



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **Bacheloroppgave i sykepleie - SY180H**

### **Demens og utfordrende atferd**

*«Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere rammet av demenssykdom?»*

Kandidatnummer: 17

Dato: 26.04.13



## *Livets høst*

*Jeg er lik et tre!*

*Lik treet ble jeg også til ved et frø.*

*Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,  
mer motstandsdyktig, mer hardhudet, men også myk.*

*Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.*

*Lik treet om høsten mister jeg nå blader.*

*Blader som forteller meg hvem jeg er, hva jeg er,  
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.*

*Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,  
Fattig uten blader.*

*Livet mitt «faller av».*

*Uten blader, intet liv, sier du vel.*

*Men du som ser meg, kjenner meg.*

*Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,  
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.*

*Jeg blir fortsatt glad, redd, trist.*

*Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.*

*Der ligger forskjellen på deg og meg.*

*Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.*

*Del det med meg!*

Kirsti Solheim

## INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING .....	5
1.1	Presentasjon av tema og problemstilling .....	5
1.2	Definisjon og avgrensing av problemstillingen .....	5
1.3	Begrunnelse for valg av tema og problemstilling .....	6
1.4	Forforståelse .....	6
1.5	Formålet med oppgaven .....	7
1.6	Disposisjon .....	7
2	METODE .....	8
2.1	Hva er en metode? .....	8
2.2	Litteraturstudium som metode .....	8
2.3	Datainnsamling og søkeord .....	8
2.4	Presentasjon av litteratur og kildekritikk .....	9
3	TEORI .....	11
3.1	Joyce Travelbees sykepleieteori .....	11
3.1.1	Menneske-til-menneske-forholdet .....	12
3.1.2	Kommunikasjon .....	13
3.1.3	Begrepet «pasient» .....	13
3.2	Forebygging .....	14
3.3	Demens .....	14
3.4	Utfordrende atferd .....	15
4	DRØFTING .....	16
4.1	Empiri .....	16
4.2	Kommunikasjon og forståelse .....	17
4.3	Kartlegging som forebyggende verktøy .....	21
4.4	Medikamentell behandling som forebyggende tiltak .....	22

4.4.1	Kroppslige behov og smerte.....	24
4.5	Personalets betydning .....	25
5.0	AVSLUTNING .....	28
6.0	LITTERATURLISTE .....	30
	Vedlegg 1 Søketablell .....	33

# 1 INNLEDNING

## 1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Temaet jeg skal ta for meg i min avsluttende eksamen ved Universitet i Nordland, er demens og utfordrende atferd i forbindelse med denne sykdommen. I Norge i dag er rundt 71000 personer rammet av demenssykdom. Om vi her inkluderer de nærmeste pårørende kan man si at nærmere 350 000 mennesker er berørt av demenssykdom. Om man ser for seg at denne utviklingen holder seg på samme nivå, vil man i 2040 nærmest se en fordobling av demenssykdom i Norge. De aller fleste som er rammet av demens er over 65 år, kun 2-3 % av de som er rammet av denne sykdommen er under 65 år (Helsedirektoratet 2011).

Disse tallene sier meg at vi har en stor utfordring foran oss når det kommer til demensomsorgen. Utfordrende atferd er et ganske utbredt symptom ved demenssykdom. Dette er et symptom som i mange tilfeller representerer et udekket behov, siden pasienten i noen tilfeller kan ha svært vanskelig for å uttrykke seg verbalt. For pårørende og personalets del oppleves dette som svært vanskelig og problematisk. Jeg ønsker derfor å se nærmere på hvordan man som sykepleier gjennom forståelse, respekt og kunnskap kan forebygge slik atferd, både for pasienten, pårørende, medbeboere og sykepleierens del.

Min problemstilling lyder derfor som følge:

*«Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere rammet av demenssykdom?»*

## 1.2 Definisjon og avgrensning av problemstillingen

Jeg har valgt å avgrense denne problemstillingen til å gjelde personer som bor på sykehjem, og har på den måten utelatt demente som bor hjemme, i omsorgsbolig eller er innlagt på sykehus. Dette har jeg valgt siden det er fra sykehjem jeg har det meste av min erfaring og fordi det er der man treffer flest personer med demens. Jeg bruker begrepet demens, siden dette er en fellesbetegnelse for en rekke typer demens. Dette gjør jeg fordi utfordrende atferd som symptom, forekommer blant alle typer demens. Symptomene vil i noen grad variere fra type til type, men jeg ønsker å få frem det generelle i min oppgave. Utfordrende atferd er en fellesbetegnelse på atferdsmessige og psykiatriske symptomer som blant annet kan komme til uttrykk hos en person med demens, gjennom slåing, vandring, uro, hallusinasjoner,

vrangforestillinger også videre (Kirkevold 2009). Jeg kommer til å gå nærmere inn på begrepet «pasient» i teoridelen som omhandler Travelbees sykepleieteori. Hun er kritisk til bruken av begrepet «pasient», og dette er en kritikk jeg støtter. Men som Travelbee også understreker, så kan begrepet «pasient» være praktisk å bruke i kommunikasjonssammenheng. Jeg har derfor valgt å benytte begrepet «pasient» gjennom denne oppgaven, da det er dette begrepet som går igjen i det meste av litteratur.

### **1.3 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling**

Jeg har valgt dette temaet siden jeg har jobbet med mennesker rammet av demenssykdom, og på bakgrunn av dette fått en stor interesse for akkurat dette feltet. Jeg har opplevd dette som svært krevende både faglig og menneskelig sett, men samtidig svært givende og lærerikt. Har så lenge jeg kan huske hatt en «forkjærlighet» og respekt for eldre mennesker, derfor faller det meg veldig naturlig å skrive om nettopp denne tematikken. Hvorfor jeg akkurat har valgt temaet demens og utfordrende atferd, og ikke en annen sykdom som rammer eldre mennesker spesielt, er nok på grunn av den erfaringen jeg har med akkurat denne sykdommen. I løpet av mine år i demensomsorgen har jeg sett og erfart hvordan sykepleiere og annet helsepersonell takler slik atferd på en god måte og hvordan man ikke bør håndtere denne type atferd. Det kan være flere årsaker til dette, men først og fremst tror jeg dette grunner i mangel på kunnskap. Jeg ønsker derfor å belyse dette temaet gjennom min bacheloroppgave, og forhåpentligvis tilegne meg ny og nyttig kunnskap om dette temaet som jeg kan spre senere i arbeidslivet som sykepleier. Jeg ønsker på denne måten å finne frem til forskning og annen litteratur som kan bidra til at sykepleiere skal kunne forebygge slik atferd, og på denne måten kunne skape en bedre hverdag for både pasient, pårørende, medpasienter og pleiepersonell.

### **1.4 Forforståelse**

Gjennom min praksis har jeg opplevd en rekke måter man som sykepleier ikke bør møte personer med utfordrende atferd. Har sett hvordan bemanningen på forskjellige sykehjem er, og hvordan dette momentet kan ha en innvirkning på den pleien som gis. Enkelte steder, varierende fra kommune til kommune kan bemanningen, være helt på bristepunktet. Jeg er derfor klar over at det er ikke alt som kan la seg gjennomføre da mangel på ressurser er et stort problem. Det er derfor enda viktigere som sykepleier å kunne forebygge slik atferd,

siden utfordrende atferd er veldig ressurskrevende, om man skal se det i det perspektivet. I tillegg opplever jeg kunnskapsnivået blant de ansatte som en utfordring, siden den i stor grad benyttes ufaglært arbeidskraft. Dessverre er det altfor få sykepleiere som ønsker seg jobb ved et sykehjem etter endt utdanning. Derfor blir det ved den rekke sykehjem leid inn sykepleiere fra andre land for å dekke enkelte behov/oppgaver som for eksempel medisin håndtering. Jeg har fra tidligere praksis erfart at dette i mange tilfeller kan være negativt i forhold til samhandlingen med demente, der språk og forståelse er nøkkelford. Jeg har sett hvordan de forskjellige udekte behovene hos pasienter, kommer til uttrykk gjennom utfordrende atferd.

## **1.5 Formålet med oppgaven**

Formålet med denne oppgaven er ikke å produsere ny kunnskap, men å gå i dybden på den kunnskapen og forskningen som allerede eksisterer, for å finne svar på problemstillingen min. Dette gjør jeg for å øke egen forståelse og fagligkompetanse rundt demens og symptomet utfordrende atferd, som er et tema jeg personlig har stor interesse for. På denne måten kan jeg som kommende sykepleier utøve god pleie til denne gruppen pasienter, og forhåpentligvis spre min kompetanse og forståelse til andre som jobber med denne utfordringen. Et annet mål med denne oppgaven er å få gjennomført min siste og største eksamen på sykepleiestudiet. I følge Dalland (2007) er altså mitt formål todelt. Jeg har et personlig engasjement, samtidig som jeg har et krav fra utdanningen som må gjennomføres.

## **1.6 Disposisjon**

Denne oppgaven består av tre deler. Først har vi metodedelen, der jeg vil beskrive hva metode er. Deretter vil jeg redegjøre for hvorfor jeg har valgt litteraturstudium som metode og hva denne metoden innebærer. En presentasjon av litteraturen som jeg benytter meg av i oppgaven og kildekritikk, vil også komme under denne delen. Deretter kommer et kapittel med sykepleieteori, der beskriver jeg det mest sentrale og relevante i Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Etter dette er det et kapittel med teori, der jeg vil beskrive sentrale begreper i problemstillingen min som for eksempel demens og utfordrende atferd. Jeg vil så starte drøftingskapitlet i oppgaven med en selvopplevd pasienthistorie som vil være med på å danne grunnlaget for videre drøfting. Helt til slutt vil jeg komme med noen avsluttende kommentarer

og tanker jeg har gjort meg etter å ha skrevet denne bachelor oppgaven. Denne oppgave er på 9880 ord.

## **2 METODE**

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

I sin bok om metode og oppgaveskriving for studenter henviser Dalland 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 2007). Dalland referer også til Vilhelm Aubert som formulerer metode som:

*«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 2007:81).*

Ordboken sier at metode er å følge en viss vei mot et mål. Metode er redskapet vi bruker for å samle inn data. Man snakker gjerne om «harde» og «myke» data (Dalland 2007).

### **2.2 Litteraturstudium som metode**

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte meg av litteraturstudie som metode. Dette har jeg valgt fordi jeg mener dette gir best oversikt over den kunnskapen som allerede finns rundt mitt tema, og dermed også best grunnlag for drøfting. Intervjustudie ble vurdert, men på grunn av ønske om bred kunnskap og mangel på tid gikk jeg bort fra dette. Siden jeg har noen års erfaring fra demensomsorgen var også essaymetoden oppe til vurdering, da jeg har en del fortellinger jeg kan bygge på. Men etter litt veiing for og i mot konkluderte jeg med å utføre litteraturstudium. Dette fordi jeg har lite erfaring med essaymetoden, og var redd tiden ikke skulle strekke til.

### **2.3 Datainnsamling og søkeord**

I min oppgave har jeg benyttet meg av pensumlitteratur og selvvalgtlitteratur. Før jeg begynte litteratursøket, deltok jeg på kurs i litteratursøk i regi av biblioteket ved universitetet. Den selvvalgte litteraturen fant jeg gjennom søk på Bibsys. Der brukte jeg søkeord som



«utfordrende atferd», «demens», «demensomsorg», «kommunikasjon og demens» og «forebygging av utfordrende atferd». Fant en del relevant litteratur, men mye av det var svært gammelt, og jeg ble usikker på relevansen ettersom man regner gyldigheten på faglitteratur til å være 10 år. Enkelte bøker som kom opp etter søkingen, var rundt 20 år gammel. På grunn av dette foretok jeg også søk på Google, med de samme søkeordene som ble brukt i Bibsys, i tillegg søkte jeg på relevante forfattere. Dette gjorde jeg for å se om jeg kunne finne faglitteratur av nyere dato, men det var uten hell. Tok deretter kontakt med sykepleier ved Kløveråsen (som er et kompetansesenter på demens) per mail, for å sjekke om hun kunne ha noe tips til ny forskning og annen faglitteratur på feltet. Hun sendte mail tilbake med en del forslag, men det viste seg å være det jeg allerede hadde funnet frem til selv.

For å finne relevant forskning, brukte jeg tre forskjellige databaser å søke i. Dette var PubMed, ProQuest og ScienceDirect. Forsøkte først noen norske søkeord, men bestemte meg for bare å bruke engelske ord, da de gav best resultater. Snevret inn og presiserte søket ved å bruke funksjoner tilgjengelig i databasene i forhold til språk, årstall, peer reviewed og gratis fulltekst. Under søkeprosessen kom de ulike databasene med forslag til artikler som var relevant i forhold til mine søkeord. Disse artiklene har jeg også sett nærmere på. Dette var vanskelig å presisere i den vedlagte søketabellen, men en av disse artiklene har jeg valgt å ta i bruk, selv om den var publisert i 2003, da jeg har vurdert den som fortsatt relevant. Søketabell ligger som vedlegg 1.

## **2.4 Presentasjon av litteratur og kildekritikk**

Dalland (2007:64) sier i sin bok Metode og oppgaveskriving for studenter at: «kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes».

For å finne forskningsartikler til min bacheloroppgave har jeg bevist søkt på anerkjente databaser som ProQuest, ScienceDirect og PubMed. Dette for å sikre at forskningen jeg skal ta i bruk i min litteraturstudie er gyldig.

Videre har jeg søkt etter artikler som er merket med peer review. Det vil si at forskningen er vurdert av eksperter på fagfeltet i forhold til kvalitet, aktualitet og relevans for leserne. I Norge bruker vi betegnelsen fagfelle-vurdert (Dalland 2007). En annen ting jeg har vurdert er «holdbarheten» på forskningen jeg har funnet. I løpet av studiet har vi blitt fortalt at

forskningsartikler har en holdbarhet på rundt 5 år, og holdbarheten på faglitteratur er rundt 10 år. De artiklene jeg har tatt i bruk i min oppgave er publisert mellom 2007 og 2012, bortsett fra en artikkel som ble publisert i 2003. Etter litt vurdering opp mot annen faglitteratur har jeg vurdert den som fortsatt relevant i forhold til min oppgave. Har i tillegg gjort internettsøk på en del av forfatterne av disse artiklene og sett at de tidligere har gjort en del forskning rundt samme tema.

For å finne relevant faglitteratur har jeg først sett på hva jeg kan finne i pensumlitteraturen. Da dette var litt begrenset har jeg måttet gjøre søk på bibliotekets database Bibsys, for å finne annen relevant litteratur. Her har jeg også vært kritisk til litteraturens alder, men et par av bøkene jeg har vurdert som relevant er noen år eldre. Jeg har valgt å benytte meg av disse bøkene uansett, da litteraturen på området er noe begrenset. Her er en oversikt over forskningsartiklene jeg har benyttet meg av i oppgaven min:

“The course of behavioral problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics” er skrevet av Kleijer m.fl. Artikkelen ble utgitt i *International Psychogeriatrics* i 2009. Jeg fant denne artikkelen gjennom søk i databasen ProQuest. Denne studien ser på virkningen av medikamentell behandling av utfordrende atferd blant demente. Resultatene på denne studien viser at bare en av seks pasienter har god effekt av antipsykotika. I tillegg viser den at etter seponering av medisinen oppsto det forbedring eller ingen forandring hos 58 % av pasientene som var med i studien.

«Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care” er skrevet av David Edvardsson m.fl, og ble publisert i tidsskriftet *International Psychogeriatrics* i 2008. Jeg fant denne artikkelen gjennom søk i databasen ProQuest. 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.

«A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia” er skrevet av Spector, A., Orrell, M og Goyder, J. og ble publisert i *ScienceDirect* i 2012. Dette er en litteraturstudie som har sett på 273 relevante studier og endte til slutt opp med 20 som de mente fylte kriteriene for. Studien skulle se på om

kursing og god opplæring av helsepersonell kunne redusere forekomsten av utfordrende atferd hos demente på sykehjem. 12 av studiene som var inkludert viste betydelig reduksjon av symptomer på utfordrende atferd. Fire studier viste en positiv trend, mens de siste fire ikke viste noe innvirkning på symptomene. Denne litteraturstudien konkluderer også med at det er et stort behov for mer kvalitets og evidensbasert forskning når det kommer til utfordrende atferd.

“Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias” er skrevet av Ladislav Volicer og Ann Hurley og ble publisert i tidsskriftet *Journals of Gerontology* i 2003. Jeg fant denne artikkelen gjennom søk i databasen ProQuest. Denne oversiktsartikkelen har som hensikt å klargjøre en del begreper innen utfordrende atferd og vise til metoder for å takle utfordrende atferd. Artikkelen konkluderer med at atferdssymptomer ofte blir misforstått av helsepersonell, som mangler erfaring og kunnskap om årsakene til slik atferd. Artikkelen konkluderer videre med at hensiktsmessig og god behandling av atferdssymptomer blant demente er like viktig for livskvaliteten til de med demenssykdom, som smertebehandling til pasienter med kreft.

### **3 TEORI**

#### **3.1 Joyce Travelbees sykepleieteori**

Joyce Travelbee er født i New Orleans i USA i 1926. Hun har tidligere arbeidet som psykiatrisk sykepleier. I sin sykepleietenkning retter hun spesielt oppmerksomheten mot de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie. Hennes sykepleieteori har hatt, og har fortsatt stor innflytelse i sykepleierutdanningen i Norge. Travelbees menneskesyn bygger på at hvert menneske er unikt. Det enkelte mennesket er uerstattelig, enestående og forskjellig fra alle andre mennesker som lever, har levd eller noensinne kommer til å leve (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

Travelbee mener at denne forskjellen ikke kan forklares kun ut fra arv og miljø, men ut fra de forskjellige erfaringene et menneske gjør seg, og dets særegne forståelse av og reaksjoner på disse erfaringene. Erfaringene kan altså være like, men måten å reagere og takle disse kan være svært så ulike. Om man tenker at mennesker er mer forskjellige enn de er like, vil man kunne unngå den vanlige feilen der man regner den andre som lik seg selv, og dømmer ut fra hva man selv ville og ikke ville gjort (Travelbee 1999).

Travelbees definisjon på sykepleie lyder som følge:

*«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: 29).*

### **3.1.1 Menneske-til-menneske-forholdet**

En grunntanke i Travelbees sykepleieteori er at den profesjonelle sykepleieren har som oppgave å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Det som kjennetegner et slikt forhold er at både den syke personen og sykepleieren oppfatter og forholder seg til hverandre som unike individer, og ikke som «sykepleier» og «pasient». Hun mener at en «sykepleier» og en «pasient» ikke kan nå helt frem til hverandre, men at det er først når man ser hverandre som enkeltindivider at en reell kontakt oppstår. Dette er en gjensidig prosess, der både den syke og sykepleieren får behov dekket, men det er den profesjonelle sykepleieren sin oppgave å etablere og opprettholde dette forholdet. For å oppnå et menneske-til-menneske-forholdet må sykepleieren og den syke gjennomgått flere faser først. Disse fasene er:

Det innledende møte: Det innledende møte danner et førsteinntrykk. utfordringen for sykepleieren er å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og heller se han slik han er som person.

Fremvekst av identitet: Sykepleieren begynner å fange opp hvordan pasienten som et unikt individ, tenker, føler og oppfatter situasjonen.

Empatifasen: Det er evnen til å leve seg inn i og forstå den andres situasjon og psykiske tilstand.

Sympatifasen: Sympati er et skritt videre fra den empatiske fasen. Gjennom sympati formidler sykepleieren at hun forstår og deler pasientens fortvilelse, men avlaster pasienten for byrden det er å bære dette alene.

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt: Denne fasen er et resultat av de foregående fasene hvor sykepleieren har formidlet sin forståelse og sitt ønske om å hjelpe pasienten. Her må sykepleieren bruke kunnskap og ferdigheter for å iverksette tiltak for å dekke pasientens sykepleiebehov. Og nettopp gjennom sine handlinger, utvikler pasienten tillitt til sykepleieren. (Travelbee 1999)

### 3.1.2 Kommunikasjon

Travelbee sier at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste virkemidler for å etablere et menneske-til-menneske-forhold. Kommunikasjon foregår ved ethvert møte mellom sykepleieren og den syke. Den syke kommuniserer gjennom atferd, utseende, ansiktsuttrykk, holdning, gester og manerer, det samme gjør sykepleieren. Kommunikasjon oppstår på denne måten både bevisst og ubevisst. Gjennom kommunikasjonen blir sykepleieren kjent med personen bak pasientmerkelappen, og finner dermed ut hva som skiller denne personen fra andre og gjør den unik. På denne måten kan man på best mulig måte dekke den enkeltes sykepleiebehov på en mest hensiktsmessig og personlig måte. I tillegg til den verbale måten å kommunisere på som er ved hjelp av ord, har man også en non-verbal måte å kommunisere på. Dette kan for eksempel være kommunikasjon ved hjelp av gester, ansiktsuttrykk, kroppsbevegelser, gråt, stønning eller skriking (Travelbee 1999).

En av tingene som ligger til grunn i boken skrevet av Travelbee er en antakelse om at: *«...sykepleiere har behov for å vite om det foregår kommunikasjon i sykepleiesituasjonen; om de budskap som utveksles, er forstått av alle parter. Men like viktig er det å utvikle forståelse for hva hver enkelt deltaker i situasjonen kommuniserer»* (Travelbee 1999: 147).

Kommunikasjon forutsetter at begge parter forstår budskapet, og den vil bryte sammen om en av partene ikke forstår, eller ikke har evnen til å tolke budskapet på noen annen måte enn det som er «innlysende og bokstavelig» (Travelbee 1999).

### 3.1.3 Begrepet «pasient»

Når det kommer til begrepet pasient er Travelbee klar på at dette er en merkelapp og kategori, som dessuten kan være en stereotyp. Hun mener at det i virkeligheten ikke finnes pasienter, men enkeltmennesker som behøver omsorg og hjelp. I det begrepet pasient tas i bruk, kan man glemme at dette er et unikt menneske, som tilfeldigvis innehar en bestemt rolle på et bestemt tidspunkt. Alt det som sykepleieren 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 (Travelbee 1999).

Travelbee sier videre at: *«Sykepleierens oppfatning av «pasienter» er en vesentlig bestemmende faktor for kvaliteten og kvantiteten på den sykepleien hun yter til syke mennesker»*(Travelbee 1999: 62).

## 3.2 Forebygging

Forebyggende arbeid dreier seg om mer enn å hindre skade, sykdom og for tidlig død. Det handler også om å fremme helse og bidra til at helsen blir til en positiv ressurs i hverdagen (Mæland 2010).

Det forebyggende arbeidet i forhold til gamle mennesker inneholder to forskjellige aspekter. Det første aspektet omhandler forebyggende tiltak som har som hensikt at den gamle skal oppleve minst mulig sykdom, og leve et langt liv med god funksjon. Dette er det man kaller primærforebygging. Sekundærforebygging innebærer å sette inn tiltak etter at et symptom eller en hendelse har oppstått. Disse tiltakene skal hindre nye hendelser, for eksempel å forebygge et nytt slag hos en allerede slagrammet pasient, eller forebygge nye fall hos en pasient som tidligere har falt. Tertiærforebyggende tiltak settes i verk når sykdom allerede er oppstått, og man ønsker å minske de negative konsekvensene som kan oppstå som en følge av sykdom. Hos eldre kan det for eksempel være tiltak som settes i verk for å forebygge forverring av hjertesvikt, eller for å forebygge negative konsekvenser av demens. Dette kan være for eksempel vekttap eller utfordrende atferd (Ranhoff 2010).

Uheldige konsekvenser av sykdommen kan forebygges ved god behandling og oppfølging. Forebyggende arbeid kan ha stor betydning for å opprettholde funksjon, helse og ikke minst livskvalitet hos et eldre menneske (Ranhoff 2010).

## 3.3 Demens

Engedal og Haugen (2009: 18) definerer demens slik:

*«En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid».*

Ordet demens betyr gal eller avsindig, og er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av en rekke ulike organiske sykdommer. For at begrepet demens skal kunne anvendes må hukommelse og evnen til å klare dagliglivets aktiviteter være redusert. Deretter må man være sikker på at det foreligger en organisk sykdom i hjernen. Videre må man kunne

utelukke at tilstanden skyldes forgiftning, delirium eller en bivirkning av legemidler (Engedal og Haugen 2009).

Symptomene ved demens kan deles inn i tre kategorier, motoriske, kognitive og atferdsmessigesymptomer. 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 svekket evne til problemløsning, redusert oppmerksomhet, dårlig hukommelse, handlingssvikt og språkproblemer (Engedal 2009).

### **3.4 Utfordrende atferd**

Utfordrende atferd er atferdsmessige og følelsesmessige endringer som er en del av symptombildet ved demenssykdom. Mange begreper er blitt brukt for å beskrive disse endringene, eksempler på dette er problematferd, atferdsforstyrrelser, atferdsavvik, vanskelig atferd og utagerende atferd. Men i de siste årene har litteraturen valgt å bruke begrepet utfordrende atferd (Rokstad 2005). Ved at man ser på atferden som en utfordring kontra en belastning kan fokus settes på samhandling og andre miljøfaktorer, og ikke bare på forhold i tilknytning til demenssykdommen. I 1996 ble det holdt en konsensuskonferanse av International Psychogeriatric Association (IPA), der ble det konkludert med at atferdsproblemer og psykologiske symptomer ved demens, er så vanlig at det må sees på som en del av sykdommen. I løpet av denne konferansen oppsto begrepet BPSD- Behavioral and psychological symptoms in dementia. På norsk blir dette begrepet oversatt til APSD- Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Symptomene ved utfordrende atferd deles inn i to grupper, atferdsmessige symptomer og psykiatriske symptomer. Atferdsmessige symptomer kan blant annet være aggresjon og utagering, under disse to begrepene ligger symptomer som slåing, spyting, parking, klyping, roping og kjefting. Det kan også være døgnrytmeforstyrrelser, vandring, ukritisk atferd ved måltider, ukritisk seksuell atferd og ukritisk språkbruk. Når det gjelder de psykiatriske symptomene er vrangforestillinger et av de hyppigste symptomene. De mest vanlige vrangforestillingene omhandler at personen med demens tror at folk stjeler fra en, at ektefellen eller en annen pårørende ikke er den de gir seg ut for å være eller at man er forlatt. Hallusinasjoner kan også ofte forekomme, her er synshallusinasjoner de mest vanlige. Et annet svært vanlig symptom er depresjon. Angst er

også et vanlig symptom og kan komme til uttrykk gjennom gjentatte spørsmål, redsel for å bli forlatt og motorisk uro (Kirkevold 2009).

## **4 DRØFTING**

Jeg vil starte drøftingsdelen av min bacheloroppgave med en selvopplevd historie som har gått inn på meg, og som absolutt har bidratt til å forme meg som kommende sykepleier. I tillegg har nok denne historien og en del andre lignende episoder farget meg, i forhold til mitt syn på demensomsorgen og hvordan jeg personlig mener at man bør og ikke bør håndtere utfordrende atferd.

Etter empirien vil jeg se på ulike tiltak sykepleiere kan benytte seg av eller vektlegge for å forbygge utfordrende atferd. Men som nevnt tidligere i oppgaven er alle mennesker forskjellige og det gjelder også personer rammet av en og samme sykdom, nemlig demens. Det er derfor vanskelig å vite hvilke spesifikke tiltak som eventuelt fungerer på hver enkelt person. Jeg kommer derfor til å se på det mer generelle som viktigheten av god kommunikasjon, individualisert omsorg og viktigheten av kartlegging, medikamentell behandling og på hvilken måte personalet kan spille inn på slik atferd.

### **4.1 Empiri**

En ny hektisk arbeidsdag som student står for tur. Klokken er 08.00, og i dag skal «Olav» dusje. Siden vi av erfaring vet at Olav ikke liker å dusje, er vi to stykker som går inn for å vekke han. Pleieren sier: «God morgen Olav, når er det på tide å stå opp. I dag er det dusjedag!» Olav gnur seg i øynene å titter opp på oss med et noe undrende blikk. Pleieren ber Olav sette seg opp på sengekanten, men i og med at hans fysiske funksjon er meget nedsatt trenger han hjelp til dette. Pleieren tilbyr å hjelpe han, og i samme sekund tar hun tak i han å setter han opp på sengekanten. Han blir sint og forsøker å slå pleieren. Hun reagerer med irritasjon, og gir klar beskjed om at slik oppførsel ikke er akseptabel. Etter dette motsetter Olav seg alt. Han vil ikke i ståheisen og han vil ikke kle av seg. Han slår, skriker, spytter og klyper. Pleieren drar av han nattskjorten, holder hendene hans fast i heisen og fester beina. Man kan se redselen i øynene hans mens han slår rundt seg. Han kjøres ut i den allerede hektiske korridoren kun dekket av et dynetrekk, og inn på badet. Deretter settes han på dusjstolen med ansiktet rettet inn mot veggen slik at han ikke når tak i henne. Det er iskaldt på



badet. Olav roper og skriker etter hjelp. Hun starter dusjen og spyle over hele han bakfra. Han skriker høyt og slår rundt seg. Når hun er ferdig med å «spyle» han sier hun at dette gidder hun slettes ikke mer, og går ut av badet. Der står jeg igjen med en gammel, forvirret, sint, og fortvilet mann på 86 år. Han er fortsatt svært opphisset og roper ustanselig etter hjelp. Jeg går ut av badet og går inn igjen etter et par minutter. Jeg setter meg ned på toalettet ved siden av han, og sier med en lav og rolig stemme at jeg skal hjelpe han. Etter en stund roer han seg. Jeg får tørket og kledd på han, mens jeg hele tiden forklarer han hva jeg skal gjøre. Alt i et rolig tempo. Jeg vet at Olav er tidligere militær, og vi snakker om hvordan militærlivet er. Han responderer bare med «ja», «nei» og kroppsspråk da han har afasi. Olav er nå rolig og jeg kan skimte et lite smil. Vi går deretter ut i avdelingen for å spise frokost. Ute på avdelingen er det fullstendig kaos, og pleieren kommer i full fart mot meg. «Vi har ikke tid til å dulle med pasientene, kom igjen, nå er det frokost!» sier hun mens hun fyker forbi. Jeg merker at roen og smilet til Olav forsvinner like fort som hun stresser forbi. Inne på kjøkkenet er det høyt stemmeleie på flere, andre søler med maten og pleieren blir bare mer og mer irritert. «Hva vil du ha å spise Olav? Brødkive med syltetøy, leverpostei, ost, skinke eller gomme? Eller kanskje du vil ha puffet ris? Hva vil du ha å drikke? Melk, saft, surmelk, kaffe eller te?» 10 sekunder går. «Ja? Svar da Olav, hva vil du ha?». Olav svarer med et «nei», og ville denne morgenen verken ha frokost eller medisin. Han er svært irritert og tydelig preget av starten på dagen. Pleieren mente at både medisin og mat var viktig for han, slik at han skulle bli helt rolig og ikke gjøre noe vesen ut av seg, dermed ble både matingen og medisinutdelingen helt på grensen til overgrep. Resten av dagen til Olav ble preget av dusjingen og alt som var rundt dette, og i tillegg det som kunne minne om både tvangsmedisinering og tvangsforing. Når det omsider ble vaktskifte, sørget pleieren dessuten for å spre sin irritasjon videre til kveldspersonalet gjennom sin rapport. Olav ble her omtalt som en «utakknemlig og vanskelig pasient».

## **4.2 Kommunikasjon og forståelse**

Mennesker har et universelt behov for å bli møtt og sett som den de er, og personer rammet av demens er intet unntak. Vi mennesker ønsker å bli sett, hørt og forstått, og som sykepleier må du kunne kommunisere med mennesker i alle slags livssituasjoner. Vi må kunne forklare, forstå og trøste, og kunne både motta og gi informasjon. Kommunikasjon er en grunn dimensjon i alt menneskeliv og nemlig derfor er det viktig som sykepleier og finne tiltak

som kan optimalisere kommunikasjonen og øke sjansen for at den andre parten forstår. Det økende behovet for hjelp, den kroniske progredierende demenssykdommen, sviktende språk og minsket evne til å ta i mot informasjon og forstå, argumenterer for viktigheten av god kommunikasjon i demensomsorgen. Når kommunikasjonen blir uklart kan det oppstå forvirring, misforståelser, utrygghet, angst og mistenksomhet, og dette kan videre føre til utfordrende atferd. Er kommunikasjonen derimot klar og tydelig oppnår vi trygghet, nærhet og tillitt (Henriksen 2008).

Det at budskapet blir forstått av begge parter er svært viktig i all sykepleieinteraksjon, men etter min mening gjelder dette spesielt innenfor demensomsorgen. Jeg har igjennom min praksis opplevd situasjoner som har oppstått som en følge av språkvansker, på grunn av utbredt bruk av utenlandsk arbeidskraft i eldreomsorgen. Jeg har forstått det som at vi i Norge i dag har en utfordring i forhold til nok arbeidskraft innen helsevesenet og at utenlands arbeidskraft derfor er nødvendig. Men man må her kunne ta i bruk tidligere erfaringer og tenke over hvor man plasserer denne arbeidskraften. Er det riktig å plassere en sykepleier med dårlige norskkunnskaper til å ta seg av dusjingen av «Olav» der god kommunikasjon viser seg å være meget sentralt og viktig? Travelbee (1999) beskriver i sin bok «mellommenneskelige forhold i sykepleien» viktigheten av god kommunikasjon, og sier at god kommunikasjon avhenger av at budskapet blir forstått av begge parter. Dette er jo spesielt utfordrende når det kommer til pasienter med demenssykdom, og derfor er det desto viktigere at man tar seg god tid og forsikrer seg om at det man kommuniserer blir forstått.

I «Olav» sitt tilfelle hadde pleieren helt klart ikke tid eller ork til å forsikre seg om at det hun kommuniserte, var forstått. Videre mener Travelbee (1999) at det ikke kan foregå meningsfylt og god kommunikasjon dersom pasienten ikke sees på som et unikt menneske. Dette skyldes vanligvis at sykepleieren har noen forutinntatte oppfatninger om denne «typen» pasienter. I dette tilfelle har man en forutinntatt mening om at dette er en type «vanskelig pasient», i stedet for at dette er «Olav» som forsøker å kommunisere noe.

Vi kommuniserer også nonverbalt, altså gjennom kroppsspråket, Derfor er holdningene våre viktige å reflektere over, da disse gjerne kan komme til syne gjennom denne type kommunikasjon. Pleierens holdninger kom godt til syne i mitt tilfelle, hun var helt tydelig lei og stresset. Når vi blir slitne kan negative elementer i vår holdning få større spillerom, og kan komme til uttrykk gjennom for eksempel språkbruket. Man kan komme til å tingliggjøre

personen med ord som «sjelløs» og «vanskelig». Som sykepleier er det viktig å hele tiden være åpen og bevisst på egne holdninger (Henriksen 2008).

Om vi ser på den opplevelsen jeg hadde i praksis og hvordan kommunikasjonen hadde innvirkning på situasjonen, kan det tenkes at den spilte en stor rolle på flere måter. For eksempel hadde man tidligere erfart at «Olav» kunne bli utagerende i forbindelse med dusjing. På bakgrunn av dette stilte man derfor mannsterk opp på rommet og var dermed med vårt kroppsspråk allerede tydelig anspent. Irritasjonen over at «Olav» var en «vanskelig» pasient var helt tydelig hos pleieren allerede utenfor rommet og ble nokså klart signalisert videre til pasienten når vi kom inn. Siden pasienten hadde afasi, var det store problemer med både språk og forståelse, og kroppsspråket vårt var her desto viktigere.

Det sykepleieren tenker og føler overfor pasienten som hun samhandler med, vil alltid kommuniseres til vedkommende. Det samme gjelder sykepleierens grunnleggende intensjon. Pasienten vil altså oppfatte i hvilken grad sykepleieren «har gode hensikter» eller «prøver å hjelpe». Hvis en sykepleier ikke har «god hensikter», vil man ikke kunne kommunisere på en nær og god måte slik at et menneske-til-menneske-forhold vil etableres (Travelbee 1999).

Atferd er en måte å kommunisere på for de som har mistet det verbale språket, noe som ofte kan være en konsekvens av demens. Atferden som utfordrer oss må derfor sees på som en form for kommunikasjon. Noen ganger er atferd et uttrykk for et udekket behov, andre ganger en reaksjon på urimelige krav og reaksjoner fra omgivelsene (Rokstad 2008). «Olav» hadde ikke evnen til å kommunisere verbalt at han ikke ønsket å dusje, og kommunisert derfor dette gjennom slag, roping, spyting og lignende, det enkelte av pleierne omtalte som «vanskelig og aggressiv atferd». For alt vi vet, kan det hende at akkurat dette var det han fryktet mest. Ut fra det skrekkslagne uttrykket han hadde, skulle man nesten tro det. Er det da riktig at man på død og liv skal dusje? Hva er viktigst? En rolig, glad og trygg pasient? Eller en skinnende ren en?

Rokstad (2008) mener at utfordrende atferd ikke må sees på som et avvik, men som helt normale reaksjoner, dersom vi tar pasientens forutsetninger og perspektiv i betraktning. Dette er en reaksjon på både indre og ytre stimuli, og den atferden som omgivelsene i enkelte tilfeller opplever som problematisk, kan rett og slett være pasientens måte å kommunisere en lite tilfredsstillende livssituasjon på. Travelbee (1999) mener helt klart at den syke kommuniserer gjennom atferd, utseende, ansiktsuttrykk, holdning, gester og manerer, det samme gjør sykepleieren. Som sykepleier må man i tillegg kunne vurdere hvordan man i sin rolle innvirker på pasientens atferd, og endre sin væremåte ut fra de signalene som blir sendt

(Rokstad 2008). I dette tilfelle var det tydelige signaler på både redsel, irritasjon og fortvilelse, men ingen endringer i pleierens væremåte oppsto. Hadde man som sykepleier tolket atferden som kommunikasjon og lært fra tidligere erfaringer, mener jeg ut fra teorien om kommunikasjon med demente, at man kunne forbygget denne atferden. Dette gjennom at sykepleieren hadde endret sin væremåte, og kommunisert trygghet og ro, fremfor stress og irritasjon. Hva betyr det egentlig når «Olav» slår? Er han bare rett og slett gjennomsyret ondskapsfull, som enkelte i irritasjon kan finne på å tenke? Eller er det noe han så inderlig prøver å fortelle oss?

Kommunikasjonen kan bryte sammen dersom man som sykepleier ikke har evnen til å forstå og tolke kommunikasjon som noe annet enn det tilsynelatende «innlysende» og bokstavelige innholdet. Det er viktig å kunne finne ut av hva pasienten egentlig mener med sine spørsmål, kommentarer eller atferd (Travelbee 1999). I «Olav» sitt tilfelle, ble hans kommunikasjon tolket «bokstavelige og innlysende». De ansatte tolket hans atferd som ingenting annet en ren ondskap og vanskelighet, og dermed kollapset kommunikasjonen. Hadde pleieren forstått hva han forsøkte å kommunisere eller tatt i bruk tidligere erfaringer i forhold til hans situasjon rundt dusjing, hadde nok hele situasjonen gått «smertefritt», og kanskje hadde man vurdert dusjingen som uviktig, og ikke en oppgave man på død og liv skal gjennomføre, koste hva det koste vil.

I denne situasjonen og andre lignende situasjoner kan det virke som om utførelsen av dagsoppgavene kommer i første rekke, og pasienten dermed muligens som en god nummer to, noe som i stor grad påvirker kommunikasjonen og engasjementet rundt det å få til en god kommunikasjon. Om man skal se på forskning spesifikt rundt kommunikasjon som forebyggende faktor har jeg funnet svært lite. Men i en oversiktsartikkel skrevet av Spector, Orrell og Goyder (2012), som omhandler i hvilken grad god opplæring av personalet ved sykehjem, kan redusere og forebygge forekomsten av utfordrende atferd, viser funnene at god opplæring av personalet, er en god metode for å oppnå akkurat dette. Videre sier dem at virkningen av opplæring i bruken av kommunikasjon som forebyggende verktøy, viser seg å ha noe svak evidens. Men helt til slutt konkluderer dem med at det mangler god forskning rundt dette temaet og at det haster med å få gjort noen god og evidensbasert forskning i forhold til utfordrende atferd. Derfor tenker jeg at selv om jeg ikke har lyktes å finne forskning som underbygger viktigheten av kommunikasjon i denne sammenhengen, så er dette uansett en svært viktig og sentral faktor for god sykepleie og forebyggende arbeid generelt, og slik jeg ser det spesielt viktig i jobben med demente.

### 4.3 Kartlegging som forebyggende verktøy

*«Demensomsorg kan sammenliknes med skreddersøm, omsorgen må skreddersys den enkelte»*(Kjelberg 2002: 132).

For å kunne «skreddersy» omsorg og tiltak, kreves det at man kartlegger pasientens atferd, bakgrunn, personlighet og lignende. Det er først når vi forstår hele menneske og hva som kan være underliggende årsaker til atferden, at man kan finne passende tiltak for å kunne gi hensiktsmessig og god pleie og på samme tid komme i forkant og forebygge atferden ved en senere anledning (Kjelberg 2002). Travelbee (1999) mener at for å kunne gi god omsorg må man kunne se det unike i hvert menneske. Og for å ha muligheten som sykepleier å finne det karakteristiske og unike ved hver enkelt, er det etter min mening i tillegg til god kommunikasjon helt nødvendig med god kartlegging. Det var ingen kartlegging rundt atferden til «Olav», heller ingen opplysninger om hans livshistorie og bakgrunn. Personalet hadde muligens «kartlagt» hans atferd på pauserommet, men når kartleggingen ikke er satt i system, utvikles det heller ingen form for forebyggende tiltak, kun irritasjon innad i personalgruppen slik jeg opplevde det.

Solheim (2009) understreker at kartlegging er nødvendig for at tiltak skal kunne iverksettes. For å kunne kartlegge må man først og fremst inneha nødvendig kunnskap om demenssykdom, deretter må man vite hva man ønsker å kartlegge og hva man skal se etter. Systematiske registreringer gir sykepleierne mulighet til å kunne analysere og samle både kvantitativ og kvalitativ data, for så å kunne sammenligne og evaluere de forskjellige tiltakene som etter hvert blir satt i verk. Sykepleierne kan da lettere se mennesket bak diagnosen og imøtekomme de individuelle behovene. Jo tidligere man som sykepleier greier å gjenkjenne eventuelle tegn til utfordrende atferd, jo større er sjansen for at tiltakene kommer til å lykkes.

Det er slik jeg opplever det mye enklere å sette inn forebyggende tiltak mot utfordrende atferd når uroen sånn smått starter, enn når den har bygget seg opp over tid. Etter hvert blir det også mulig å kunne utelukke andre tilstander enn demens eller eventuelle fysiske plager som årsak til denne type atferd. Hensikten med kartleggingen er å finne ut hvilke situasjoner atferden oppstår i, når på døgnet, varigheten og hyppigheten. Ved en nærmere gjennomgang i forhold til hvilke situasjoner atferd oppstår i, får man kjennskap til når risikoen for utfordrende atferd er som størst. Dermed kan man sette inn hensiktsmessige forebyggende tiltak der det er mulig (Rokstad 2005). Slik jeg ser det ut fra teorien er det ikke utvalget av kartleggingsverktøy som er mangelvare, men muligens kunnskapen rundt bruken av det. I noen tilfeller kan nok også

tidspresset også spille en rolle. Kartleggingsverktøyene er mange, noen er enkle registreringsskjema mens andre er mer kvalitative og beskrivende. Hva som passer akkurat sitt tilfelle må man som sykepleier selv vurdere i forhold til hva man ønsker å få kartlagt. I tillegg kan man kartlegge godt også ved bruk av god rapportering i Kardex, men mulig man skaper en litt dårligere oversikt på denne måten. I tillegg har man bakgrunnsopplysningsskjema og lignende. Mulighetene er slik jeg ser det nærmest ubegrenset, men god opplæring ser ut til å mangle.

Personalgruppen hadde i mitt tilfelle erfart når risikoen for utfordrende atferd var som størst, og det var spesielt i forbindelse med dusjingen, men allikevel var ingen forebyggende tiltak satt i verk. Om dette grunner i manglende interesse, kunnskap eller tid er uvisst. Kartlegging som forebyggende tiltak i dette tilfelle kunne etter min mening vist oss hvilke tiltak som hadde effekt. For eksempel kunne det vært at man hadde tatt seg bedre tid, kommunisert på en trygg og klar måte og kanskje hadde situasjonen føltes mindre truende for «Olav» om man hadde forsøkt med bare en pleier tilstede. Rokstad (2005) mener at siden atferd kan ha sin forklaring fra en hendelse tidligere i livet, sosiale forhold eller personlighet og lignende, er det nødvendig å samle informasjon fra alle disse områdene. For alt vi vet, kunne en kartlegging av denne pasientens bakgrunn gitt oss kjennskap til en nesten drukningsulykke tidligere i livet, som nå utspilles i form av angst for vann. Dette vet man ikke, før man aktivt har tatt i bruk et kartleggingsverktøy, og deretter forsøkt og feilet til man til slutt hadde funnet løsningen som fungerer for akkurat denne pasienten. Forebyggende tiltak i demensomsorgen har slik jeg ser det ingen fasitsvar. Det er nok ikke lett å forebygge utfordrende atferd, men man kan absolutt forebygge at den oppstår igjen, gjennom å lære av sine «feil».

#### **4.4 Medikamentell behandling som forebyggende tiltak**

Jeg har erfart gjennom min praksis at medikamenter brukes hyppig som forebyggende tiltak innen demensomsorgen, men hvor god effekt har egentlig medikamentene? Er dette en «lettvintløsning», på grunn av mangel på både kunnskap og tid? Kjelberg (2002) mener at medisiner bør ha en liten plass i behandlingen av utfordrende atferd. Han understreker at det etter hans mening ikke finnes noen «bli snill pille» som kan dempe symptomene på utfordrende atferd. Både helsepersonell og pårørende har stor tro på medisiner som behandling av utfordrende atferd, og enkelte synes og tro at «har du det ille, trenger du en pille». Som regel fører ikke medisineren til bedring av disse symptomene, men derimot i

noen tilfeller heller til en forverring. Årsaken til dette er de forskjellige bivirkningene som kan oppstå, som for eksempel sløvhhet, trøtthet, parkinsonisme, rastløshet og lignende.

Når sjansen for å få dempet symptomene, uten at det oppstår noen form for bivirkning viser seg å være så liten, er det da riktig vei å gå? Min umiddelbare tanke er at dette er en «tidsbesparende» løsning som man i mange tilfeller tyr til. Man har etter min mening verken tid eller kunnskap nok til å finne den bakenforliggende årsaken til «Olav» sin atferd og på bakgrunn av dette tyr man til medisinerer, slik at den urolige og «vanskelige» atferden blir erstattet med en stykk slapp, trøtt og i enkelte tilfeller nærmest apatisk pasient. Når pasienten i tillegg så å si blir tvangsmedisinert, hjelper ikke akkurat det på den atferden som man kan tenke seg at muligens bunner i frykt og angst. En tilleggsfare ved bruk av medikamenter som demper pasientens atferd, kan være at de underliggende årsakene til denne atferden blir maskert og nærmest «glemt». Kommunikasjonsevnen kan i tillegg reduseres og det gjør det vanskelig for pasienten å kunne kommunisere sine behov og dermed kan atferdssymptomene således forsterkes. Kleijer m.fl (2009) konkluderer i sin forskning rundt bruken av antipsykotika som behandling av utfordrende atferd, at dette ofte viser seg å være uten særlig effekt. Studien viser at hos kun en av seks pasienter kunne man her se en forbedring av symptomene på utfordrende atferd. Etter seponering av medisin kunne man se en forbedring eller ingen forskjell på 58 % av pasientene.

Slik jeg ser det er det vanskelig som sykepleier å forebygge at utfordrende atferd i det hele tatt oppstår, men i noen tilfeller kan man lykkes å forhindre at det skjer igjen ved bruk av medisin. Da tenker jeg spesielt på om man medisinerer riktig i riktig setting. Med riktig setting mener jeg en situasjon som pasienten må befinne seg i av en eller annen grunn, og som man som personal vet at pasienten bruker å reagere negativt i. Her må man prøve å feile, men man må huske og hele tiden evaluere. Denne type medisinerer må på ingen måte være livsvarig.

Rokstad (2005) understreker viktigheten av god kartlegging av effekten. Behovet for medikamentell behandling av denne type atferd kan være forbigående. Et fåtall av demente har konstante og livsvarige symptomer på utfordrende atferd. Man må tenke over hva som er målet med medisinerer. Settes det urealistiske krav til at pasienten skal sitte i ro i stolen sin hele dagen og aldri mer bli irritert? Det finnes ingen medisin mot verken roping, vandring eller sparking.

#### 4.4.1 Kroppslige behov og smerte

Rokstad (2005) viser til en australsk studie av 70 personer med demens og utfordrende atferd. Denne studien kom frem til at av disse 70 pasientene hadde cirka en tredel en fysisk sykdom eller andre plager. Hos samtlige av disse pasientene bedret atferden seg etter at de fysiske plagene var behandlet. Dette bekrefter at denne type plager kan få uttrykk gjennom utfordrende atferd, siden evnen til å kommunisere eventuelle smerter er svekket.

Artroseforandringer i skjelettet er svært vanlig blant eldre pasienter, og over halvparten av personer over 70 sliter med dette og smertene denne lidelsen medfører. Disse smertene er som regel verst når man har vært i ro over en periode, og så skal begynne å bevege kroppen.

I «Olav» sitt tilfelle hadde han ligget i ro i sengen i bortimot et halvt døgn. Han fikk et brøkdels sekund til å reagere på før pleieren «hjalp» han opp på sengekanten. Kan det hende at noe av atferden til denne pasienten grunnet i smerter? Kanskje hadde nattevakten eller dagpersonalet kunne gitt han forebyggende smertestillende før han skulle i ståheis og inn i dusjen å sitte på den vonde dusjstolen. Volicer og Hurley (2003) sier i sin oversiktsartikkel at den mest vanlige årsaken til utfordrende atferd grunnet fysiske plager er smerte. Smerten kan komme av for eksempel obstipasjon, urinretensjon eller uoppdaget fraktur, men det mest vanlige årsaken til smerte er artrose.

Det å dekke kroppslige behov og forebygge ubehag som en følge av dette, tenker jeg er viktig for å kunne forebygge utfordrende atferd. Som sykepleier har man som oppgave å få hjulpet pasientene med deres grunnleggende behov. Dette kan for eksempel være god ernæring.

Rokstad (2005) mener at ved å ha faste måltider og drikkeserveringer vil man kunne forebygge at tørste og sult blir en årsak til utfordrende atferd. Hun viser også til et prosjekt utført på nittitallet som viste at hyppigere måltider som spesifikt tiltak mot uro hadde god effekt. Volicer og Hurley (2003) understreker også i sin artikkel viktigheten av god ernæring, og at utilstrekkelig ernæring kan videre føre til utfordrende atferd. God ernæring og rikelig med væske er også med på å forhindre obstipasjon. Obstipasjon kan igjen føre til aggressiv, urolig og irritabel atferd, det samme gjelder urinretensjon. Denne atferden kan så absolutt forebygges gjennom at enkelte pasienter har faste toaletttrutiner, god ernæring og bevegelse.

Personer med demens har et stort behov for søvn og hvile og blir lett slitne og trøtte, da det kreves mye krefter for å forstå og orientere seg i hverdagen (Rokstad 2005). Det var ingen som spurte «Olav» om han ønsket å stå opp, han ble bare fortalt at han skulle stå opp. For alt vi vet kunne han hatt en dårlig natt med lite søvn. Demente er slik jeg ser det ikke så ulik oss



«friske» mennesker i forhold til effekten av god søvn og hvile. Har man mangel på søvn og er slitne har man som menneske lettere for å bli irritert, og dette gjelder nok spesielt demente, da det her kreves mye energi for å tolke og forstå hva som skjer rundt en. Her mener jeg at man absolutt kan forebygge irritabilitet og andre symptomer ved å ha faste rutiner på hviling, eller som sykepleier være oppmerksomme på om pasientene ser trette ut, for så å hjelpe dem til rommet og sengen sin som en del har vanskelig for å finne frem til på egenhånd.

#### **4.5 Personalets betydning**

For å forebygge, dempe eller fjerne atferd hos personalet som pasienten reagerer negativt på og som igjen fører til utfordrende atferd blant pasientene, finnes det en rekke tiltak som kan gjennomføres i personalgruppen (Kjelberg 2002). Som nevnt tidligere har personalets kroppsspråk stor betydning. Solheim (2009) sier i sin bok «Demensguide» at mange pasienter rammet av demens har en svikt som påvirker språkfunksjon og oppfattelsesevne, men er følelsesmessig intakt. Pasienten tolker derfor kroppsspråket lettere enn det som blir sagt verbalt. Derfor nytter det ikke om sykepleierne sier mange fine ord, mens kroppsspråket for eksempel signaliserer: «jeg vil dra hjem», «jeg trives ikke på jobb» eller «jeg er lei vanskelige pasienter». Dette oppfatter pasienten, og man kaller det dobbeltkommunikasjon. Slike signaler fra personalet skaper utrygghet og angst hos både pasienter, pårørende og kollegaer. I mitt tilfelle var det «Olav» som oppfattet disse signalene og dermed mest sannsynlig følte seg utrygg. De ansattes trivsel og et godt arbeidsmiljø har derfor stor betydning for denne gruppen pasienter.

Jeg har erfart gjennom min praksis innen demensomsorgen at lite bemanning og høyt arbeidspress, påvirker trivselen på arbeidsplassen i særdeles høy grad. Den forskningen jeg fant som omhandlet dette temaet, bekrefter den sammenhengen mellom høyt arbeidspress og høy forekomst av utfordrende atferd som jeg hadde antatt. Edvardsson, Sandman, Nay og Karlsson (2008) konkluderer i sin forskning «Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care», at det er en helt tydelig sammenheng mellom høyt arbeidspress, lav trivsel på jobb og høy forekomst av utfordrende atferd. Resultatene av denne studien viser at forekomsten av utfordrende atferd var mindre ved sykehjem der personalet opplevde et lavere arbeidspress og hadde et mer positivt arbeidsmiljø. På bakgrunn av dette mener jeg at et godt arbeidsmiljø og en økt bemanning der det trengs, definitivt kan virke forebyggende på

utfordrende atferd. Ved en økt bemanning har man muligheten til å lytte og bruke god tid sammen med pasientene for å kunne bli bedre kjent med vedkommende og for så å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Travelbee (1999) sier at det er fullt mulig å kommuniserer uten å ha etablert et meningsfylt forhold, det vil si et menneske-til-menneske-forhold. Følelser som antipati, likegyldighet eller manglende interesse kommuniseres like effektivt som omtanke, empati og interesse. Men for at man som sykepleier skal kunne etablere et slikt forhold må man ved et hvert møte med pasienten gå bevisst inn for å lære pasienten og kjenne, slik at man kan finne frem til hvordan man kan ivareta behovene hans. I tillegg må man i følge Travelbee gjennomgå en rekke faser for å komme dit, disse er som nevnt tidligere «det innledende møte», «fremvekst av identiteter», «empatifasen», «sympati og medfølelse» og til slutt «gjensidig forståelse og kontakt». For å komme igjennom alle disse fasene og tilslutt få etablert et slikt forhold trenger man som sykepleier tid og ressurser, og i tillegg er det selvsagt viktig at man trives i jobben. Trives de ansatte så trives pasientene, og er bemanningen tilfredsstillende har man kanskje muligheten til å dekke behovene pasientene eventuelt måtte ha på en god og forsvarlig måte, og pasientene trenger dermed ikke kommunisere eventuelle manglende behov gjennom utfordrende atferd.

I min historie fra praksis som jeg tidligere har beskrevet, opplevde jeg den andre pleieren som tydelig lei av jobben sin og stresset for å få ting gjort unna i en fei på grunn av høyt arbeidspress. Dette kom tydelig frem og fikk konsekvenser for både pasient og pleier gjennom utfordrende atferd. Forskningen til Edvardsson m.fl (2008) kommer med enkle forslag til forbedring og de to viktigste etter mitt syn er å etablere et omsorgsfullt, vennlig og rolig miljø hvor mennesker er viktigere enn å få oppgavene gjort forttest mulig. Det andre forslaget de mener kan minske forekomsten av utfordrende atferd er god opplæring og økt kompetanse hos personalet. En annen forskning på område bekrefter også viktigheten av økt kompetanse blant de ansatte. Spector, Orrell og Goyder (2012) sier i sin forskning at det er evidens for at god opplæring og økt kompetanse blant de ansatte kan redusere forekomsten av utfordrende atferd hos personer med demens som bor på sykehjem. Dette bekrefter nok en gang min oppfattelse om at personalets kompetanse og trivsel har en stor forebyggende effekt på utfordrende atferd.

Kjelberg (2002) støtter også dette og sier i sin bok «Når atferd blir vanskelig», at de viktigste forebyggende tiltakene i forhold til utfordrende atferd som kan gjøres innad i personalgruppen er kompetanseheving i form av undervisning, veiledning og hospitering. Som sykepleiere må

man alltid være villige til å forandre eller tilpasse oss, om våre holdninger er med på å fremprovosere en negativ reaksjon eller atferd hos en pasient, slik at denne atferden kan forebygges. Kjelberg sier videre at det er mange ansatte som begrunner forekomsten av utfordrende atferd med lav bemanning, noe han absolutt kan se på som en innvirkende årsak. Med andre ord kan som nevnt tidligere både økt bemanning og kompetanse forebygge den utfordrende atferden. Når vikarer må leies inn på grunn av for eksempel sykdom eller kurs, og endringer i det vanlige mønsteret oppstår, kan pasienter oppleve utrygghet og dermed reagere med utfordrende atferd (Lundström 2001). Fast personale og stabile rammer er med andre ord også svært viktig for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens.

Sist men ikke minst er personalets holdninger etter min mening svært viktig for å kunne forebygge utfordrende atferd. Travelbee (1999) mener at en sykepleier har aldri forståelse, medlidenhet eller medfølelse for en «pasient», men med et unikt enkeltmenneske. Det er sannsynlig at så snart et menneske har fått merkelappen «pasient», begynner en avhumaniseringsprosess. Den menneskelige reduksjonsprosessen kan skje med alle sykepleiere. Men trolig går denne prosessen raskest hos sykepleiere som jobber under forhold som er preget av høyt arbeidspress og stor personalmangel. Når tidspresset blir stort nok, blir den syke forvandlet til et «krav». Det unike ved det enkeltindividet sykepleieren har omsorg for blir ikke lenger oppfattet. Sykepleieren oppfatter derimot dette individet som en oppgave hun må utføre. «Olav» ble slik jeg ser det en oppgave som fortrest mulig måtte gjennomføres. For det mennesket som blir utsatt for denne reduksjonsprosessen, oppstår forskjellige følelsesmessige reaksjoner. Den vanligste reaksjonen er sinne. Sinnet trenger ikke bli rettet mot en bestemt person, men vedkommende ender opp med å bli irritabel, anspent og rastløs. I stedet for sinne kan også enkelte føle håpløshet, depresjon, tristhet og apati (Travelbee 1999). Hadde pleieren altså sett på «Olav» som et menneske og ikke oppgave og en pasient lik alle andre, hadde man her mest sannsynlig kunne forebygget den utfordrende atferden som oppsto.

## 5.0 AVSLUTNING

Arbeidet med denne oppgaven har absolutt økt kunnskapen min rundt det å forbygge utfordrende atferd, siden jeg har svært lite erfaring med den type forebygging fra praksis. Jeg har i tillegg fått en bedre forståelse for symptomet utfordrende atferd og hva som kan være den bakenforliggende årsaken. Har også som kommende sykepleier blitt enda mer bevisst på det å se mennesket og ikke «pasienten» og viktigheten av dette i denne sammenhengen. Man må aldri glemme at denne pasienten er et menneske, på lik linje med en selv, og om dette skulle gå i «glemmeboken» kollapser kommunikasjonen og grunnlaget for god forebygging er dermed ikke tilstede. Gjennom god kommunikasjon og kartlegging finner man ut hvem dette mennesket er, og hvilke situasjoner dette mennesket opplever som svært krevende. Deretter kan man som sykepleier sette inn forebyggende tiltak. Det er viktig som sykepleier å se på den utfordrende atferden som en utfordring, kontra et nærmest uløselig problem. Om man ser på denne atferden som et problem, vil vårt kroppsspråk skape problemer når det kommer til å forebygge denne typen atferd.

Travelbees sykepleierteori er etter min mening nærmest «skreddersydd», for denne tematikken. Sykepleiere og annet personell ved demensavdelinger skulle så absolutt ha lest hennes teori. For en del sykepleiere vil teorien hennes være nok så selvsagt, men dessverre tror jeg nok at det vil «gå opp et lys» for så alt for mange som forveksler mennesket, med en oppgave som må bli utført før dagen er omme. Som nevnt tidligere mener jeg at for å kunne forebygge utfordrende atferd må man som sykepleier se det UNIKE ved hvert eneste menneske. Hvis man som sykepleier ikke har denne evnen eller forståelsen, er det etter min mening nærmest helt umulig å forebygge noe som helst.

Etter å ha jobbet med denne oppgaven, ser jeg absolutt behovet for mer litteratur rundt denne problemstillingen, spesielt med tanke på hvor utbredt dette «problemet» er. Noen av forskningsartiklene jeg har funnet etterlyser akkurat det samme. Det er helt klart vanskelig å forebygge noe man som sykepleier i utgangspunktet vet lite om. Det meste av litteratur omhandlet konkrete miljøtiltak, men oppgavens omfang viste seg etter hvert å bli en utfordring. På bakgrunn av dette har jeg valgt å ikke fokusere på miljøtiltak som forebyggende verktøy, men derimot fokusere på det litt mer generelle, som jeg etter å ha jobbet med denne oppgaven mener bør ligge til grunn for all forebygging når det kommer til demente med utfordrende atferd. Dette er etter min mening god kommunikasjon og forståelse, god kartlegging, økt kunnskap og trivsel blant de ansatte i tillegg til bedret holdninger. Til sist har jeg valgt å skrive om medikamentell behandling som forebyggende verktøy, dette fordi

det svært ofte blir brukt som en «lettvint løsning». Men som forskningen og teorien viser er ikke dette veien å gå, man må ikke «maskere» problemet, men finne ut hva det faktiske problemet er. I tillegg har jeg skrevet om kroppslige plager og behov, som omhandler det å faktisk se pasienten.

Til slutt vil jeg si at dette er en svært vanskelig problemstilling man som sykepleiere og annet fagpersonell står ovenfor daglig. Men om man som sykepleier bare fokuserer på begrensingene og ikke mulighetene, blir det desto vanskeligere. Det finnes ingen enkel oppskrift for hvordan man skal kunne forebygge utfordrende atferd, men som sykepleier må man ikke være redd for å prøve å feile, i stedet for å konsekvent feile gang etter gang. Den som intet våger, intet vinner tenker jeg. Jeg har forståelse for at ikke tiden alltid strekker til, men om man skal ha det fokuset, kan man heller tenke at en blid og fornøyd pasient er mye mer tidsbesparende enn en sint og «vanskelig» en. «Om man bare vil, så får man det til!» Jeg mener at som ved de fleste ting her i livet, er det best og være føre var, og utfordrende atferd ved demens er intet unntak.

## 6.0 LITTERATURLISTE

- = Pensum
- = Selvvalgt (....) = antall sider
  
- Berentsen, V.D. (2010). Kognitiv svikt og demens, kap 28. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) Geriatrisk sykepleie. *God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal
  
- Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter. 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. *Int Psychogeriatr*, 20(4), 764-776. Hentet fra: ProQuest 27.02.13. doi: 10.1017/s1041610208006716 . (11)
  
- Engedal, K og Haugen, P.K. (2009). Lærebok demens. *Fakta og utfordringer*. Kap.1. Tønsberg: Aldring og helse (11)
  
- Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem, kap 18. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) Geriatrisk sykepleie. *God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal
  
- Helsedirektoratet. (2011). Demens. <http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> [05.03.13]
  
- Henriksen, K.W. (2008). Kommunikasjon Kap 5. I: Rokstad, A.M.M og Smebye, K.L. (red). Personer med demens. *Møte og samhandling* .Oslo: Akribe (26)
  
- Kirkevold, Ø. (2009). Utfordrende atferd – forståelse og behandling Kap 15. I: Engedal, K og Haugen, P.K. (red). Lærebok demens. *Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse (17)

- Kjelberg, T. (2002). Tiltak ved vanskelig atferd Kap 8. I: Når atferd blir vanskelig. *Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget (39)
- Kleijer, B. C., van Marum, R. J., Egberts, A. C., Jansen, P. A., Frijters, D., Heerdink, E. R., & Ribbe, M. (2009). The course of behavioral problems in elderly nursing home patients with dementia when treated with antipsychotics. *Int Psychogeriatr*, 21/5, 931-940. Hentet fra: ProQuest, 05.03.13 doi: 10.1017/s1041610209990524 (11)
- Kristoffersen, N.J. (2005). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. og Skaug, A.E. (red.) *Gunnleggende sykepleie*, bind 4. Oslo: Gyldendal (86)
- Lundström, K. (2001). Når Asta blir sint. *Sinne og aggresjon hos demensrammede*. Oslo: Kommuneforlaget (56)
- Mæland, J.G. (2010). Forebyggende helsearbeid. *Folkehelsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Ranhoff, A.H. (2010). Forebyggende og helsefremmende sykepleie, kap 12. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal
- Rokstad, A.M.M. (2005) Kartlegging og utredning av utfordrende atferd, Kap 3. I: Kommunikasjon på kollisjonskurs. *Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og helse (11)
- Rokstad, A.M.M. (2005)Medikamentell behandling, Kap14. I: Kommunikasjon på kollisjonskurs. *Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Aldring og helse (5)
- Solheim, K. (2009) Demensguide. *Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget (416)

- Spector, A., Orrell, M., Goyder, J. (2013). A systematic review of staff training interventions to reduce the behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 354-364. Hentet fra: Science Direct, 07.03.13 <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2012.06.005> (10)
- Travelbee, J. (1999). Mellommenneskelige forhold i sykepleie. Oslo: Universitetsforlaget (114)
- Volcier, L., Hurley, A.C. (2003) Management of behavioral symptoms in progressive degenerative dementias: *The Journals of Gerontology*; Sep 2003; 58A, 837-845. Hentet fra: ProQuest, 05.03.2013 (11) <http://ezproxy.uin.no:2063/docview/208624833/13CA2487BF672904F55/33?accountid=26469>

Selvvalgt pensum = 824 sider



## Vedlegg 1 Søketablell

Database	Søkeord	Treff	Antall leste	Antall brukt
ScienceDirect	dementia AND behavior	19864	5	0
ScienceDirect	dementia AND behavioral symptoms	11957	3	0
ScienceDirect	BPSD AND dementia	392	3	1
ScienceDirect	preventing AND BPSD	34	2	0
ScienceDirect	prevention AND BPSD	96	0	0
ProQuest	dementia AND behavior	11286	5	1
ProQuest	dementia AND behavioral symptoms	7113	4	2
ProQuest	BPSD AND dementia	255	2	0
ProQuest	preventing AND BPSD	48	2	0
ProQuest	prevention AND BPSD	80	1	0
PubMed	dementia AND behavior	1419	3	0
PubMed	dementia AND behavioral symptoms	581	2	0
PubMed	BPSD AND dementia	45	0	0
PubMed	preventing AND BPSD	0	0	0

