disse endringene kommer gjerne lenge før de kognitive endringene.

Typiske atferdsendringer ved denne typen demens er:

- hyperoralitet (uhemmet spising og drikking)
- alkoholmisbruk
- perseverende, stereotyp tale eller atferd
- taktløse handlinger, uhemmet språk
- irritabilitet og uadekvate følelsesmessige reaksjoner
- rastløshet
- likegyldighet i forhold til egen hygiene og påkledning
- likegyldighet i sosiale situasjoner

- apati og interesseløshet
- tilsynelatende depressivitet
- følelsesmessig avflatethet
- tilsynelatende lykkelig

(Rokstad og Smebye 2008).

Skader i de nedre delene av frontallappene gir symptomer som rastløshet og bortfall av hemninger, mens skader på overflaten av pannelappene gir symptomer som interesseløshet, likegyldighet og motorisk treghet (Engedal 2008). Bortfall av hemninger gjør at pasienten kan få store problemer i sosiale sammenhenger. Impulskontrollen er ofte redusert og dette fører til økt irritasjon og aggresjon (Engedal 2008). Pasientens plutselige endring av personlighet med sin ukritiske oppførsel kan oppleves sjokkerende for familie og pårørende. Jeg går nærmere inn på utfordrende atferd og personlighets endringer i neste kapittel.

Det finnes ingen legemidler som kan kurere, stagnere eller lindre sykdommen. I følge Engedal (2008) er det viktigste å tilby egnet miljøbehandling og gi informasjon om sykdommen og dens forløp til pårørende og personal. Grensesetting og tilpassing av aktivitet og stimulering er viktige faktorer i behandlingen av mennesker med frontotemporallappsdemens.

3.2 Utfordrende atferd

Endringer i atferd og endrede følelsesmessige reaksjoner er en del av sykdomsbildet hos de aller fleste med demens (Engedal 2008). Symptomer som er en del av endring i atferd og følelsesmessige reaksjoner omtales ofte som atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens og forkortes gjerne til APSD i norsk faglitteratur. I en studie for å kartlegge forekomsten av atferdsforstyrrelser hos personer med demens i norske sykehjem, ble det funnet kliniske relevante psykiatriske og atferdsmessige symptomer hos 72 % av pasientene (Rokstad 2008: 180-204). Disse endringene er regelen snarere enn unntaket ved demens og symptomene har en tendens til å øke etter hvert som sykdommen utvikler seg (Rokstad 2008).

APDS er mest uttalt i midtfasen av sykdomsforløpet, med unntak av frontotemporallappsdemens og demens ved Lewylegeme hvor man kan se disse symptomene i en tidlig fase (Laake 2003). Det har blitt brukt forskjellige betegnelser på atferdssymptomer ved demens. Vanskelig atferd, problematferd, uakseptabel og utfordrende atferd er bare noen

av dem. Kirkevold (2009) viser til APSD som et sett av symptomer og at fokus på symptomene gir fare for at en ikke behandler årsakene som kan ligge bak, men kun symptomene. Videre sier Kirkevold at å bruke betegnelsen vanskelig atferd kan gjøre at man legger årsaken hos personen som har demens, selv om det kan være andre forhold som skaper problemene. Han mener at ved å se på atferden som en utfordring, kan fokuset rettes mot samhandling og andre miljøfaktorer. Rokstad (2008) mener at atferdsendring er forståelige reaksjoner på en helt forandret livssituasjon som er påvirket av hjerneorganisatoriske forandringer, endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, samt endringer i atferden hos personene i omgivelsene. Hun velger å bruke betegnelsen utfordrende atferd for å understreke at atferdsendringene ikke er å betrakte som unormale eller avvikende.

Symptomene ved utfordrende atferd deles inn i to grupper, atferdsmessige symptomer og psykiatriske symptomer. Et av de hyppigste symptomene er vrangforestillinger. De kan gå ut på at huset pasienten bor i ikke er hans hjem, at ektefellen er utro eller at noen stjeler fra en. Perioder med hallusinasjoner kan også forekomme, hvor de vanligste er synshallusinasjoner. Et annet vanlig symptom er depresjon. Angst kan være fremtredende gjennom hele sykdomsforløpet og kan gi seg utslag i motorisk uro, redsel for å være forlatt og i gjentatte spørsmål (Kirkevold 2009). Agitert atferd er et mangfoldig begrep. Det kan gi utslag i fysisk ikke aggressiv atferd som vandring, rastløshet, gjentatte av og på kledninger, eller i fysisk aggressiv atferd som slåing, klipping, spyting og biting. Agitert atferd av verbal karakter kan komme som gjentatte setninger, klaging og negativisme og regnes som ikke aggressiv verbal atferd. Verbal aggressiv atferd ses som hyling, kjefting og sinneutbrudd. Kirkevold (2009) definerer agitert atferd som upassende motorisk eller verbal aktivitet som ikke blir oppfattet som direkte uttrykk for udekte behov eller er et resultat av forvirring. Et annet vanlig symptom ved demens er døgnrytmeforstyrrelser. Disse har ofte sammenheng med andre atferdssymptomer som vandring, rastløshet og irritabilitet (Kirkevold 2009).

3.3 Miljøterapi

Man kan nesten ikke komme unna å nevne miljøterapi når man skriver om demenssykdom og utfordrende atferd. Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av beboerens omgivelser, hvor en aktivt bruker forhold som virker inn på dagliglivet (Rokstad 2008). Det har vært mye fokus på miljøbehandling både i pensum og undervisning på skolen. Man har også sett at det er fokus på temaet i media. Musikkterapi, aktivisering, sansestimulering og minnegrupper er ulike miljøtiltak jeg har sett og opplevd i praksis. Engedal og Haugen (2009) sier at

miljøbehandling har som mål å redusere negative følger av sykdommen og bidra til en kvalitativt bedre hverdag for de som er rammet.

Undersøkelser viser at kognitiv miljøterapi i form av strukturert realitetsorientering og kognitiv stimulering i grupper har vist seg å gi positive resultater. I studier fra blant annet Storbritannia og Italia viser resultatene at denne formen for stimulering førte til positive endringer hos de som deltok. Disse endringene viste seg i form av bedre resultater på hukommelsestester og generelt bedret kognitiv funksjon hos deltakerne. Med utgangspunkt i resultatene kan det virke som om et strukturert tilbud om kognitiv stimulering til personer med demens kan medvirke til bedring og utsettelse av en forventet symptomforverring (Rokstad 2008).

Personorientert miljøterapi er miljøterapi med fokus på den enkelte pasient. Kitwood (1999) skriver blant annet om positivt personarbeid. Han ønsker å endre holdningene innen demensomsorgen fra vektlegging på sykdom til et større fokus på selve personen med lidelsen. Han mener at demensbildet hos den enkelte er et resultat av en kompleks interaksjon mellom personlighet, livshistorie, helse, nevropati og sosialpsykologi. Videre sier han at for å gi et godt tilbud til personer med demens på alle nivåer er det nødvendig å skape en omsorgskultur som bygger på faktorer som å bevare og utvikle den enkeltes personlighet, å tilrettelegge for trygghet i miljøet, møte grunnleggende behov og å gi fysisk omsorg. Når det gjelder miljøbehandling av mennesker med frontotemporalappdemens er dette særlig krevende da pasienter med denne diagnosen mangler evne til å sortere impulser og regulere stimuli fra omgivelsene. Det er derfor viktig å satse spesielt på opplæring og veiledning av personale. De viktigste prinsippene i behandling av mennesker med denne diagnosen vil som oftest være faste rutiner, reduserte valgmuligheter, forenklet kommunikasjon og aktivisering (Rokstad 2008). Rokstad viser til fem avgjørende elementer i et terapeutisk miljø: Trygghet, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring.

Å skape *trygghet* i miljøet for personer med demens er en balansegang mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjoner og idealet om å ikke legge større restriksjoner enn nødvendig for pasienten. Her må behovet for trygghet veies opp mot autonomi. Å være oppmerksom på tilløp til uro eller irritabilitet, slik at man kan sette i gang forbyggende tiltak er med på å sikre trygghet på det psykososiale plan. *Struktur* innebærer forutsigbarhet, samt en plan for hvem som skal være hvor til hvilken tid. Struktur gir også holdepunkter for

aktivitetsplaner og for døgnrytmen. Her må man balansere rutiner i forhold til å møte pasientenes individuelle behov. Opplevelse av *støtte* bygger på relasjoner hvor pasienten opplever omsorg og forståelse. Målet med støtte er å bidra til opplevd tillit, trygghet og egenverdi og å redusere opplevelsen av angst. Dette kan man gjøre ved å trekke frem pasientens historie og knytte minner opp mot den. *Engasjement* innebærer at en lar beboeren delta aktivt i omgivelsene og samhandle med miljøet. Dette kan kreve at personalet stiller opp som tilretteleggere og for eksempel vurderer hvilke beboere som kan ha utbytte av kontakt med hverandre og tar initiativ til samtaler om tema om felles interesser. *Gyldiggjøring* innebærer å forsterke beboernes individualitet, samt bygge toleranse for sviktende funksjon og avvikende atferd. Utfordrende atferd må forstås som et uttrykk for og forsøk på kommunikasjon fra beboerens side og ikke avfeies eller stemples som avvik og problemer. Utfordringen her ligger i å forstå hva som ligger bak beboerens uttrykk og imøtekomme det behovet. (Rokstad 2008, 139 - 179).

3.4 Veiledning

Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanetiske verdier (Tveiten 2006).

Med mestringskompetanse menes kompetanse til å mestre (Tveiten 2008). Kompetanse kan beskrives som at man basert på holdninger, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt og kunnskap har evne til å handle til ut fra denne kunnskapen.

Pearsall definerer veiledning slik:

Å veilede defineres gjerne som å lede på rett vei, hjelpe med råd og opplysninger, anwise, forklare og orientere (Tveiten 2008).

Hensikten med veiledning kan sies å være å styrke mestringskompetansen gjennom oppdagelse og læring. Oppdagelse er et sentralt begrep innen læring. I følge Grendestad kan ingen kan oppdage noe for noen, oppdagelsen skjer i den enkelte (Tveiten 2008). Man kan si at veiledning er å legge til rette for at den andre selv oppdager og lærer. At han ser hvilke handlinger som er aktuelle for seg og hva som eventuelt hindrer forandring. Bevisstgjøring er en sentral del av veiledningen (Tveiten 2008). Ved å bevisstgjøre den som veiledes på egen kunnskap og erfaring kan man bidra til anerkjennelse av dennes kompetanse og derigjennom

styrke dennes mestringskompetanse. Et annet viktig poeng ved veiledning er å møte den andre der han er. Finne ut av hva den andre er opptatt av, hva det dreier seg om for han. Å se den andre og oppnåelse av tillit er andre faktorer som spiller inn under veiledning. Veileders væremåte ovenfor den som veiledes har betydning for dennes opplevelse og utbytte av veiledningen (Tveiten 2008).

Veiledning kan benyttes på flere områder og i flere situasjoner. Lauvås og Handal (2000) skiller mellom yrkesfaglig veiledning, oppgavefaglig veiledning, studie/yrkesveiledning og personlig veiledning/rådgivning. Jeg velger å skrive om yrkesfaglig veiledning gjennom oppgaven, da dette er det som jeg mener blir mest relevant i forhold til min historie. Lauvås og Handal (2000) beskriver yrkesfaglig veiledning som veiledning i tilknytning til yrkesvirksomhet, enten innenfor utdanning til eller i utøvelse av yrket. De forteller også om en økende tendens av veiledning blant aktive yrkesutøvere.

Veiledning i dag legger mye vekt på refleksjon før, under og etter handling. Refleksjon over egne faglig funderte handlinger er en forutsetning for god praksis. Det er nødvendig å vite om praksis er god, slik at den kan eventuelt endres til pasientens eller klientens beste (Tveiten 2008). Å kunne reflektere over egen og andres yrkesvirksomhet ansees å være en viktig del av profesjonelle yrkesutøveres kompetanse. Ved å reflektere kan man vinne ny innsikt for å forbedre videre praksis. Hensikten med refleksjon kan sies å være å utvikle personlig kunnskap og handling i yrkessammenheng og ved å inngå i felles refleksjon med kolleger kan man ta sikte på å utvikle profesjonens kunnskap og praksis (Lauvås og Handal 2000).

4.0 SYKEPLEIETEORI

4.1 Presentasjon av Kari Martinsen og hennes teorier

Kari Martinsen ble født i Oslo i 1943. Hun er en norsk sykepleier og har magistergrad i filosofi. Martinsen har gjennom et langt forfatterskap utviklet en egen omsorgsfilosofi og er blant de få sykepleiere i Norge som har skrevet om sykepleiens natur.

Jeg har valgt Kari Martinsen som sykepleieteoretiker i denne oppgaven. Hun presenterer sin sykepleieforståelse ut fra en fenomenologisk tilnærming. Dette innebærer i følge Martinsen å legge vekt på konkrete situasjoner som på samme tid er typiske og spesielle. De er typiske på

den måten at man kan kjenne seg igjen i situasjonen fordi den likner på andre situasjoner. Mens den er spesiell fordi man ikke kan sette likhetstegn mellom den nåværende situasjon og tidligere situasjoner, eller den konkrete pasient og andre pasienter vi har møtt. Martinsen verdsetter erfaring og sansing, i motsetning til vitenskapen som bygges på begreper og abstrakte ideer. Hun mener det er vår opplevelse av situasjonen som skal legge grunnlaget for handling (Martinsen 1993).

Mennesket får sin verdi ut fra det de er og ikke fra det de klarer å gjøre (Martinsen 1993). Martinsen understreker at alle mennesker har lik verdi, fordi vi alle er skapt. Hun vektlegger at vi mennesker er relasjonelle vesener. At vi ikke lever alene, men vi ved vår eksistens er henvist til å leve i relasjoner til andre mennesker og naturen og at vi på denne måten er gjensidig avhengig av hverandre.

Kari Martinsen sier at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (Martinsen 2003). Hun trekker frem tre vesentlige aspekter ved begrepet omsorg; det relasjonelle, det praktiske og det moralske.

Omsorg som relasjon: Omsorgen utfolder seg i menneskelige relasjoner. Det handler om å kunne engasjere seg som medmenneske i forhold til pasienten, å være tilstede med hele seg. Martinsen bruker ordet omsorgskompetanse.

Omsorg som handling: Sykepleieomsorg er et praktisk fag som utøves i praktiske situasjoner for å lette pasientens lidelse og fremme hans/hennes livsmot og håp. Å hjelpe mennesker som trenger hjelp på en måte som er til deres beste. Å ta hånd om andre for å verne andre menneskers liv og verdighet.

Omsorg som moral: Å utøve en verdighetsfremmende omsorg, være bevisst maktforholdene som ligger i menneskelige forhold. Å hjelpe andre mennesker uten å krenke dets integritet. (Martinsen 1993).

Kari Martinsen sier også "Omsorg har med forståelse for andre å gjøre" (Martinsen 2003). Martinsen har i sine arbeider tatt utgangspunkt i flere filosofer som Marx, Heidegger, Juul Jensen og Knud Eilert Løgstup. Hun nevner blant annet den danske filosofen og teologen Knud Ejlert Løgstrups gyldne regel: "Hva du vil at andre skal gjøre mot deg, skal du gjøre mot dem". Hun forklarer denne som en regel for vår fantasi. "Den forlanger at vi skal fantasere oss til, hvordan vi ville ønske at det ble handlet mot oss hvis vi var i den andres sted, og så handle på den måten" (Martinsen 1989:186).

5.0 EMPIRI

5.1 Mitt møte med Hanne og hennes hjelpere

Hanne var en sprek dame på 80 år. Hun bor på en skjermet avdeling for mennesker med demenssykdom. Hanne hadde mye humor og hadde bedre kognitiv hukommelse enn hennes samboere. Hun var i stand til å huske ting hun ble fortalt fra dag til dag og ofte over flere dager. Et eksempel på dette fikk jeg en ettermiddag da jeg var på aftenvakt. Hanne spurte meg om jeg skulle på jobb dagen etter. Jeg måtte fortelle henne at jeg hadde fri, men at jeg skulle komme den neste dagen. Hun lurte på om jeg kunne hjelpe henne med morgenstellet denne dagen. Jeg måtte svare som sant var at jeg skulle til legen på morgenen så jeg ville ikke komme før tidligst kl10 denne dagen og at det kanskje ville bli litt sent for henne. Da jeg kommer på jobb to dager etter møter hun meg i døren og spør om hvordan det gikk hos legen. Dette var bare et av flere eksempler på at hun hadde god hukommelse. Det ble mange detaljer i samtalen vår denne kvelden, både at jeg skulle ha fri en dag og at jeg hadde legetime og derfor komme sent. Men Hanne husket alt.

Hanne har diagnosen frontotemporallappsdemens (FTLD). Med denne sykdommen følger det ofte en del atferdsmessige symptomer. Disse symptomene preget henne, de andre beboerne og de ansatte i avdelingen. Hanne var ofte irritabel og sint. Hun kunne komme med uhemmede og sårende kommentarer til beboere og ansatte. Hun kunne til tider opptre truende og ha en voldelig adferd. Det som påvirket avdelingen mest virker å være kommentarene hun til tider kommer med. De kunne komme når man minst ventet det. Helt uprovosert. Når disse kommentarene kom var de ofte så treffende og ofte med en slik innlevelse at de opplevdes veldig sårende for den det gjaldt. Ofte brukte hun ting hun visste om den enkelte personen og brukte dette mot denne. Hanne valgte seg ofte en "god" og en "ond" helper på hvert skift. Da var det bare en som er god nok for henne og denne måtte "stå på pinne" for henne hele skiftet dersom man skulle unngå at hun ble sint. Hanne tåler dårlig å vente og kunne til tider bli irritert på andre beboere dersom disse fikk oppmerksomhet fra "hennes gode helper". Denne damens adferd påvirket avdelingen negativt. En ettermiddag under ettermiddagskaffen opplevde jeg at en annen beboer som har en mye større svikt i hukommelsen enn Hanne etter et av Hannes verbale utbrudd oppgitt sa; Åja er det en slik kveld i kveld. Da må vi passe på hva vi sier. Dette gjorde inntrykk.

Det ble en del spekulasjoner blant personalet og i vaktskiftene ble det ofte diskutert hvorvidt Hannes handlinger og kommentarer var bevisste og gjennomtenkte. Det kunne komme

kommentarer som: Hun er virkelig ondskapsfull! Eller: Dette makter jeg ikke lenger! Eller: Hun har bare bestemt seg for å hate meg! Det var mye frustrasjon og oppgitthet blant de ansatte og miljøet i avdelingen var preget av dette.

6.0 DRØFTING

6.1 Å prøve å forstå

Hanne var en oppegående sprek dame med frontotemporallappsdemens. Hennes atferd og hennes opplevelse av hverdagen fikk følger for henne selv, de andre beboerne og personalet. Atferden gjorde det vanskelig for personalet å sette seg inn i Hannes situasjon og å forsøke å se og forstå henne. Personalet var splittet i sine tolkninger av Hannes atferd og det var flere teorier ute og gikk. Noen mente at Hanne bestandig hadde vært en bestemt dame og at hun nok helt sikkert var bitter og ondskapsfull og at dette var årsaken til hennes atferd. Andre mente at det var enkelte av de ansatte som Hanne ikke tålte og at det var disse og deres forhold som lå bak. Det virket helt tydelig på meg at man var gått seg ”fast” i en vond sirkel.

Kari Martinsens teorier går utpå at omsorg er en grunnleggende forutsetning for alt menneskelig liv (1993). Hun vektlegger særlig sykepleiers ansvar for personer som ikke har mulighet for å gjenvinne uavhengighet. Dette tenker jeg er svært relevant i forhold til mennesker med demenssykdom. Martinsen sier også ”Omsorg har med forståelse for andre å gjøre” (Martinsen 2003). Her tenker jeg på omsorg i forhold til det å forstå pasienten. Se ting fra hennes ståsted. Martinsen skriver om en forståelse som tilegnes gjennom samspill. Man utvikler felles erfaringer og det er de situasjonene vi har erfaring fra vi kan forstå. Videre sier hun at på denne måten kan man forstå den andre gjennom måten hun forholder seg til *sin* situasjon på (2003).

Martinsen bruker også ordet omsorgskompetanse. Med det mener hun at man er i stand til å kunne engasjere seg som medmenneske i forhold til pasienten. I dette tilfellet var det vanskelig for personalet å forstå Hanne og man kan kanskje si at omsorgskompetansen var svekket. Pasienten i mitt eksempel vil ikke ha noen mulighet for å gjenvinne uavhengighet. Tvert imot vil hun bare bli dårligere. Det vil komme flere og flere utfordringer og dermed er det viktig at personalet er i stand til å forstå og leve med disse når de kommer, for igjen å kunne gi best mulig omsorg til pasienten. Martinsen skriver om at det er vår opplevelse av situasjonen som skal legge grunnlaget for handling (1993). Jeg tenker at vår opplevelse av

situasjonen blir påvirket av hvordan vi forstår Hanne og hennes måte å være på. Man kan kanskje si at vår opplevelse av møtet med Hanne er preget av hvordan vi forstår og kjenner henne. Dette tenker jeg sier noe om viktigheten av at man kjenner og virkelig forsøker å forstå menneskene man jobber med.

Avdelingen hvor Hanne bodde var med i TID prosjektet og det ble innkalt til veiledningsmøte for personalet angående Hanne og hennes adferds påvirkning i avdelingen. Her var lege, avdelingsleder og alle ansatte ved denne avdelingen tilstede. På dette møtet ble det gått gjennom observasjonene av Hannes atferd den siste tiden og de ansattes oppfatning av problemene forårsaket av Hannes adferd. Personalet fikk mulighet for å snakke om de vanskelige situasjonene. Her fikk man hjelp til å stille spørsmål som hvordan tror jeg at denne pasienten opplever seg selv, sin situasjon, oss og vår måte å arbeide på. De kunne dele opplevelser og erfaringer fra deres samspill med Hanne i avdelingen. Det ble drøftet hva man trodde kunne være årsaken til adferden. Her hadde man god hjelp av kartleggingen som ble gjort i forkant (se kapittel 2.3.1). Innsamling av informasjon om pasientens bakgrunn diagnose, helsemessige forhold og relasjon til omgivelsene er et viktig grunnlag for å forstå atferdsendringer (Rokstad 2008). Her vil jeg spesielt nevne hjelpen fra pårørende. Ved hjelp av Hannes nærmeste kunne vi få kjennskap til hennes livshistorie. Det er pårørende som kjenner Hanne som hun var før hun ble rammet av sin demenssykdom. Det er de som kan fortelle oss om små og store viktige hendelser i Hannes liv som kanskje preger henne som menneske. Å få denne informasjonen er en vesentlig del av kartleggingen og hjelper personalet til å bli kjent med Hanne.

På møtet kom det frem ulike årsaker og teorier i forhold til atferden, men det viste seg at det lå mye personlige følelser og lite faglig forankring i disse teoriene.

6.2 Kunnskap – en nødvendighet

På bakgrunn av dette ble det derfor satt av tid til oppfriskning i sykdomslære. Det ble gitt en del informasjon fra lege om frontotemporallappdemens og hvilke adferdsmessige symptomer man kan se ved denne typen demenssykdom.

På grunn av både sviktende mestring og sviktende intellektuelle evner vil en person med demens i økende grad ty til mer primitive handlingsmønstre. Denne endringen kan forklares ut fra strukturelle skader i pannelappene ved Alzheimers sykdom og ved degenerativ

frontotemporal demens. Man kan også forklare endringene med at ved økende grad av demens med intellektuell svikt mister pasienten dømmekraft og evnen til å forstå sammenhenger (Engedal og Haugen 2006).

Etter en kort innføring i diagnosen frontotemporallappsdemens gikk legen over til å forklare sammenhengen mellom atferd og sykdom. Han tok for seg konkrete opplevelser som personalet hadde kommet med og forklarte disse med et medisinsk perspektiv.

Etter denne delen av møtet virket det som om det ble lettere for personalet å se sammenhengene. Jeg tør påstå at det i alle avdelinger også denne vil det forekomme ulik kompetanse hos de ansatte. Ved å informere slik som det ble gjort her, i en samlet personalgruppe fikk man personalet opp på et felles nivå. De fikk en felles grunnforståelse for hvordan Hannes sykdom kunne påvirke henne og hennes hverdag.

Teoriene som at: Hun er ondskapsfull! Eller: Hun er bare en sur bitter gammel dame! forvant. Dette viser at det er behov for kunnskap.

Miljøbehandling av mennesker med frontotemporallappsdemens er krevende og det gjør det nødvendig å satse på opplæring og veiledning av personale og pårørende (Rokstad 2008).

Etter å ha jobbet ved mange ulike kommunale institusjoner ser jeg at det ofte er lite sykepleiere på disse avdelingene. Enda sjeldnere møter man på sykepleiere med videreutdanning innen eldre omsorg, psykisk helsearbeid eller demens omsorg. Det er en hovedvekt av hjelpepleiere og ufaglærte. Forskning viser at desto høyere utdanning desto større grad av positive holdninger og personorienterte holdninger til mennesker med demenssykdom (Kada, Nygaard, Mukesh og Geitung 2009). Dette sier noe om hvor viktig kunnskap og utdanning er for utførelsen av sykepleie i praksis. Høyere utdanning førte til mer positive holdninger. Det fører også til mer faglig miljø på jobben. Flere faglige diskusjoner og dermed kanskje et faglig forhøyet nivå.

En viktig forutsetning for å kunne gi personer med demens et kvalitativt godt tilbud er en bred satsning på kompetanseutvikling av det personalet som møter pasientene i alle faser av sykdomsutviklingen (Rokstad 2008). I St.meld. nr. 25 (2005 -2006) er behovet for kompetanse og kunnskap et av hovedpunktene, det samme er behovet for økt etisk bevissthet i praksis. Kompetanse kan beskrives som at man basert på holdninger, ferdigheter og erfaringsbasert innsikt og kunnskap har evne til å handle til ut fra denne kunnskapen. I denne

sammenhengen vil det være kompetanse til å forstå og mestre symptomer som utfordrende atferd i møte med et menneske med demenssykdom.

For å oppnå og utvikle kompetanse kreves det at man er i stand til å reflektere over kunnskap og se den i forhold til praksis. Hensikten med refleksjon kan sies å være å utvikle personlig kunnskap og handling i yrkessammenheng og ved å inngå i felles refleksjon med kolleger kan man ta sikte på å utvikle profesjonens kunnskap og praksis (Lauvås og Handal 2000).

Å kunne reflektere over egen og andres yrkesvirksomhet ansees å være en viktig del av profesjonelle yrkesutøveres kompetanse.

6.3 Å takle og forstå egne følelser

Atferd relatert til demensutvikling kan skape ulike reaksjoner og opplevelser på bakgrunn av forståelse, og på grunn av forventninger, toleranse og opplevelse av egen rolle hos pleiepersonell (Rokstad 2005). Man kan nok ikke forklare alle situasjonene som personalet opplevde som vanskelige basert på kun Hanne og hennes diagnose. Det personalet kanskje hadde glemt var å se seg selv i den store sammenhengen. Å se hvordan vår måte å opptre på, vår måte å møte Hanne på kunne ha innvirkning på atferden.

For å kunne forstå den andres atferd, må vi kunne observere og reflektere over egen atferd og dennes innvirkning på situasjonen (Rokstad 2005:14).

Jeg opplevde at det til tider var vanskelig for personalet å klare å se sammenhengen mellom Hannes adferd og hennes demenssykdom. I og med at hun har så god hukommelse og det hun sier er så treffende og sårene er det ofte vanskelig å tenke at dette ikke er gjennomtenkte utsagn. Hanne virker på mange måter så oppegående at det kunne være vanskelig å huske på at hun faktisk har en demenssykdom. Personalet kunne være usikre på seg selv i møte med pasienten. Det var mange teorier personalet imellom i forhold til hvorfor hun hadde sine gode/onde hjelpere. Det ble spekulert i hvorfor man ble utvalgt til ”den onde”, det ble lagt merke til dersom det var enkelte som oftere var ”ond”. Dette skapte usikkerhet i personalgruppen og spørsmål som hvorfor er jeg den onde hver gang? Eller hvorfor liker hun ikke meg? kom opp. Alle hadde forskjellig måte å møte Hanne på og jeg opplevde både Hanne og personalet som usikre.

Rokstad skriver at også reaksjoner atferden vekker i omgivelsene kan få en betydning for hvordan vi møter atferden (2005). I dette tilfellet ved denne avdelingen mener jeg at man kan si at relasjonen mellom Hanne og hjelperne var preget av slitasje og avmakt. Etter en tid med

gjentatte tilfeller av utfordrende atferd som voldelig atferd mot både personal og beboere, fæle og vonde kommentarer og roping var både personalet og beboerne oppgitte. Det virket som det manglet innlevelse og forståelse for hvordan Hanne egentlig hadde det. Det ble et negativt fokus på atferden og det virket som om man glemte å se seg selv og sine følelser og sin atferd som en del av det store bildet.

Et eksempel på dette var da det ble tatt opp under veiledningen at personalet opplevde at Hanne til tider ble irritert på andre beboere. I avdelingen hvor Hanne bor bodde det 6 andre beboere. Av utfordrende atferd så man noe hallusinasjoner og til tider motorisk uro hos de andre pasientene. Det var ingen andre tilfeller med aggressiv, voldelig atferd. De andre damene på avdelingen var rolige søte gamle damer som holdt på med håndarbeid, vasking av gulv og skrelling av poteter. Under veiledningen traff det meg at man deltok i en ubevisst forskjellsbehandling av Hanne og de andre damene. Når man fikk reflektert over dette i felleskap ble vi bevisst at man ofte strøk de andre damene over kinnet, eller gav de en klem, eller roste håndarbeidet deres. Men ingen kunne med hånda på hjertet si at det skjedde like ofte med Hanne. Det ble diskutert hvorfor og det kom frem at det var vanskeligere å være god når man ikke ante om man ble belønnet med et slag eller en vond kommentar. Det var så mye lettere å være god med de ”søte, snille damene”. Her er vi inne på det å takle og forstå egne følelser. Med de snille damene visste man at man fikk godhet tilbake, mens med Hanne var ikke det noen selvfølge. Denne problemstillingen går ut på våre følelser, men hva med Hannes? Hvor er fagligheten i jobben vår dersom man skal la seg styre av egne følelser i en slik grad? Et annet spørsmål er: er det disse damene som trenger godheten mest?

Hanne mestret ikke lenger håndarbeid da hun hadde reduserte praktiske ferdigheter og nedsatt evne til å opprettholde oppmerksomhet over tid. Hun var også noe ustø til bens på grunn av en hofteprotese og kronisk lumbago. Hun var derfor avhengig av å bruke rullator. Hanne ble derfor ikke inkludert på samme måte som medbeboerne i hverdagens ulike gjøremål. Jeg tenker at alle disse faktorene gjør at Hanne kanskje har en større behov for å bli sett og vært god med. Hun opplever kanskje en større grad av tap i og med at hun ikke lenger mestrer hverdagslige ting som gulvvask eller hekling. Det er viktig at man kjenner på og reflekterer over faktorer som: Hva føler jeg ovenfor denne pasienten, hvilken relasjon har jeg til vedkommende og hvordan forholder jeg meg til denne pasienten i pleien? Rokstad skriver: Våre følelser er vårt ansvar. Med dette mener hun at man som omsorgsgiver må være villig til å erkjenne sine følelser, både gode og vonde. Hun sier det er den enkeltes ansvar å gjøre noe

med de følelsene som vekkes og at det burde være rom for å dele disse følelsene og tankene med hverandre som kolleger (2005).

Igjen trekker jeg inn Kari Martinsen som blant annet snakker om omsorg som relasjon. Jeg tenker at det ligger omsorg i det å takle og forstå egne følelser i relasjon til denne pasienten og en av måtene man kan oppnå dette på kan være ved veiledning.

6.4 Veiledning

Det er en økende erkjennelse innenfor flere yrker at veiledning kolleger imellom er et viktig instrument for utvikling, fornyelse, trivsel og psykisk helse (Lauvås og Handal 2000).

I en personalgruppe finnes betydelig og variert kunnskap og erfaring. Det er mange flinke engasjerte medarbeidere som sitter inne med mye kunnskap og erfaringer fra sine møter med Hanne. Veiledning i felleskap kan kanskje være med på å bidra til at denne kompetansen og erfaringene blir utnyttet og spredd i personalgruppen. Veiledningsmetoden som blir bruk i TID- modellen er basert på prinsipper om kognitiv miljøterapi. Ved kognitiv terapi er målet problemløsning og mestring av livsbelastninger, kombinert med endring av tenkemåter som bidrar til problemene (Berge og Repål 2005). Eide og Eide skriver også at veiledning etter en kognitiv modell vektlegger selvledelse. Det innebærer å kunne styre seg selv, løse problemer, kommunisere hensiktsmessig og mestre situasjoner (2007).

I dette tilfellet vil veiledningen kanskje føre til at man blir bedre kjent med Hanne gjennom andre i personalgruppen. Ved dette tilfellet kunne man i felleskap reflektere over og prøve å forstå Hanne og det som lå bak det som opplevdes som vanskelig atferd. Man kunne reflektere over egen praksis og egne følelser i forhold til henne. Man kunne tilslutt sette disse refleksjonene opp mot kunnskap om Hannes diagnose og måten denne sykdommen påvirker Hanne og hennes liv på. Kanskje veiledningen vil føre til at det felles kompetansenivået øker og at man endrer tankemåten hos personalet.

Jeg opplevde at denne veiledningen ble veldig nyttig for de ansatte. Vi fikk en god forklaring på hvorfor Hanne kan komme med sine kommentarer og utsagn. De ansatte fikk en oppfriskning i teori om denne sykdommen og det ble lettere å se sammenhengen mellom Hannes adferd og sykdom. Samtidig fikk de muligheten til å luften sine opplevelser og snakke om vanskelige situasjoner de hadde hatt i samhandling med Hanne. Ikke minst ble man enig om ulike måter man skulle prøve å møte Hanne på i fremtiden ved ulike situasjoner. Av hele

denne situasjonen har jeg sett hvor mye et slikt veilednings møte for de ansatte kan ha å si. Etter dette møtet står de ansatte mer samlet og er tryggere på hvordan de skal møte denne damen og hvordan de skal takle de vanskelige situasjonene. De har hørt hverandres opplevelser og mange ser kanskje at det er ikke bare akkurat meg som er den ”onde” og ofte ikke strekker til i samhandling med denne damen. Det virket som om situasjonen bedret seg på mange vis i etterkant av dette møtet. Både Hanne og personalet virket roligere og tryggere enn tidligere.

Sejerøe – Szatkowski sier: Er man seg bevisst at man kan mestre de situasjonene man blir utsatt for, vil man utstråle en sikkerhet og verdighet som smitter over på den demensrammede og virker beroligende. Den demensrammede vil fornemme at man har overblikket, og dette i seg selv vil kunne avverge dårlige episoder (2004:70).

6.5 Hvordan møter vi Hanne

Det ble diskutert og man ble enig om måter å møte Hanne på i hverdagen. Man ble blant annet enige om å forsøke å ha større likhet i tilnærmingen til Hanne. For eksempel ved stell, måltider, ved voldelig/agitert atferd, ved valg av hjelpere og ved verbale utrop av grov karakter.

Alle har i utgangspunktet ulike måter å møte mennesker på, ulike måter å utføre oppgaver i avdelingen på. Disse ulike tilnærmingene vil kunne føre til enda mer forvirring for en person som allerede strever med å orientere seg i sin hverdag (Munch 2008). En lik tilnærming derimot vil kunne føre til at for eksempel morgenstellet eller måten hun blir møtt på i sine mest frustrerte øyeblikk blir mer forutsigbare for Hanne. En lik tilnærming vil også kunne hjelpe personalet med å lettere evaluere endringene i rutinene, om disse fungerer i praksis eller om man er nødt til å prøve noe nytt. Dersom man ser nytten pasienten har av omsorgsgivers måte å møte pasienten på, får hjelperen en opplevelse av mestring og får samtidig styrket troen på egne ferdigheter (Munch 2008).

Hanne bruker ofte å velge sine hjelpere. Dette kan kanskje sees i sammenheng med hvordan hjelperne møter henne på. Jeg har tidligere skrevet om Kari Martinsens begrep omsorgskompetanse. Det å kunne engasjere seg som medmenneske. Kanskje var personalets omsorgskompetanse ulik, kanskje opplevde Hanne noen i personalgruppen som distanserte og avvisende. Mennesker med demenssykdom utvikler ofte en varhet i møte med andre mennesker. Martinsen skriver om å være tilstedet med hele seg, med kropp og sjel og med

alle sanser. Det handler om å stå i situasjonen og at man ser videre enn sykdommen og symptomene, at man ser personen. Smebye (2008) skriver om en *jeg – det tilnærming* og en *jeg – du tilnærming*. Ved *jeg – det tilnærming* innebærer det at man møter pasienten med en holdning som tilsvarer at pasienten er et objekt og denne henvises til en passiv rolle som mottaker av hjelp. Hjelperen vet best, bestemmer og handler på vegne av pasienten. På denne måten blir kroppen en ting som skal bades, mates og behandles. Hjelperens perspektiv blir begrenset til sykdommen, funksjonsvikt og begrensninger. Denne behandlingen kan medføre at pasienten mister selvbestemmelsesrett og menneskeverd.

En *jeg – du tilnærming* vil på den annen side bli et gi og ta forhold med dialog mellom to personer. Denne tilnærmingen innebærer at den andre kommer først og hjelperen evner å se inn i den andres verden og forstå denne. Hjelperen ser hele mennesket og kan stimulere til bruk av gjenværende ressurser og kompensere for sviktende evner og pasienten kan informere om sine ønsker gjennom gjensidig kommunikasjon. En forutsetning for en slik tilnærming er tilstedeværelse (Rokstad 2005).

Å hjelpe den andre til på en måte som er til deres beste. Det handler om å verne andre menneskers liv og verdighet. Det er å vise barmhjertelighet på en måte som fremmer livsmotet hos den andre (Martinsen 1993).

Mead skriver om at den enkeltes selvforståelse påvirkes av signaler fra omgivelsene, det vil si at andre kan sende positive signaler som bygger opp selvfølelsen, eller de kan gjøre det motsatte og dermed ha en nedbrytende virkning (Smebye 2008). Kanskje kan dette være noe av årsaken til Hannes valg av hjelper?

Vårt individuelle utgangspunkt med hver enkeltes sett av verdier, forventninger, tanker og følelser vil være med på å påvirke pasienten og den samhandlingen som skjer (Rokstad 2005). I møte og samhandling med mennesker med demens kan vi med vår måte å opptre på bekrefte pasienten som menneske, men vi kan også opptre krenkende. Kitwood (1999) snakker om ondartet sosialpsykologi. Den innebærer blant annet:

Infantilisering – å behandle pasienten som et barn

Trusler og tvang – Maktbruk og overkjøring av pasienten

Stempling og stigmatisering – at pasienten får merkelapper som: ”ondskapsfull” eller ”trollete”

Objektivisering – at pasienten blir behandlet som en gjenstand

Forvisning – innebærer å utelukke pasienten fra fellesskapet

Ignorering – at en overser at pasienten er til stede, snakker over hodet på pasienten og lignende.

Avbrytelser – å bryte inn i avgjørelser eller overveielser pasienten gjør

Han sier at man må være på vakt for å kunne kjenne igjen og eliminere disse faktorene, da det dreier seg om prosesser som underminerer personer med demens og som skader den personlige identiteten.

I mitt eksempel med Hanne så vi hvordan enkelte av personalet stilte spørsmål ved Hannes tilregnelighet når det kom til atferd. De kunne beskrive henne som ”troillat” eller ”ond”. Kanskje var nettopp dette en av de utløsende faktorene til at Hanne ofte foretrakk enkelte pleiere. Kanskje hun kunne føle stemningen og kjenne på pleiernes oppgitthet.

Hannes avhengighet gir hjelperne stor makt. Pasientene vil alltid være den svakeste part og derfor har hjelperen ansvaret for å etablere og vedlikeholde en god samhandling, der pasientens identitet og selvfølelse blir bevart (Smebye 2008).

Det vil være viktig å få innarbeidet gode rutiner når det gjelder personorientert miljøbehandling. Dette krever at man kjenner beboeren, hennes historie og hennes diagnose. For å forstå det som skjer i samspillet mellom beboer og pleier, trenger omsorgsgiveren kunnskap om konsekvenser demenssykdommen har for pasientens evne til å kommunisere, kompetanse til å forstå hvilke behov pasienten har og hvilken støtte pasienten trenger og ikke minst innsikt i pasientens livshistorie og vaner (Munch 2008). Dette mener jeg man kan oppnå delvis ved å bruke en jeg – du tilnærming og ved å bruke felles erfaringer og kunnskap i personalet til å opprette gode rutiner på hvordan man skal møte nettopp Hanne.

6.6 Kan en veiledningsmodell som TID bidra til at pasienter med utfordrende atferd får en mer forutsigbar hverdag? En oppsummering.

I mitt eksempel så man hvordan veiledningen fikk personalet til å føle seg tryggere i møtet med pasienten. De satt igjen med større kunnskap og forståelse om Hanne og hennes diagnose. Jeg var selv tilstede ved dette møte og følte at jeg satt igjen med kunnskap og forståelse ikke bare om Hanne, hennes atferd og diagnose, men også om meg selv og mine følelser og reaksjoner i møte med henne. Dette førte til at jeg fikk et nytt syn på Hanne og hennes atferd. Jeg ble mer bevisst i forhold til å forsøke å sette meg inn i hennes situasjon og mer bevisst på samspillet oss i mellom. Veiledningen førte i dette tilfellet til at de ansatte fikk

en større forståelse av Hannes atferd og de fikk snakket om egne og andres følelser i møtet med henne. Tidligere opplevde flere av de ansatte Hannes atferd som om den var personlig rettet mot dem og den opplevdes som beregnet og bevisst. Etter veiledningen fikk personalet også en bedre kunnskap om frontotemporallappsdemens og hvordan hemningene faller bort hos mennesker med denne diagnosen. Man fikk da avklart eventuelle teorier som for eksempel at kommentarene og valgene Hanne kunne ta var beregnet og bevisst.

Man så i etterkant at veiledningen i dette tilfellet hadde fått positive utslag i forhold til at personalet opplevde at tilfellene av utfordrende atferd ble redusert. Man så en endring av personalets forståelse som resulterte i endringer som påvirket både personalets og beboernes trivsel og atferd. Forskning viser at trivsel og velvære blant personal er forbundet med velvære hos pasienter med demenssykdom i institusjon (Edvardsson, Sandman, Nay og Karlsson 2008).

Hva hadde det å si for Hanne? Endringene hos personalet resulterte i mer forutsigbarhet for Hanne i den grad at hun ble møtt og sett på en annen måte. Hun ble møtt på en tilnærmet lik måte i for eksempel stellesituasjoner, matsituasjoner og i situasjoner hvor personalet opplevde atferden som utfordrende. Hverdagen ble mer forutsigbar i forhold til at personalet ble tryggere i møte med Hanne og deres forventninger til henne gikk fra å være forventninger om vanskelige situasjoner med utfordrende atferd til en forståelse av Hannes situasjon og hennes opplevelse av sin hverdag.

Det er helt nødvendig at personalet tar med i betraktning at egne følelser og egen atferd virker inn på situasjonen og samspillet med pasienten (Rokstad2005). Det kan man si at man fikk gjort i dette tilfellet. Her kan man si at veiledningen i form av TID prosjektet hadde en positiv effekt på avdelingen i form av bedre trivsel, mer samarbeid og en personlig utvikling hos de ansatte som førte til en mer forutsigbar tilværelse for Hanne og hennes medbeboere.

LITTERATURLISTE

7.1 Pensumlitteratur

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskrivning for studenter*. Oslo: Gyldendal.

Eide, Hilde og Eide, Tom (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal.

Engedal, Knut (2008) *Lærebok. Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Tveiten, Sidsel (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

7.2 Selvvalgt litteratur

Berge, Torkil og Repål, Arne (2005) *Den indre samtalen – Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal. s:9–48.

Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian (2009) *Fakta og utfordringer. Lærebok om demens*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse. s: 15–57, 99 – 119, 293 – 325.

Helse og omsorgsdepartementet. *Lov om helsepersonell*. LOV-1999-07-02-64. Lovdata.no. http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonellov*&& (14.04.11 kl:11.17).

Kirkevold, Øyvind (2004) *Utfordrende atferd – forståelse og behandling*. I *Fakta og utfordringer. Lærebok om demens*. Knut Engedal og Per Kristian Haugen. s:301-315. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Kitwood, Tom (1999) *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. Frederikshavn: Dafolo forlag.

Laake, Knut (2003) *Geriatry i praksis*. Oslo: Gyldendal. s:196 – 200

Lauvås, Per og Handal, Gunnar (2000) *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen.
s: 31 - 74

Martinsen, Kari (1989) *Fokus på sygeplejen*. København: Villadsen & Christensen.
s.186

Martinsen, Kari (1993) *Fra Marx til Løgstrup - Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo:
Tano.

Martinsen, Kari (2003) *Omsorg, medisin og sykepleie. Historisk- filosofiske essay*. Oslo:
Universitetsforlaget.

Munch, Marianne (2008) Marte Meo som veiledningsmetode. I *Personer med demens- møte
og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, s:313-338. Oslo:
Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs: Når atferd blir
vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og helse. s: 9-39,79-99,110-128.

Rokstad, Anne Marie Mork (2008) Utfordrende atferd. I *Personer med demens – møte og
samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, s:181-205. Oslo: Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork (2008) Kompetanseutvikling hos personalet. I *Personer med
demens – møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, s:340-
349. Oslo: Akribe.

Rokstad, Anne Marie Mork og Smebye, Kari Lislerud (red) (2008) *Personer med demens.
Møte og samhandling*. Oslo: Akribe. s:13-45,60-204,232-252,312-349.

Sejrerøe-Szatkowski, Kirsten. (2004) *Demens- kommunikasjon og samarbeid*. Oslo:
Gyldendal. s: 19-68

Smebye, Kari Lislerud (2008) Å møte personer med demens. I *Personer med demens – møte
og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye, s: 13-25. Oslo: Akribe.

St.meld. nr 25(2005-2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*.
Helse og omsorgsdepartementet - Omsorgsplan 2015.

Regjeringen.no

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> (14.04.11 kl:11.16).

Antall sider selvvalgt litteratur: 815

7.3 Artikler

Edvardsson, David, P.O. Sandman, Rhonda Nay og Stig Karlsson. (2008) "*Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care*". *International Psychogeriatrics* 20(4):764 – 776. Tilgjengelig fra ProQuest.

Kada, Sundaran, Harald A Nygaard, Bickol N Mukesh og Jonn T Geitung. (2009) "*Staff attitudes towards institutionalised dementia residents*". *Journal of Clinical Nursing*: vol. 18, issue 16, pages: 2383 – 2392. August 2009.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2009.02791.x/pdf>

Lichtwarck, Bjørn (2009) "*Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID)*". *Demens&Alderspsykiatri* vol. 13- nr 2- 2009.