

Miljøarbeid for bedre hverdag

DEMENS

• omtanke • solidaritet • samhold



Yrkesfaglig studiehefte for medlemmer i
Seksjon helse og sosial

Nina Simonsen

3. utgave 2013



FAGFORBUNDET

Seksjon helse og sosial

Forord

Kjære leser!

En bedre hverdag for personer med demens er et yrkesfaglig studiehefte som Fagforbundet, Seksjon helse og sosial, ønsker å dele med deg og dine kolleger. Vi håper det vil gi deg faglig inspirasjon og ny kunnskap innen dette spennende arbeidsfeltet. Hftet er lagt opp med spørsmål til diskusjon, slik at det også kan benyttes som utgangspunkt for faglige diskusjoner i grupper/studiesirkler.

Hftet ble utviklet i forbindelse med at det skulle opprettes to nye enheter for personer med demens på Vestby sykehjem. Sykehjemmet hadde mange ansatte/nyansatte som ikke tidligere hadde arbeidet med personer med demens. Dermed fikk Nina Simonsen, gruppeleder på den ene enheten, ideen om å lage et opplæringshefte til alle ansatte ved sykehjemmet, slik at en fikk en felles plattform å arbeide ut fra. Hun påtok seg oppgaven med å utvikle heftet. Nina er spesialhjelpepleier og har 20 års arbeidserfaring innen demensomsorg, og videreutdanning i psykiatri, alderspsykiatri og aldersdemens, samt praktisk pedagogisk veiledning for helse- og sosialpersonell. Hun har også spesialisert seg gjennom Klinisk Fagstige på området aldersdemens/demensomsorg.

Nina, som også er seksjonsleder og tillitsvalgt i Fagforbundet, Vestby, har de siste par årene avholdt studiesirkelen *Tvang – helst ikke* for Fagforbundets medlemmer i sykehjemmet og også for noen av våre medlemmer i hjemmesykepleien. Hun anbefaler seksjonsansvarlige i andre kommuner å sette i gang slik studiesirkel for medlemmer i demensomsorg. Studiemateriell (hefter og DVD) kan bestilles hos forlaget Aldring og helse, mailadresse: www.aldringoghelse.no Videre anbefales studiemateriellet *Eldreomsorgens ABC*.

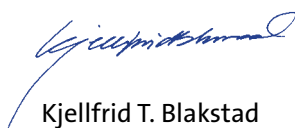
Kompetanseutviklende tiltak på sykehjemmet er nyttig, ikke bare for et bedre faglig tilbud, men bidrar også til økt trivsel, lettere integrering og bedre arbeidsmiljø for de ansatte. Dette viser erfaringene fra Vestby sykehjem. Sykefraværet ved sykehjemmet er lavt. Leder ved sykehjemmet har deltatt i studiesirkelen. Hun og begge avdelingslederne støtter alle ansatte som ønsker mer kompetanse. Et eksempel til etterfølgelse!

Omsorgsmeldingen (Stortingsmelding nr. 25 2005–2006 Mestring, muligheter og mening) samt Demensplan 20015 Den gode dagen legger stor vekt på kompetanseheving innen demensomsorgen, og opplæringsmidler fordeles til kommunene via Fylkesmannens kontor.

Fagforbundet, Seksjon helse og sosial, håper *En bedre hverdag for personer med demens* kan bidra til å fremme god kvalitet i miljøarbeidet, og at det stimulerer ledere og ansatte til videre faglig utvikling i feltet. Selv om heftet er rettet inn mot demensomsorgen spesielt, vil du se av innholdet at du kan få nyttige innspill også i forhold til arbeid innen andre deler av pleie og omsorg.

Lykke til!

Vennlig hilsen
Fagforbundet, Seksjon helse og sosial



Kjellfrid T. Blakstad
Seksjonsleder

Tre lys

I dag tidlig stod en liten fakkelbærer ved inngangen til avdelingen.
Han ba meg inntrengende om å ta med tre lys inn.
Det var nettopp disse lysene, sa han, som måtte til for å gi fullverdig lys i stuen.

- Et lys for respekt og verdighet
- Et lys for gode rutiner
- Et lys for de små gleder

Tenk om disse lysene alltid var tent?

Karin Helseth Ingeberg

Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer i hjernen, og den vanligste er Alzheimers sykdom. Demens kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i prosesser som hukommelse og tenkning, språkevne og læring, følelsesmessig svikt i forhold til kontroll, motivasjon og sosial adferd, og sviktende evne til å utføre dagliglivets gjøremål. Demens opptrer hyppigst hos eldre over 65 år og kalles da aldersdemens.

Sykdommen er kronisk og er som regel progressiv, det vil si at tilstanden forverrer seg, slik at det tilkommer flere og flere symptomer. Noen pasienter har en rask utvikling over to til fire år, mens andre har en langsom progresjon over 10–15 år fra diagnostidspunkt til avslutning av livet.

Det er viktig å være klar over at ikke alle pasienter med mental svikt har en demens-sykdom. Videre; at en del pasienter med hjerneslag utvikler demens, mens mange slett ikke gjør det! Symptomene må ha vart i minst 6 måneder eller mer, før en demensdiagnose kan stilles. Tverrfaglig samarbeid er nødvendig i utredning og behandling av pasienter med demens.

Mild grad av demens

I startfasen av en demenssykdom er som regel de første tegnene sviktende hukommelse, spesielt i forhold til hendelser i nær fortid. Pasienten glemmer avtaler, glemmer å spise og glemmer å handle. Pasientene har vansker med å sette tidligere hendelser i et riktig tidsperspektiv. For eksempel kan det som skjedde for fire-fem år siden, hevdes å være av ny dato. Tidsorienteringen svikter, og pasienten har vansker med å vite hvilken dag og dato det er, og med å følge med på klokken og kalenderen. Noen har språkvansker i form av ordletingsproblemer og manglende taleflyt, eller manglende retningsorientering i rom, og vansker med å utføre enkle praktiske gjøremål som å lage mat og kle seg skikkelig. Personlighetstrekk er vanligvis ikke endret, men kan være forsterket. Det vil si at personer som alltid har vært engstelige og/eller har hatt depressive trekk, kan reagere med angst, og/eller tilbaketrekning og depresjon. Andre kan bli aggressive, sinte og irritable.

Moderat grad av demens

I sykdommens neste fase har pasientene vansker med å bruke sine lærte mestringsevner, og de opplever at de mister grepet på tilværelsen. De bringes lett ut av fatning, spesielt når de skal løse oppgaver eller ta stilling til valg, og når de kommer under stress. I denne fasen forekommer ofte psykotiske symptomer i form av vrangforestillinger, syns-hallusinasjoner og underlig atferd. Angst, depresjon, tiltaksløshet og rastløshet er vanlig.

Hukommelsesevnen og tids-orienteringsevnen svekkes ytterligere, og hos noen også evnen til å uttrykke seg språklig (ordleting og manglende taleflyt mv) og evnen til å orientere seg i rom. Evnen til av- og påkledning, valg av riktig tøy, evne til personlig stell og til å holde orden i egen bolig blir sterkt redusert. Noen pasienter mister rom-orienteringsevne og har tendens til å gå seg vil på fremmede steder. Det er i denne fasen de fleste personer med demens kommer i kontakt med helsevesenet.

Alvorlig grad av demens

Denne fasen er preget av betydelig handlingssvikt og hjelpeløshet med hensyn til å klare seg i egen bolig, selv med støtte og hjelp fra familie og hjemmebaserte tjenester. Evnen til å kontrollere urin og avføring går tapt, og mange har manglende styring med bevegelsesapparatet slik som balansesvikt og gangproblemer. I denne fasen er de fleste med en demenssykdom avhengig av heldøgns pleie og omsorg, og de fleste trenger å bo på

sykehjem, fordi pleiebelastningen blir mer enn pasientens familie samt hjemmetjeneste kan klare; pasienten må ha nødvendig trygghet, pleie og omsorg 24 timer i døgnet.

Hovedtyper av demens

En rekke hjernesykdommer kan føre til demens, avhengig av størrelsen på hjerneskadens som opptrer og hvor i hjernen skaden er. Skader i hjernens tinningslapper fører lettere til demens enn skader andre steder i hjernen. Det er tre hovedgrupper av demenssykdom:

- A. Vaskulær demens; dette er sykdommer i hjernens blodårer, slik som f.eks. blodpropp, som fører til nedsatt blodtilførsel og dermed skader i hjernen.
- B. Degenerative sykdommer, slik som f.eks. Alzheimers sykdom, som griper inn i hjernevevet og skader hjernen direkte ved at hjerneceller dør.
- C. Sekundær demens; dette er andre tilstander og hjernesykdommer som, i tillegg til andre symptomer, også kan føre til demens. Dette kan være demens ved hjerne- og hjernehinnebetennelse, ved normaltrykks hydrocefalis/«voksenvannhode» (NB! kan kureres), ved aids, ved Creutzfeldt- Jacobs sykdom, alkoholisk demens m.m. Dette heftet vil ikke omtale sekundære demensformer ytterligere.

4

A. Vaskulær demens (VaD)

Vaskulær demens utgjør ca. 25% av tilfellene av demens. Vaskulær demens oppstår i forbindelse med sykdommer i hjernens blodårer. Hyppigst ses denne demensformen i forbindelse med små hjerneslag, og kalles derfor ofte infarktdemens. Infarktdemens forverrer seg ofte trinnvis, fordi det tilkommer nye små hjerneslag. Vaskulær demens oppstår også ved uttalt arteriosklerose/åreforkalkning i de små blodårene sentralt i hjernen, og i forbindelse med surstoffskader i hjernen som kan oppstå i forbindelse med hjertestans og stort blodtrykksfall.

De vanligste risikofaktorene for vaskulær demens er høyt blodtrykk, hjerteflimmer, innsnevring av de store halspulsårer og diabetes.

Symptomene ved vaskulær demens kan arte seg forskjellig avhengig av hjerneskadens lokalisasjon. Noen ganger kan pasientene ha symptomer som ved Alzheimers sykdom, andre ganger ligner symptomene dem som oppstår ved frontallappsdemens (FLD). Den type vaskulær demens som oppstår på grunn av surstoffmangel til hjernen er ikke progredierende (forverrer seg ikke), og oppstår i direkte tilslutning til et vanligvis dramatisk sykdomsbilde. Graden av demens kan veksle fra lett til alvorlig, og en rekke andre symptomer vil være til stede alt etter pasientens sykdomssituasjon forøvrig.

Forebygging av karsykdom i hjernen kan føre til at færre får vaskulær demens. Adekvat behandling av høyt blodtrykk og diabetes i yngre år er svært viktig.

B. Degenerative demenssykdommer

Demens av Alzheimers type (DAT) er den vanligste av demenssykdommene, og utgjør ca. 60% av alle tilfellene. Alzheimers sykdom har som regel sen debut; dvs at pasienten er over 65 år, men sykdommen kan i noen tilfelle debutere tidligere. Sykdommen deles i to undergrupper:

Alzheimers sykdom med tidlig debut (oftest før 65 år). Startfasen kan arte seg forskjellig fra pasient til pasient. Redusert hukommelse er et sentralt symptom. I tillegg er det vanlig med redusert språk- og skrivefunksjon, og redusert evne til å utføre dagliglivets gjøremål (apraksi). Etter hvert som sykdommen utvikler seg, sees de symptomene for øvrig som er beskrevet ovenfor om faser i demenssykdom.

Alzheimer sykdom med sen debut (oftest etter 65 år), har færre symptomer og mildere symptomer i startfasen, og sykdommen og sykdomsutviklingen er som regel mindre dramatisk enn ved tidlig debuterende sykdom. I startfasen er hukommelsesvikt og orienteringsevne, spesielt for tid, ofte det mest fremtredene symptom. Når sykdommen utvikler seg, kommer de andre symptomene til, slik som leting etter ord, manglende forståelse av rom og retning og problemer med utførelse av gjøremål.

Frontallappsdemens (FLD), eller pannelappsdemens, er også en degenerativ demenssykdom, og utgjør ca. 5% av alle tilfellene av demenssykdom. FLD er en samlebetegnelse, og flere hjernesykdommer kan klassifiseres i denne gruppen av demens. De to mest kjente er Picks sykdom og Degenerativ frontallappsdemens. De mest typiske symptomene for frontallappsdemens, uansett hvilken sykdom som ligger bak, er endringer i ATFERD. De intellektuelle utfallene er i startfasen langt mer beskjedne enn det som ses ved Alzheimers sykdom. Langtidshukommelse og orienteringsevne for tid og sted er bevart, men pasienten er ukonsentrert og har redusert fokusert oppmerksomhet.

Pasienten forstår ikke hvordan hun/han virker på sine omgivelser, og har derfor ikke evne til å ta hensyn til sine medmennesker. Pasienten mangler som regel innsikt i egen situasjon. Hovedsymptomer ved FLD kan samles i det som kalles *Det frontale syndrom* som omfatter:

Initiativløshet og tilbaketrekning. Pasienten mangler initiativ og vilje til handlig, og blir avhengig av at andre setter henne/ham i gang. Pasienten trenger lang tid på det som skal gjøres og er sen både i tankegang og bevegelser, noe mange feiltolker som manglende mestringsevne. Pasienten kan virke apatisk, treg og likegyldig til det som skjer rundt vedkommende.

Bortfall av hemninger: Pasientens atferd kan forandre seg og bli uhemmet og taktløs. Vedkommende tar lite hensyn til andres behov. Hun/han kan veksle fra å være munter og utføre mer barnslige skøyestreker, til å ha grov og uakseptabel seksualisert atferd. Sviktende impuls kontroll fører til utbrudd av irritasjon og aggresjon, eventuelt med voldelig utløp. Disse pasientene har manglende innsikt i egen situasjon.

Forsøk på å gi råd, korreksjon eller irettesetning fører som regel til irritasjon og sinneutbrudd og har derfor liten hensikt.

Svikt i evne til problemløsning. Pasienter som lider av FLD vil utvikle svikt i evnen til å organisere og systematisere sine tanker. Dette medfører manglende evne til å løse dagliglivets oppgaver.

Motorisk språk-utfall: Pasientens evne til spontan kommunikasjon endres. Hun/han forstår det som blir sagt til han, men får problemer med selve formidlingen. Både ord og setninger blir ufullstendige. Enkelte ord uttales helt galt. Enkelt-ord og lyder kan gjentas, inntil vedkommende stopper. For eksempel «få kaffe, få kaffe, få kaffe». Pasienten har problemer med å fortelle en historie sammenhengende. Pasienten mister lett tråden, henger seg opp i enkeltdetaljer, eller skifter over til andre temaer. Problemer med å uttrykke seg muntlig oppstår som regel relativt sent i sykdomsforløpet.

God behandling, pleie og omsorg overfor personer som lider av frontallappsdemens innebærer spesiell tilrettelegging for denne pasientgruppen, og vil derfor omhandles som eget kapittel bakerst i dette heftet.



Foto: Mikkel Østergaard/Samfoto

Brukermedvirkning og pårørendes medvirkning

Brukermedvirkning er sentralt i all pasientbehandling; vi skal legge tilrette for den gode medvirkningen. En rød tråd gjennom dette heftet er nettopp å sette brukeren i sentrum og se, høre og akseptere hver enkelt pasient på hans/hennes premisser. Vær også klar over at pasienter med demenslidelse kan bli stresset av å bli stilt overfor valgsituasjoner vedkommende ikke mestrer. Dette må en ta hensyn til, når en skal legge tilrette for brukermedvirkning. Finn den gode medvirkningen, og unngå de valgsituasjonene som fører til negativ mestrings-opplevelse hos pasienten!

Pårørende er en viktig ressurs i demensomsorgen. Vi som helsepersonell kan oppleve at vi skal være «eksperten», men pårørende kjenner pasienten best og har større muligheter enn oss til å kommunisere med pasienten gjennom felles fortid, der pasienten ofte er mer på hjemmebane. God demensomsorg er å gi omsorg og støtte også til pårørende. Pårørende opplever at en som står dem nær forsvinner slik de kjente dem, bit for bit. Vi må vise forståelse for pårørendes situasjon. De pårørende er en ressurs både dirkete overfor

pasienten, og indirekte ved at de kan gi ansatte viktig informasjon som vi kan bruke for å få best mulig kontakt med pasienten. Når pårørende stiller spørsmål og er utrygge skal de alltid møtes med forståelse, vennlighet og god informasjon. Kommer de med innspill på jobben vi gjør, skal det ikke betraktes som kritikk eller mas, men møtes med åpent sinn! Vi vil alle det beste for pasienten!

Mange pårørende sliter med at de ikke blir kjent igjen, pasientene glemmer at de har hatt besøk så fort pårørende har gått, osv. Noen pårørende klarer ikke å være så lenge på besøk hver gang. Vår oppgave kan være å forklare at det er her og nå, det lille øyeblikket som teller og ikke varigheten av besøket, eller om pasienten husker det i etterkant. Et kort besøk er bedre enn intet besøk. Mange pasienter blir urolige etter besøk, og dette er noe vi helsepersonell ikke skal belaste de pårørende med. Vi kan takle det ved f.eks. å avlede pasienten med noe annet. Noen pasienter har sjelden besøk av familien. Dette skal aldri kritiseres av personalet, verken åpenlyst eller oss i mellom. Vi vet ikke hva som er årsaken, det kan være så mangt som ingen kan stille seg til doms over. Vi skal møte og støtte de pårørende samme om de er ofte eller sjelden på besøk!

7

Pårørende må trekkes aktivt med i tilrettelegging og utførelse av miljøarbeid, pleie og omsorg.

Da kan det være behov for å veilede pårørende i demensomsorg. Du vil kjenne igjen punktene nedenfor ut fra teksten ellers i dette heftet. Dette er en oppsummering til bruk overfor pårørende:

- **Kommunikasjon og samhandling:** Selv om den motoriske språkfunksjonen er skadet, er språkforståelsen god. Lytt, les eller forsøk å tolke hva pasienten formidler gjennom ord og kroppsspråk. Spør for å få bekreftet eller avkreftet om tolkingen er riktig. Kommunikasjonsformen bør være rolig og direkte.
- **Reduser alle typer stimuli:** Pasientens sårbarhet for stimuli kan vi ta hensyn til ved å redusere mengden av sanseinntrykk. Begrens støynivået og synsinntrykk fra for eksempel radio og tv. Tilstreb et lite, oversiktlig miljø som skaper forutsigbarhet og trygghet og bidrar til å opprettholde funksjonsevnen.
- **Unngå for krevende tankeprosesser og påpekninger:** Oppgaver eller handlinger som krever for avansert planlegging og tankeprosesser hos pasienten er vanskelig. Pasientene mestrer enkle oppgaver best, slik som å vaske opp, nøste garn osv. Videre mestrer pasientene ofte kreative aktiviteter som sang, forming med assistanse mv. Ikke gi råd, korriger eller irettesett pasienten. Det medfører ofte irritasjon og sinneutbrudd. Pasientens manglende sykdomsinnsikt gjør at hun/han ikke kan nyttiggjøre seg slik korreksjon.
- **Se mennesket, og ikke bare sykdommen! Se ressursene, og ikke bare funksjonstapene!**

Spørsmål til diskusjon og refleksjon

1. Hva legger du i begrepet brukermedvirkning?
2. Hvorfor kan det være vanskelig for personer med demens å stå i en valgsituasjon?
3. Hvordan kan pårørendes informasjon om pasienten komme til nytte i miljøarbeidet?
4. Diskuter om, og eventuelt hvordan pårørende på din enhet kan få det enda bedre!



Foto: Bjørn Rørslett/Samfoto

Hvordan skapes og påvirkes våre holdninger?

«Våre holdninger avspeiles i våre handlinger, og våre holdninger styrer våre handlinger»
(Hummelvoll)

Holdninger kan deles inn i tre komponenter:

Tanker – Våre tanker om demens kommer klart til uttrykk i våre holdninger til aldersdemente pasienter. Sykdommen rammer som regel eldre pasienter og skyldes en sykdom/skade. Aldersdemente kan gjøre ting som virker uforståelig for omgivelsene. Vi tenker at dette kan skape problemer for pasienten i dagliglivet.

Følelser – Følelsene kan beskrives ved følgende eksempler: Vi kan grue oss for at vi får ansvar for en pasient med aldersdemens. Vi kan mislike det så sterkt at vi føler sinne og irritasjon. Vi kan glede oss, og se det som en spennende utfordring!

Adferd – Adferd er de handlingene vi utfører. Hva sier vi og hva gjør vi, og hvordan? Kroppsspråk er en viktig del av vår adferd. Hva gir vi uttrykk for i vårt første møte med pasienten? Viser vi engasjement, forståelse, respekt og empati (innlevelse)? Bruker vi tid, informerer vi godt nok og inkluderer vi pasienten? Spør vi dem for eksempel om hvordan de ønsker å bli titulert? (Bruk av fornavn, etternavn, De/du-form). Eller virker vi avvissende i vår iver etter å være raske og effektive?

Våre holdninger kommer til uttrykk gjennom våre oppfatninger, meningsytringer og handlinger. De uttrykkes også gjennom vår vilje til å gå inn for, eller motarbeide en sak, for eksempel endring av arbeidsmåte på en avdeling.

Hvordan endre holdninger?

Dersom en er kommet inn i en negativ spiral på arbeidsplassen, må det settes i verk holdningsendrende tiltak.

Dårlig arbeidsmiljø, for lite personale, stress o.l. kan medvirke til at personalet styres mot utbrenthet. Arbeidsplassen preges etter hvert av frustrasjoner og oppgitthet, noe som påvirker personalets holdninger, som igjen påvirker atferden. Mistrives personalet, vil demente pasienter fange opp dette gjennom personalets oppførsel og kroppsspråk; pasienten merker uttrykk og negative undertoner som preger miljøet. Pasienten opplever frustrasjonen og blir uttrykke, noe som igjen kan føre til angst og utagering i form av katastrofereaksjoner. Resultatet av personalets problemer seg i mellom er at pasienten *ikke* lengre kommer i sentrum!

9

Negative samhandlingsmønstre

Tom Kitwood (1999) skriver at et dårlig psykososialt miljø kan være med på å gjøre pasienten dårligere enn det hun/han egentlig er. Dette miljøet skaper uttrykk og kaos for pasientene og kan gjøre selvtilliten deres dårligere. Miljøet (avdelingen) kan være stor og uoversiktlig. Pasienten ser personalet som haster rundt, som ikke har tid til å svare, overser pasienten, roper «vent litt» eller «jeg kommer snart». Pasienten opplever stadig å bli avvist og ikke hørt, og vil føle seg uttrykk og mer usikker på seg selv/få dårligere selvbilde. I et lite oversiktig miljø, med god skilting og fast personell vil pasienten få økt trygghet. Når de opplever trygghet får de også tillit til oss.

Kitwood ert opptatt av det negative psykososiale miljø. Han beskriver at holdninger hos pleiepersonalet kan skade pasientens identitet. Dette benevnes som negativt eller «ondartet» samhandling. Ondartet betyr ikke at personalet er onde, men at slike negative holdninger kan ligge nedarvet i oss blant annet gjennom vår kultur.

Vi skal tørre å sette lyset på slike negative samhandlingsmønstre, da vi selvsagt ønsker å unngå dette i vårt arbeid med aldersdemente og andre mennesker! Ondartet samhandling er med på å skape uttrykk, skape kaos og ødelegge pasientens selvfølelse.

Eksempler på negativt samhandlingsmønster

Barnsliggjøring: En skal ikke snakke til pasienten som om det var et barn, men snakke til dem som voksne.

Bruk av tvang: En skal ikke gjøre noe mot pasientens ønske. For eksempel: vil ikke pasienten dusje, skal vi ikke tvinge pasienten til det. Finn en annen løsning.

Umyndiggjøring: Å overse den enkeltes ressurser og evner, ikke la vedkommende fullføre påbegynte handlinger. For eksempel: å hindre en som kan vaske seg selv å gjøre det, ved å ta over oppgaven for pasienten.

Trusler: Skape frykt gjennom bruk av trusler eller makt. For eksempel: «Hvis du ikke dusjer nå, blir det bare kaldt vann igjen når du må dusje senere».

For høyt tempo: Å gi informasjon, valgmuligheter, snakke/gå i et så høyt tempo at pasienten ikke klarer å forholde seg til det, og dermed blir forvirret av det.

Forræderi: Å bruke former for bedrag for å manipulere til medgjørighet. For eksempel: lyve for å få pasienten hjem etter tur.

Stempling: Forklare all atferd ut fra at vedkommende er dement, og ikke ut fra den personen hun/han er. For eksempel: sinne defineres som sykkelig aggresjon og behandles med medisiner.

Underkjenne: Å ikke anerkjenne den subjektive virkelighet personen opplever og føler. For eksempel ved å fortelle pasienten at: «det er bare tull å være redd for å dusje!».

Forvisning: Å sende vedkommende bort, forvise til andre rom, stenges ute fra fellesskapet. For eksempel: vedkommende søler med maten ved måltidet, og blir plassert ved eget bord.

Objektivisering: Å behandle pasienten «som en sekk»/ting i stedet for et menneske. For eksempel: ved stell hvor personalet snakker sammen over hodet på pasienten, og når personalet snakker med hverandre om antall vi har tatt opp, isteden for hvem vi har tatt opp.

Ignorering: Fortsette en samtale eller handling i en persons tilstedeværelse som om vedkommende ikke var der.

Inngrep: Bruk av tvang eller ikke å gi pasienten valgmuligheter. Tilsidesette pasientens egne ønsker og behov.

Neglisjering: Å nekte å gi oppmerksomhet eller dekke et åpenbart behov. For eksempel: avise pasientens trygling om hjelp, om å ville hjem, ville på wc m.m.

Anklagelser: Å beskyldre en person for handlinger eller mangel på handlinger. Handlinger du ikke kan forvente ut fra personens tilstand og situasjon. For eksempel: Anklage pasienten som kler på seg strømpebuksene på armen.

Kryssforhør: Overdreven bruk av «hvorfor»-spørsmål. Dette skaper lett skyldfølelse og følelse av utilstrekkelighet, som igjen kan skape angst og behov for å forsvare seg. Slike spørsmål krever ofte hukommelse og analyse for å bli besvart. For eldre med demens vil derfor slike spørsmål være ekstra belastende, og lett skape følelse av mindreverd og hjelpeløshet. Bruk heller ordene hva, hvordan, eller hvilken i begynnelsen av en setning.

Bryte inn: Å blande seg plutselig eller forstyrrende inn i en pasients handling eller overveieelse. For eksempel: bryte inn i samtalen fordi du vet hva som kommer til å bli sagt («jeg hadde ni barn jeg, vet du»).

Latterliggjøre: Å le av pasientens ord eller handlinger, særlig i andres nærvær. For eksempel: le av ord-salater, eller når vedkommende slikker på syltetøy-skjeen.

Degradere/forkleine: Å fortelle pasienten med ord eller handlinger/kroppsspråk at hun/han er ubrukelig, inkompetent, verdiløs osv. Kritisere handlinger og atferd.

Endring er mulig!

Holdninger kan endres ved at vi får ny kunnskap og innsikt. Det viktigste er at vi har et reelt ønske om å endre dem.

Som helsepersonell må en være bevisst på sine holdninger, sine handlinger i miljøet, sin vilje til å utvikle sin kompetanse og få nye kunnskaper, slik at en kan gjøre hverdagen bedre

for pasienten. Husk: pasientene har ikke valgt personalet, men personalet har valgt pasientene! Vi må skape et oversiktlig, trygt og godt miljø rundt pasienten. Fast personell som har gode holdninger og handlinger overfor pasienten, bidrar til å skape den nødvendige tryggheten og trivselen. Vi skal bidra til å øke pasientenes livskvalitet og gi dem mulighet til å ha et godt liv med sin sykdom.

MÅL: I vårt arbeid skal vi løfte fram det positive hos hverandre og hos pasientene!

Dette kan vi gjøre vi ved å legge vekt på:

- **Anerkjennelse:** Gi pasienten en bekreftelse på hvem hun/han er og at hun/han er verdt noe. For eksempel: hilse vennlig, presentere seg, ha øyekontakt osv.
- **Samarbeid:** Hjelp pasienten/gjøre ting i samarbeid med pasienten. For eksempel ved påkledning: hjelpe til slik at pasienten får en opplevelse av mestring. Samarbeid med pasienten slik at hun/han ikke «går i stå», men klarer å overkomme hindringer og vanskeligheter.
- **Understøttelse:** Støtte pasientens egen initiativ og aktivitet.
- **Validering:** Verdsatte pasientens erfaringer og følelser.
- **Positive tilbakemeldinger:** Dette er med på å øke pasientenes selvfølelse.

11

Spørsmål til refleksjon

Ekseplene er tatt fra pasientarbeid. Tenk igjennom punktene; passer de i forhold til din samhandling med dine kollegaer også?

MÅL: Vårt miljøarbeid skal bedre livskvaliteten for det enkelte individ her og nå!

Dette kan vi gjøre ved å:

- Bidra til at pasienten bevarer sin identitet, egenverd og selvstendighet så lenge som mulig.
- Finne fram til pasientens ressurser og stimulere det friske.
- Medvirke til at pasienten får mulighet til å bevare sine vaner og ferdigheter i dagliglivet. Gi pasienten mulighet til å fungere på et høyest mulig nivå, dvs nærest opp til den grensen hjerneskaden gir.
- Opprettholde pasientens orienteringsevne så godt som mulig.
- Identifisere og kompensere for pasientens egen omsorgssvikt.
- Gi informasjon, råd og støtte til personer i pasientens omgivelser (pårørende), og å bidra til at kontakten mellom disse og pasienten opprettholdes der dette er ønskelig for pasienten.
- Skape et miljø av ro og trygghet.

Spørsmål til diskusjon og refleksjon

1. Hvordan kan positive egenskaper og handlinger løftes bedre fram, ansatte imellom? Har du konkrete eksempler på dette?
2. Hvordan løftes mestring, glede og positive egenskaper og handlinger fram hos pasientene? Har du eksempler på dette?
3. Har dere tid og rom for etisk refleksjon i arbeidshverdagen på din enhet?



Foto: Tom Schandy/Samfoto

Kommunikasjon

Kommunikasjon er grunnlaget i all samling med andre mennesker. Vi skal kunne kommunisere godt med pasienten, forstå pasientens og se deres problemer og muligheter.

Verbal og nonverbal kommunikasjon

Kommunikasjon kan være verbal (bruk av språk), eller nonverbal (kroppens bevegelser holdninger, mimikk og tonefall).

Det kan virke som om vi har lettere for å lyve med ordene våre, enn kroppen! Snakker vi usant; mon tro om ikke kroppen vår avslører oss? Vi kaller det dobbelkommunikasjon hvis vi med ord sier noe som motvies av kroppen. Dobbeltkommunikasjon skaper utrygghet. Det er stor sannsynlighet for at pasienten oppfatter mer av kroppsspråket vårt enn av ordene som blir sagt. Derfor er det viktig å ikke dobbeltkommunisere!

Toveis kommunikasjon

For å oppnå vellykket interaksjon eller samspill med andre mennesker, er det viktig at kommunikasjonen går begge veier. Kommunikasjon med personer som lider av alvorlig demens kan være vanskelig. En skal være oppmerksom på at selv personer med alvorlig demens med språkproblemer enkelte ganger kan være forbausende klare, det vil si at de er mye mer klar i situasjonen eller fungerer mye mer adekvat (fullgodt) enn hun/han vanligvis gjør. Tilpass din kommunikasjon deretter!

Toveiskommunikasjonen blir ødelagt ved overdreven vekt på å realitetsorientere pasienten for raskt i samtalen. Dette er en balansegang. Realitetsorientering er en del av vår oppgave i miljøarbeidet, (se egen omtale av realitetsorientering). Bruk din kjennskap til pasienten og vurder når, og hvordan slik orientering kan finne sted. Ofte kan pasienten selv finne fram til realitetene, gjennom en god kommunikasjon med deg.

Unngå å stille spørsmål med *hvorfor*, da slike spørsmål kan oppleves invaderende, særlig fordi pasientene ofte ikke har den hukommelsen og de analytiske evnene som et slikt spørsmål krever av dem.

Kjenn pasientens historie!

Hvis vi virkelig ønsker å prøve å forstå pasientens tanker, følelser og handlinger, må vi kjenne

til det livet pasienten har levd. Når pasientene får større og større vanskeligheter med å forholde seg til den verden de lever i, kan det virke som all mening blir fjernet fra livet som omgir dem; livet blir ikke oppfattet og registrert. Det blir ofte slik at den livsverdien som gir dem mening er knyttet til det livet de har levd, det vil si fortiden, hvor livet hadde en mening og hvor de hadde bestemte roller å fylle.

Et fint hjelpemiddel vi kan bruke for å få opplysninger om pasientens liv er anamnese-skjema. Dette er et pasientsopplysningskjema som er utarbeidet med sikte på eldre mennesker med hukommelsesproblemer som befinner seg i institusjon. Som oftest vil personalet vite lite om pasientens tidligere liv, og det gjør det vanskelig å forstå pasienten, og holde kommunikasjonen i gang. Når en vet mer om hvem den gamle er, har en også muligheter til å tilby aktiviteter tilpasset den enkeltes ønsker og interesser. De pårørende er selvsagt en viktig kilde til slik nyttig informasjon.

I skjemaet er det spørsmål om: foreldre, søsken, skolegang, barn, yrke, bosted mv.

Et eksempel:

En dame sitter og tvinner sine hender hele tiden. Og samtidig vugger hun med overkroppen mens hun ustanselig sier «så så så...» For oss kan dette virke meningsløst og vi tenker at dette gjør hun nettopp fordi hun lider av aldersdemens. Spørsmålet blir da: er det fordi vi ikke forstår handlingen at dette virker helt meningsløst på oss? Pasientens handling kan være et transportmiddel til fortiden, vugging kan vekke minner fra den gang hun selv var et lite barn som ble vugget av sin mor. Kvinnens tvinning kan oppfattes som mors hender som stryker over hennes til trøst, og som gir varme og beroligelse.

Når vi kommuniserer er det viktig å legge vekt på :

- **Ærlighet:** Man skal ikke snakke usant. Unnlatt heller å si noe enn å snakke usant. Ingen regel uten unntak. En sjelden gang kan en hvit løgn være det beste alternativet, men da skal man være meget bevisst på hvorfor; og at det fremstår som det beste ut fra en totalvurdering av situasjonen. Hvis pasienten er sterkt bekymret, uten at dette er knyttet til en virkelig situasjon her og nå, men til fortiden, f.eks. for at kuene ikke er blitt melket, kan en måtte berolige med å si at kuene er melket.
- **Respekt:** Personalet må gi pasienten individualitet som voksen. Pasienten skal føle seg sett, hørt og akseptert uansett hva som kommer frem under en samtale. Det er viktig å bruke god tid og å vente på respons fra pasienten. Det er også viktig å si pasientens navn og vise at de er betydningsfulle.
- **Empati:** Det er viktig med aktiv, tålmodig og kreativ lytting. Det bør være rom for stillhet og pauser. Personalet bør gjenta, oppsummere eller omskrive det pasienten sier og hjelpe dem å holde tråden i samtalen. Det er viktig å søke betydning i et budskap, og opprettholde en balanse mellom nærhet og budskap. Personalet bør ikke bekreftende og eventuelt stille enkle spørsmål (ofte vil vi kjenne svaret. Det kan være en fordel, vær varsom med å stille spørsmål som kan bringe pasienten i forlegenhet hvis hun/han ikke klarer å svare. Husk å unngå hvorfor-spørsmål, som før nevnt.)
- **Godt kroppsspråk:** Kroppsspråket skal være i samsvar med/kongruent med ord og handlinger. Man kan forsterke den verbale kommunikasjonen med et kongruent kroppsspråk. Det er viktig å snakke langsomt, konkret og tydelig, med enkle ord og setninger som er kjent for pasienten. Snakk med et behaglig stemmevolum og stemmeleie. Man bør bruke øyekontakt for å opprettholde kommunikasjonen. Man bør vise kroppsbevegelser/kroppsholdning som signaliserer åpenhet og anerkjennelse av pasienten. Vise med ansiktsuttrykk at en bryr seg, gi ros og oppmuntring.

Spørsmål til diskusjon og refleksjon

1. Diskuter de fire punktene ovenfor (ærlighet, respekt, empati og godt kroppsspråk). Er dere enige i at dette er det viktigste i god kommunikasjon, og eventuelt hvorfor?
2. Tenk på en situasjon i arbeidet da du var spesielt fornøyd med kommunikasjonen og samhandlingen mellom deg og en pasient eller pårørende, og del den gjerne med de andre i gruppen!

Språkproblemer (AFASI)

Ved demens foreligger ofte språkproblemer. Det kan være evnen til å oppfatte og forstå det som blir sagt som er svekket, eller at pasienten selv får problemer med å uttrykke seg.

Det er tre former for afasi:

Motorisk afasi: Vanskeligheter med å snakke i hele setninger. Det er svikt i ordproduksjonen. Pasienten får «ordletingsproblemer». Hun/han vet hva som skal sies, men finner ikke de rette ordene; de er borte. Vedkommende får problemer med å formidle til andre hva hun/han tenker. Talen er sen, usikker og ikke flytende. Pasienten forstår det som blir sagt og kan nyttiggjøre seg skriftlig informasjon.

Sensorisk afasi: Vansker med å forstå hva andre sier, eller med å forstå skrift. Vedkommende kan ha flytende tale, men innholdet har mange ganger liten eller ingen mening for omgivelsene. Ord kan forbyttes, eller meningsløse ord blir lagd. Ved denne typen afasi klarer pasienten å formidle, men innholdet blir utydelig eller oppleves innholdsløst for mottakeren. Andres tale forstås dårlig, det samme gjelder skriftlig informasjon.

Anomisk afasi (vansker med benevning) Pasienten har flytende tale, men bruker mange omskrivninger, spesielt av substantiver. Pasienter med demens av Alzheimers type har i tidlig fase ofte anomisk afasi.

Realitetsorientering (RO)

Realitetsorientering er en kommunikasjonsform som har som mål å være orienterende og informasjonsgivende. Dette er en måte og møte eldre med hukommelsestap på, som støtter deres forsøk på å holde seg orientert om her og nå situasjonen.

Realitetsorientering består i å møte pasienten der denne er i tid og sted, for så å føre vedkommende tilbake til nåtid, med respekt!

Oppsummering

For at vi miljøpersonell skal kunne skape et godt kontaktforhold med pasientene må de oppleve:

- Å BLI SETT
- Å BLI HØRT
- Å BLI AKSEPTERT



Foto: Tore Wuttudal/Samfoto

Validering

«For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer end ham – men dog først og fremst forstå det han forstår»

Søren Kirkegaard

Begrepsavklaring

Validering betyr å verdsette; gjøre gyldig eller bekrefte. Validering innebærer at vi tar den gamles følelser på alvor, at vi aksepterer og verdsetter personen slik vedkommende er og slik personen opplever virkeligheten.

(Naomi Feil 1993)

Validering har som mål å respektere og akseptere personen slik han eller hun er, med sin virkelighetsopplevelse og sine følelser, samtidig som en ikke bekrefter feiloppfatninger.

(Solem 1999)

Hvordan kan vi bruke valideringsteknikker for bedre å forstå personer med demens?

For å kunne forstå personer med demens er det viktig å vite at det er klare grenser for hvor langt det er mulig for et annet menneske å forstå et annet. Verden er full av eksempler på at vi har begrenset evne til å forstå hverandre – ektefeller imellom, kvinner og menn er ulike, kløfter mellom generasjoner, livssyn, raser og lignende.

Når et menneske vi skal forsøke å tillegge er glemsk, desorientert, språkfattig og urolig, er det kanskje lett å gi opp og heller konsentrere seg om de praktiske gjøremål.

Vi må legge listen innen rekkevidde, ha en innstilling som inkluderer den aldersdementes indre verden, møte henne/ham der hun/han er. Det er viktig at pasienten opplever at vi prøver å forstå; at vi har god vilje, selv om vi noen ganger mislykkes.

Vi kan aldri gå i pasientens sko, men vi kan gå varsomt ved siden av!

Generelle validerings-teknikker

- Møte pasienten på hennes/hans nivå i tid og sted.
- Være 100 % tilstede for pasienten når du kommuniserer.
- Respektere pasientens følelser.
- Ta tak i budskapet pasienten formidler.
- Unngå dobbelkommunikasjon.
- Vær ærlig.

Spesielle validerings-teknikker

- Bruk ord som ikke er truende.
- Still ikke hvorfor-spørsmål.
- Gjenta nøkkelord.
- Gjenspeiling.
- Søk nærhet.
- Bruk tonefall og stemme bevisst.
- Observer pasientens følelser.
- Bruk musikk
- Samtal med pasienten om den situasjonen hun/han opplever.
- Feiloppfatning skal ikke motsies.
- Vær med på tilbakeblikk i tid med pasienten

Eksempel på validering

Pasient: «Jeg vil hjem til mor! Hvor er mor?!»

Pleier: «Savner du mor?»

Pasient: « Ja, men mor er jo død.»

Oppsummering

Hovedhensikten med validering er å anerkjenne pasienten og gjøre pasienten trygg, slik at kreftene ikke brukes opp på unødvendig forsvar. Pasienten vil i mange tilfeller, med de rette, veiledende spørsmålene fra vår side, selv finne de rette svarene underveis i samtalen.



Foto: Ove Bergersen/Samfoto

Reminisens

Reminisens er en form for minneaktivitet, det vil si en gjenkalling og formidling av minner og erindringer; en slags vareopptelling over livet. Å hente opp, og betrakte egne minner er som å se seg selv i speilet. Det er opplevelser som er lagret både i form av bilder, lyder, lukter, og følelser. I alderdommen er det for mange mennesker ofte færre bekreftende hendelser og kontakter i de nåværende omgivelsene, ikke minst dersom en er pleie- og omsorgstrengende. Det kan være godt å gå tilbake og gjenoppleve de hendelsene som gjorde oss til den vi er, og å holde fast ved disse minnene.

I eldreomsorgen generelt, og demensomsorgen spesielt, skal personalet aldri være likegyldig eller avvisende overfor pasientenes reminisens; husk at dette gjenspeiler vedkommendes selvbilde og identitet, og en avvisning kan føre til fortvilelse og i verste fall selvforakt.

Hvorfor legge tilrette for reminisens?

Hensikten med å stimulere til reminisens, er at pasientene gjennom å minnes livet på godt og vondt, kommer til å akseptere livet slik det har vært. Hendelser kan bearbeides, og en vil gjennom slik bearbeiding i større grad godta seg selv og det livet en har levd. Dette har betydning for egen identitet, personlig integritet og selvfølelse. Hvis denne prosessen ikke har funnet sted, kan det hende at en omredigerer negative opplevelser fra tidligere i livet,

og at en derved benekter eller fortrenger det livet en har levd. Slik benektelse kan føre til en kronisk opplevelse av fortvilelse og frykt, og skape kaos hos pasienten.

Samtidig skal en være klar over at minnearbeid/reminisens kan utløse skyldfølelse, engstelse, nedstemthet og fortvilelse. Disse reaksjonene kan oppstå når pasienten opplever fortiden som nåtid, og minnene er vonde. Derfor er reminisens arbeid krevende, og en må kontinuerlig vurdere hvordan samtalen utvikler seg, og søke å forebygge negative utfall. Skulle en krisereaksjon allikevel oppstå, skal en være forberedt på å kunne håndtere dette. En skal også være klar over at et minne/en relasjon ikke trenger å ha vært vond for å fremkalle tristhet, det kan like gjerne være et kjærlig forhold, som fremkaller både savn og gode minner.

Reminisens passer ikke for alle pasienter. Ikke alle ønsker å bli minnet om fortiden; kanskje har en ikke oppnådd det en ønsket i livet, kanskje er det ubehagelige/traumatiske minner en ikke ønsker å rippe opp i. Noen ønsker ikke å dele minnene sine med andre, men foretrekker å minnes for seg selv.

Ken Heap hevder at gjennom å reminisere, får den gamle forsterket opplevelse av egen verdi og integritet. Reminisens gir også tillit til egen mestringsevne, og sammenhengen mellom tidligere hendelser i livet og nåtiden styrkes. Dette er viktige forutsetninger for at den gamle kan avslutte livet på en hel og verdig måte. Gjennom reminisens tar pasienten regi over eget liv gjennom minneaktiviteten, og kontinuiteten mellom fortid og nåtid styrkes. Derfor er det viktig at helsepersonell aktivt stimulerer til reminisens. Trekk gjerne fram ting pasienten mestret godt tidligere i livet, dette styrker opplevelsen av mestring og øker selvbildet.

Når en skal legge tilrette for reminisens, er det viktig å kjenne til pasientenes bakgrunn og historie, så langt pasienten selv og de pårørende ønsker at slik informasjon nedtegnes, ref. anamneseskjema for hver pasient.

Bearbeidelse av opplevelser og hendelser i fortiden krever kognitive evner som hos aldersdemente pasienter er svekket. Reminisens med aldersdemente krever at en finner fram til gjenværende ressurser hos den enkelte. Langtidshukommelsen er viktig i reminisensarbeid, så selv om korttidshukommelsen svikter, kan demente gjøre bruk av gjenværende langtidshukommelse, og på denne måten også styrke følelsen av mestring og kontroll.

Hvordan kommunisere i reminisensarbeid?

Vansker med kontakt og kommunikasjon oppleves ofte som den største personlige trusselen ved en demensutvikling. Demensprosessen vanskeliggjør kommunikasjon, men den umuliggjør den ikke! Personer med demens kan synes å resonere i langt større grad enn det de talespråklig klarer å gi uttrykk for, og dette er viktig å være klar over i forhold til ikke å undervurdere pasienten, samtidig som en må unngå å stille spørsmål/krav til dem som de ikke mestrer. Den som samtaler med en person med demens må ta ansvar for å etablere en felles referanseramme rundt samtalen (for eksempel samtale knyttet til minner ved gamle gjenstander i rommet/remnisensrommet), knytte sammen løse fragmenter i samtalen, og være det bindeleddet mellom fortid og nåtid, et bindeledd som personer med demens ofte mangler.

Det er viktig å fokusere på ressursene. Det som betyr noe er hva som huskes, ikke hva som er glemt. Det er viktig å finne fram til de områdene i livet der pasienten fungerer best. Spill videre på de aktivitetene pasientene fortsatt mestrer, for eksempel sang, gamle rim og vers etc.

Hvis stimuleringen vekker assosiasjoner, vil en ofte få respons fra pasientene. Reminisens er et godt virkemiddel for å stimulere pasientene til aktivitet. Tenk stimulering, og ikke korrigerende. Korrigerende svekker selvbildet (ytterligere) og skaper utrygghet.

Reminisensarbeid kan være et viktig bidrag i miljøterapi overfor personer med demens. Det kan fremme trivsel, mestring og vekst innenfor de rammene funksjonshemmingen eller sykdommen setter.

Reminisens-grupper

Gruppene kan være åpne eller lukkede. I de åpne gruppene kan deltakerne variere fra gang til gang, og ledelse av gruppene kan gå på omgang. I de lukkede gruppene er deltakere og leder de samme hver gang, og gruppeaktiviteten holdes innenfor en begrenset tidsramme, gjerne 30 - 60 minutter alt etter hvordan stemningen i gruppen er, samt ut fra dagsformen til den enkelte. Er det noen som vil slutte før gruppen er avsluttet, skal det selvsagt være rom for det.

Planlegg reminisens-aktiviteten godt. Dekk gjerne pent på et bord med gammelt servise. Ha kaffe og kaker klart. Ved å invitere til kaffe, har en startet aktiviteten med noe som i seg selv er positivt. Forbered et tema, og ta med perm med relevante bilder, eller du kan bruke gamle gjenstander for å gjenkalle minnene.

Vurder gruppesammensetning, dersom det er en lukket gruppe. Sett sammen gruppen ut fra pasientenes intellektuelle nivå, alder, kjønn og karaktertrekk. En innadvendt pasient kan fort bli «overkjørt» i en gruppe som ikke passer osv. For stor ulikhet i alder vil si at pasientene kan få en for ulik erfaringsbakgrunn (for eksempel; noen har opplevd krigen , mens andre ikke husker noe fra den/ikke har opplevd den). En som er intellektuelt overlegen de andre kan kjede seg og føle seg undervurdert, mens en som er underlegen de andre kan bli stresset og føle seg utenfor.

Riktig sammensetning er altså av stor betydning. En gruppe kan gjerne bestå av 4 - 5 pasienter, samt leder og medhjelper. Det er gjerne gruppelederen som setter i gang samtalen. Medhjelperen følger med og observerer; det er viktig å være lydhør og åpen for endring av tema underveis.



Foto: Sigmund Krøvel-Velle/Samfoto

Måltider

Måltidene kan brukes som målrettet aktivitet, både som en del av miljøbehandlingen og som utgangspunkt for observasjon av ressurser og funksjonsevne.

Som en del av miljøbehandlingen, kan en ved måltider legge tilrette for:

Gjentagelse og gjenkjenning: Når de samme pasientene spiser sammen, i samme rom og rundt samme bord, er det lagt en ramme for gjenkjenning. Bruk samme plasser, samme kopper og tallerkener; dette skaper rutiner som kan gi pasienten følelse av å kjenne seg igjen. Gjenkjenning er en form for mestring som igjen gir grunnlag for trygghet.

Opplevelse av mestring: Det er viktig at pasientene er aktiv med de ferdighetene de fortsatt har. Å spise selv betyr mye for opplevelsen av å mestre. Personalet må være godt kjent med hva de enkelte klarer og hvem som trenger mye og lite hjelp. Dette må være grunnlaget for

hvordan vi oppfordrer pasientene til å delta i aktivitetene ved bordet. Dette kan være alt fra å hjelpe til med å dekke av og på bordet, tørke av bordet og lignende. Svikten i evne til å mestre blir lett synelig når pasientene spiser sammen med flere. Dette blir ofte kommentert av andre pasienter. Derfor er det viktig å sørge for at pasientene som trenger assistanse for å klare det praktiske ved matbordet, får en hjelper ved sin side. Vi må tre støttende til når vi ser det er nødvendig. Klarer vi å lage lite oppmerksomhet rundt slike episoder, vil følelsen av utilstrekkelighet og nederlag bli mindre for den som er uheldig.

Bedre orienteringsevne for tid, egen identitet, sted og situasjon: I den daglige kontakten og behandlingen av pasienten er det viktig å finne tiltak som kan bedre muligheten til å orientere seg, og dempe den stadige opplevelsen av forvirring og usikkerhet.

- **TID:** Måltidene kommer til faste tider og lager struktur i døgnet. Ved å fortelle hvilke måltid vi inviterer til, vil pasienten bli minnet om hvilken tid det er på dagen. Det er forskjell på å si «nå er det mat», og å si «nå er det frokost».
- **EGEN IDENTITET:** Når de samme personene møtes rundt samme bord et bestemt antall ganger i løpet av en dag, gir det grunnlag for gjenkjenning og gruppeidentitet, og identitet knyttet til eget navn. Å bli tiltalt med navnet sitt styrker bevisstheten om hvem en er. Det er forskjell på å spørre «vil du ha mer kaffe?» og «Oskar, vil du ha mer kaffe?».
- **STED OG SITUASJON:** Et dekket bord i en spisestue der folk sitter ved bordet og spiser, gir et helt annet holdepunkt for å orientere seg her og nå, enn å sitte i en korridor der folk haster forbi. Et dekket bord gir mange utfordringer til orienteringsevne: Hvordan ser smør og forskjellig pålegg ut, hva tar en først og sist, osv. Ved å be pasienten om sende fløte vil en kunne stimulere orienteringsevnen og gjøre dem oppmerksom på ting rundt deg. Personalet glemmer ofte at eldre mennesker trenger lengre tid på å orientere seg for deretter å handle.

Stimulere sanser: Mat appellerer til mange sanser. Det kan være pent å se på, lukter godt, smaker godt. Syn og lukt av mat kan få en til å kjenne om en er mett eller sulten.

Sosial stimulering, trivsel og trygghet: Det sosiale fellesskapet rundt bordet, og den muligheten dette gir til samtale og mellommenneskelig kontakt, er i seg selv en positiv stimulans som kan øke trivsel og trygghet.

Observasjon og vurdering av funksjonsevne

Nedenfor finner du noen holdepunkter til bruk for observasjon av funksjonsevnen:

Handlingssvikt: Er en sviktende evne til å sette ulike handlinger sammen i en rekkefølge til en helhet. For eksempel problemer med å smøre på en skive, (smør først deretter pålegg osv).

Apraksi: er manglende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full motorisk førlighet og forståelse av det som skal gjøres. Pasienter kan ha problemer med å vite hvor hun/han skal plassere kopper, kniver, tallerker osv ved dekking av bordet. Eller; pasienten ser at det ligger kniv og gaffel på bordet, men vet ikke hva de skal brukes til/bruker hendene til å spise med isteden.

Agnosi: er manglende evne til å gjenkjenne og forstå det som sanses, til tross for intakt sanseapparat. Det vil si at pasienten har problemer med å gjenkjenne og forstå det han ser, hører, smaker o.s.v. Dette påvirker pasientens evne til å spise, fordi hun/han rett og slett ikke forstår eller kjenner igjen det hun/han ser, dvs maten.

Neglekt: er nedsatt oppmerksomhet for stimulering fra den ene siden av kroppen. Dette sees ofte i forbindelse med hjerneskade i høyre hjernehalvdel, som fører til redusert oppmerksomhet for venstre side. Vi skiller mellom kroppsneglekt og romneglekt

Kropps-neglekt: redusert oppmerksomhet for venstre side av kroppen.(er ikke oppmerksom på smerter eller berøring).

Rom-neglekt: Redusert oppmerksomhet for hendelser/ting til venstre for kroppen/utenfor kroppen. Et typisk eksempel er at pasienten ikke ser sin egen mat foran seg, men begynner å forsyne seg av naboens mat.

Hukommelse:

Korttidshukommelse: Hukommelse med varighet opp mot minutter. Pasientene glemmer at de har spist, spør etter mat kort tid etter at måltidet er ferdig.

Langtidshukommelse: Hukommelse med varighet i minutter, timer, dager, år. For mange er det lettere å huske hendelser fra tidlig i livet. Pasientene kan for eksempel klare å bruke gamle, kjente kjøkkenredskaper som de har brukt over mange år. (Har man først lært å sykle, så glemmer man det ikke). Men gir vi dem en ny kjøkkenmaskin og forklarer bruken, så glemmer de fort fordi de har nedsatt korttidshukommelse.

Oppmerksomhet: Når oppmerksomhetsevnen reduseres, blir det vanskelig å oppfatte selv enkle beskjeder eller små hendelser. Det er viktig å henvende seg til pasienten ved å si navnet først, da får man tilkalt oppmerksomheten, og pasienten oppfatter lettere det som blir sagt, for eksempel ved måltidet.

Fokusert oppmerksomhet: Omfatter evnen til å rette oppmerksomheten mot en ting over tid og ikke la seg påvirkes av forstyrrelser i miljøet omkring.

Delt oppmerksomhet: Gjelder evnen til å rette oppmerksomheten mot flere ting samtidig.

Initiativ: Mange pasienter mangler initiativ til å handle. De bare sitter der. Det er viktig at personalet prøver å motivere pasienten til å være med på ting de fortsatt mestrer, som for eksempel å delta aktivt ved felles måltider. Dette øker pasientens selvtillit og gir dem positiv oppmerksomhet.

Orientering: Mange pasienter har mistet tidssansen og ikke vet når på dagen det er. Det blir vanskelig å holde orden på ukedager, måneder og årstid. I samtalen ved matbordet kan vi prate om hvor vi er, hvem vi er, dag, måned, årstid, osv.

Sosial fungering og adferd: Under måltidene får vi mulighet til å se hvordan den enkelte pasient fungerer sammen med andre mennesker. Noen har glede av det sosiale fellesskapet, mens andre strever med å forholde seg til flere mennesker på en positiv måte. Vi må prøve å finne den beste løsningen for hver enkel pasient!

En del pasienter blir urolige ved måltidene, de klarer ikke å sitte i ro, andre kan rote og søle med maten og oppføre seg upassende.

Kan noen av årsakene til de kaotiske tilstandene vi noen ganger opplever ligge i miljøet? Er det for mange ting som skjer samtidig eller er det for mange lyder?

Personalet er ofte, uten å være klar over det, den største kilden til uro ved måltidene.

Gode råd ved måltidene

- Forbered måltidet, slik at alle kan sette seg og bli sittende mens de spiser.
- Begrens inntrykkende, dekk bordet enkelt. Er det for mye på bordet kan det føre til at pasientene blir ukonsentrerte og roter med maten.
- Middag: Vent med å gi pasientene dessert til alle har spist ferdig middagen.
- Unngå all unødig støy. Slå av radio og tv.
- Skap en god stemning, sørg for ro og tid til å spise. Det er personalet som må ta initiativ til å skape stemning ved bordet.
- Hvis to av personalet sitter sammen med pasientene, må de spre seg. Sitt slik at dere kan hjelpe flest mulige mens dere sitter. Dette gir ro under måltidet. Samtidig vil personalet fungere som modeller, ved at pasientene kan få mulighet til å imitere personalet.
- Avtal på forhånd hvem av personalet som skal reise seg. (ta telefon, servere kaffe etc.)
- Det kan være lurt å ha faste bordplasser, da dette gir opplevelse av tilhørighet og identitet. Dette gir trygghet. Vurder hvilke pasienter som bør sitte ved samme bord.
- Grip inn i situasjoner som ikke mestres før katastrofen er et faktum. Unngå å kommentere dette. Klarer vi å lage lite oppmerksomhet rundt slike episoder, vil følelsen av utilstrekkelighet og nederlag bli mindre for den det gjelder.
- Stimuler positiv atferd, overse negativ.
- Bruk måltidene til å realitetsorientering for tid og sted.
- Personale må prate sammen på en slik måte at pasientene føler seg inkludert i gruppa. Samtaler personalet i mellom kan ofte bli av privat karakter, men det går fint å fortelle hva en har opplevd. Litt sladder og historier kan engasjere og krydre hverdagen til de fleste.
- Forlat bordet som en avslutning på måltidet. La pasientene sette seg ved et annet bord og i en god stol.

23

Noen ganger er man sulten utenom måltider, dette gjelder selvsagt også beboere ved sykehjem! Her må vi utvise fleksibilitet og god omsorg. En godt tips etter morgenstellet: tilby pasienten en kopp kaffe eller noe annet å drikke. Hvis pasienten sier at hun/han er sulten, skal vi ikke avfeie dette med for eksempel å si at det er en time til frokost. Det er ofte lenge siden pasienten har spist. Vi kan gi pasienten en kjeks, men også gjerne ta oss tid til å gi et stykke brød.

Spørsmål til diskusjon

1. Er det rutiner og adferdsknyttet til mat, drikke og måltider som dere har lyst til å gjøre enda bedre i deres enhet?
2. Hva er dere spesielt fornøyd med når det gjelder måltidene på enheten deres?

Aktivisering av personer med demens

Hva egner seg som aktiviteter for pasienter med demens? Ta utgangspunkt i de daglige gjøremål/hverdagsrytmen. Man må bruke god tid, ha ro og informere. Skap trygghet og vis anerkjennelse for det som blir gjort. Husk at ikke alle er vant til delta i alle former for aktiviteter fra tidligere i livet, og tilpass dette til den enkelte. Husk også at ikke alle ønsker å delta i alle former for gruppeaktiviteter (husk brukervedvirkning!).

Aktivisering av den enkelte i forbindelse med:

- Morgenstell/kveldsstell
- Sengeredning
- Stell av tøy/bretting
- Støvtørking
- Oppvask
- Måltider: dekke på og rydde av bordet
- Kaffekos
- Forberede høytider/årstiden
- Lokalavisen
- Gamle bilder/ting (reminisens). For eksempel bilder av kongefamilien

Gruppeaktiviteter:

- Sangstund, både formiddag og kveld
- Enkel trim/Sitte-dans
- Ball eller ballong-gym. Skaper både bevegelser og latter.
- Baking; dette gir kjente lyder, gode dufter og minner (Stimulering av sanser).
- Turer
- Spill (ludo, Yatzy, kaste på stikka med gamle 5-øringer)
- Sitte sammen ute/inne og prate, for eksempel om gamle dager.

Det er kun fantasi og kreativitet som begrenser. Dagliglivet i avdelingen gir utallige muligheter. Det skaper innhold, mening og trivsel for alle.

Betydning av et sosialt miljø

«Sosialt samvær med andre mennesker er ikke bare nødvendig som en konsekvens av demensprosessen, men dette samværet kan også være med på å forme og bedre demensprosessens forløp for det enkelte menneske.» (Kitwood og Bredin, 1992)

«Fattigdom i det sosiale miljøet produserer fattigdom i menneskelig atferd. Så vel det fysiske miljø som MÅTEN den demente BLIR MØTT PÅ har betydning for deres fungering.» (Engelsk psykiater Wing, 1967)

Hvordan få det til?

Forutsetninger for å lykkes med å skape et godt sosialt miljø:

- Få personer å forholde seg til
- Lite og oversiktlig miljø, dette skaper trygghet
- God merking/skilting
- Riktig belysning
- Ingen gjennomgangstrafikk
- Gjenstander/møbler pasientene kjenner igjen
- Gode kunnskaper om demens, og grundig kunnskap om den enkelte beboer og deres liv
- Samarbeide med/innhente opplysninger fra pårørende. Bli kjent med livshistorien. Hva har pasienten gjort før? Hvor aktiv har hun/han vært? (Bruk anamneseskjema).

Målsetting for daglige aktiviteter:

Hovedmålet er å bedre livskvaliteten, skape mestring og trivsel. Beboerne skal bruke de ressursene de til enhver tid har igjen, og dermed opprettholde sitt funksjonsnivå lengst mulig og bli ivaretatt på egne premisser. Livskvaliteten for den enkelte skal være best mulig i øyeblikket. Det er en god følelse å være til nytte og få bekreftelse på sin identitet.

Dagliglivet i avdelingen gir utallige muligheter. Det skaper innhold, mening og trivsel – for alle, også personalet.

Det er viktig å tenke på at personer med demens skal få være den hun/han alltid har vært:

- Aktiv eller passiv
- Stille eller pratsom

For noen passer det best å sitte i sofakroken, høre andre stemmer prate, og snuse inn nystekt bollelukt uten selv å ha vært med og bakt!

Skreddersyde små miljøer som også tar hensyn til den enkeltes tidligere liv og rytmer, gir trygghet og mulighet til å bruke sine ressurser optimalt.

Spørsmål til diskusjon og refleksjon

1. Hva er målsetningen med de aktivitetstilbudene dere har på enheten?
2. Er det andre aktiviteter og andre samarbeidspartnere dere også kan trekke med i kultur- og aktivitetstilbudet for pasientene?



Foto: Mikkel Østergaard/Samfoto

Personlig hygiene

Det er ingen ting som er så personlig og privat som den personlige hygienen. Evnen til å bevare disse ferdighetene så lenge som mulig er svært viktig. Når det ikke lenger er mulig å stelle seg selv, er det viktig å få hjelp på en god måte.

Personer med demens vil før eller senere få behov for hjelp til å klare den personlige hygienen. Men tidlig i demensforløpet er det viktig å bistå slik at den enkelte selv så lenge som mulig kan bevare disse ferdighetene i intimsfæren.

Å bevare hverdags-livets ferdigheter er uansett av stor betydning, enten det gjelder hygiene, påkledning, matlaging, husstell eller turgåing. Disse aktivitetene er med på å opprettholde den enkeltes verdighet og gir struktur og gjenkjennelse i det daglige.

Det er lett å bli effektiv og overta aktiviteten på vegne av personer med demens. Helsepersonell vil føle utfordringer i forhold til tålmodighet og effektivitetshensyn. Da er det viktig å huske at aktivitet har betydning i seg selv, spesielt for gamle og syke. Med tilrettelegging vil mange kunne mestre oppgavene selv lenger.

Badeværelset og dets rutiner kan medføre mange utfordringer for personer med demens, utfordringer som i utgangspunktet er uforståelig for mennesker som ikke er kjent med demenssykdom.

Noen kan ha problemer med speilet. Noen blir forvirret over menneskene de ser speilbilde av og tror at det er flere eller fremmede på badet. En slik misforståelse kan være skremmende, spesielt dersom en ikke har språk til å forklare omgivelsen hva som er galt. Andre kan børste tennene i speilet eller vaske speilbildet i stedet for seg selv. En løsning kan være å henge et håndkle over speilet.

Det kan være mange årsaker til uforståelig og vanskelig atferd. Pleiere må ofte ta fantasien i bruk for å finne årsakene til problemet og gode måter å løse dem på.

Enkelte har gjennom et langt liv vent seg til en daglig dusj, mens kroppsvask med klut er det eneste kjente for andre. Mange føler at en dusj om morgenen er nødvendig for å føle seg vel, mens andre opplever dusjing om morgenen som spesielt ubehagelig. Mange får en opplevelse av drukning når de får vann i ansiktet ved dusjing. I slike tilfeller kan løsningen være å dusje kroppen, men vaske ansiktet med klut. Det er lurt å begynne å dusje bena til pasienten og jobbe seg oppover.

Manglende initiativ er ofte et symptom ved demens. Noen kan for eksempel glemme hvor lang tid det er siden sist gang de dusjet, uten at de tar initiativ til kroppsvask. For å bistå pasienten med å mestre mest mulig selv, er det viktig at alle forholder seg så likt som mulig i samhandlingen med pasientene. Rutiner og stellebeskrivelser er nødvendig.

Stelletips

- Informer om hva som skal gjøres på en rolig og vennlig måte.
- Gi bare en beskjed om gangen.
- Hjelp til så lite som mulig.
- Gi muntlig instruksjon ved behov, og demonstrer hvordan handlingen skal utføres med kropp og mimikk.
- Håndledning kan hjelpe pasienten å kjenne igjen rutinebevegelser.
- Ha det godt og varmt i rommet, påkledning og vask kan ta lang tid.
- Prøv å unngå å forlate pasienten under stell, planlegg arbeidet nøye.
- Forlat ikke den gamle naken, det oppleves ikke godt!
- For at pasienten skal få opprettholdt sin selvfølelse og egenverd, må han/hun føle seg sett, hørt og akseptert.
- Prøv å sett deg i pasientens sted, og forsøk hele tiden å forstå hva han/hun formidler gjennom sin atferd.

Miljøarbeid ved frontallappsdemens

(se omtale av FLD fremme i heftet)

Som nevnt innledningsvis innebærer god behandling, pleie og omsorg overfor personer som lider av frontallappsdemens (FLD) spesiell tilrettelegging for denne pasientgruppen. Derfor omhandles det her som eget kapittel.

Miljøbehandlingens hovedmål er å forhindre og avlede vanskelige og vonde situasjoner. Behandlingen skal ta utgangspunkt i pasientens restressurser og hennes/hans spesielle problemer. Dette kan gjøres ved å:

- Forebygge og hindre problematferd
- Legge til rette/stimulere for atferd/samhandling som gir mestrings-opplevelser framfor opplevelse av nederlag

28

Pasientens atferd vil berøre ens egne følelser og holdninger. Behandleratferd, pleie og omsorg overfor denne pasientgruppen er krevende og gir mulighet for faglig og personlig vekst.

En gylden regel: Graden og omfanget av den enkelte pasients hjerneskade avgjør hvor mye som må tilrettelegges. Som en gylden regel skal miljø-/pleiepersonalet tilstrebe å skape mestrings-opplevelser for pasienten. Mestring gir gode følelser, mens nederlag skaper frustrasjoner og irritasjon og kan føre til utagering.

Noen hovedprinsipper i miljøterapi ved FLD:

Et viktig prinsipp i behandlingen av pasienter med FLD er at det er lettere å forebygge enn å behandle atferdsavvik.

- Hva er det som skjer i samhandlingen og som oppleves positivt av både pasient og omgivelsen? Bruk denne kunnskapen til aktivt å være i forkant.
- Hva er det som skjer i samhandlingen som oppleves negativt av både pasient og omgivelsen? Bruk denne kunnskapen til å være i forkant ved å unngå problemene.

Del disse kunnskapene med pårørende og medarbeidere!

Sosial korsettering er et begrep som ofte brukes i arbeid med pasienter som lider av FLD. Det innebærer å lage en stram ramme omkring pasienten ved å sørge for:

Rutinepregede og faste aktiviteter: FLD- pasienter lar seg lett forstyrre. For å oppleve trygghet og få oversikt trenger han et liv som er regulert og forutsigbart. Pasienten bør derfor få oppgaver som er rutinepreget fremfor intellektuelt stimulerende arbeid. Pasienten vil ha problemer med å planlegge en aktivitet fra start til slutt. Større gruppeaktiviteter kan være lite egnet for disse pasientene.

Å ta valg for pasienten: Hvis pasienten har problemer med å foreta valg, så ikke utsett han for dette. Vær forsiktig med å bestemme for mye eller å overta for pasienten der hvor han klarer å løse oppgaven selv eller ta valget selv. Ved bruk av avledning kan valgsituasjoner unngås. Overse det som ikke mestres. Ved en slik atferd kan vi være i forkant av utageringen og annen atferd som oppleves vanskelig.

Å være i forkant! Øke mestring og positive opplevelser, minske negative opplevelser.

Grensesetting: Med grensesetting menes at personalet må iverksette tiltak som hindrer personen i å skade seg selv eller andre. Det kan være alt fra skjerming for inntrykk,

avledning, verbal appell og å gi pasienten enkle oppgaver. Grensesetting innebærer at man åpent og med klare ord sier hva som aksepteres av atferd.

Et viktig prinsipp er at pasienten hele tiden skal føle seg godt ivaretatt. Grensesetting kan i noen tilfeller være en måte å hjelpe pasienten til å fungere bedre på i dagliglivet. Det er viktig at vi vet hvorfor det er nødvendig med grensesetting, hva som skal gjøres og hvorfor. Grensesetting må utføres fast og bestemt og alle i personalgruppen må forholde seg likt til pasienten. En slik grensesetting skaper trygghet og forutsigbarhet for alle parter. Det er viktig å tilstrebe mest mulig passiv grensesetting framfor aktivt å gå inn med grensesettende tiltak. Det innebærer at vi så langt overhode mulig forebygger tvang ved bruk av verbal appell, avledning, validering og ved å redusere stimuli som kan gjøre pasienten urolig.

Skjerming: Noen ganger kan det dessverre være nødvendig å skjerme pasienten fra omgivelsene. Da er det å anbefale å ta med pasienten inn på sitt eget rom. Pasienten skal ikke være alene, med mindre hun/han ønsker dette. En av personale skal være sammen med henne/ham. *Det skal være en trygghet for pasienten i de tilfellene der andre tiltak ikke fører fram, og der det er strengt nødvendig for å ivareta pasienten/andre pasienter.* Skjerming er å anse som bruk av tvang; reglene på dette området skal følges!

29

Avslutning

**Kjærlighet og omsorg er den viktigste støtte du kan gi pasienter som har en demenslidelse!
Kjærlighet og omsorg gir bedre livskvalitet! ... gjelder ikke det oss alle, mon tro?**

Hilsen Nina Simonsen

Litteraturliste

Knut Engedal (2000): Urunde hjul, alderspsykiatri i praksis
 Grethe Berg (2002): Til dekket bord
 Kirsti Veidal Solheim: (1997/2002) Alderspsykiatriens ABC/Eldreomsorgens ABC
 Tom Kitwood (1999): En revurdering av demens
 Ken Heap: Samtalen i eldreomsorgen, kommunikasjon-minner-kriser- sorg
 Kirsti Solheim: Demensguide

Fagstoff er også hentet fra forelesninger ved Lovisenberg diakonale høgskole, videreutdanning i aldersdemens.



FAGFORBUNDET
Seksjon helse og sosial

www.fagforbundet.no
Pb. 7003 St. Olavs plass, N-0130 OSLO