

Metodebok

Demensomsorgen i sykehjem

- For ledere og helsepersonell

Metodeboken samler kunnskap om demens til nytte for dem som arbeider med pasientgruppen. Den beskriver prinsipper for miljøbehandling som skal være praksis i Bergen kommunes sykehjem. Det er en demensomsorg preget av kunnskap, gode holdninger og tilstrekkelig systematikk i pasientarbeidet. Metodeboken gjelder først og fremst den enkelte som gir pasienten hjelp og deres nærmeste ledere, men den kan også gis til pårørende som er interessert.



BERGEN KOMMUNE

Forord

Hvorfor trenger vi denne metodeboken?

Hver dag ytes det mye god demensomsorg i Bergen kommune sine sykehjem. Fagdekningen er relativ høy og mange har aktuell videreutdanning. Siden 2012 har Bergen kommune sentralt satset på demensomsorgens ABC som en opplæringsmodell innen demensomsorgen. Videre har det vært satset stort på opplæring i bruker- og pasientrettighetslovens kap.4A. Personell som gir helsehjelp til personer med demens er blitt tryggere på temaer som brukermedvirkning, pasientrettigheter, samtykkekompetanse og tillitsskapende tiltak.

Det er en kjensgjerning at demensomsorg i sykehjem er et vidt begrep som favner mange ulike demensdiagnoser og individuelle behov for den enkelte beboer. Vi trenger noen anbefalinger i møte med den enkelte beboer og deres pårørende, samt verktøy for å planlegge driften i de ulike avdelingene. Vi trenger et felles verdigrunnlag og anbefalinger om grunnleggende kompetanse. Dette for å sikre best mulig behandling av beboere med demens i sykehjem og for at den enkelte ansatte skal få bygge kompetanse og erfaring på egen arbeidsplass. Metodeboken samler kunnskap og metoder for demensomsorgen i sykehjem. Det er nytt i Bergen kommune. Metodeboken er et resultat av etatsjefs ønske om å styrke demensomsorgen i Bergenssykehjemmene.

Nasjonal kompetansetjeneste aldring og helse har gjennomført en rekke utviklingsprogrammer for demensomsorgen generelt i Norge, knyttet til demensplan 2015. Miljøbehandlingsprogrammet er et av disse satsningsområdene som har resultert i anbefalte kunnskapsbaserte metoder i demensomsorgen. Metodeboken bygger på dette nasjonale miljøbehandlingsprogrammet.

Denne metodeboken har som målsetning å være et redskap, for å ta bruk disse dokumenterte miljøbehandlingsmetodene og til å møte personer med demens på en personsentrert måte. Demensplan 2020 ble ferdigstilt høsten 2015 og en nasjonal retningslinje for demensomsorgen ferdigstilles i 2016-og 2017. Det vil være naturlig å revidere metodeboken når Nasjonal retningslinje er ferdig.

Metodeboken beskriver en ønsket retning for demensomsorgen i sykehjemmene. Arbeidet med å implementere metodeboken må skje over tid, og det er ikke forventet at alle har dette på plass med en gang.

Anita Krokeide

Leder
Kompetansesenter for demens

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	5
1.0 Bakgrunn	6
2.0 Sykdomslære	6
2.1 Vanligste demenssykdommer	6
2.2 Delirium	7
3.0 Anbefalinger for demensomsorgen i Bergen kommunes sykehjem	8
3.1 Personsentrert omsorg.....	8
3.2 Ulike nivå for tilrettelegging i demensomsorgen	8
3.3 Tidlige tiltak kan forebygge utfordrende atferd.....	11
3.4 Korttidsplasser i sykehjem.....	12
3.4.1 Generelt om korttidsopphold og demens	12
3.4.2 Rullerende korttidsopphold	13
3.4.2 Utredningsopphold.....	13
4.0 Miljøbehandling og grunnleggende behov	14
4.1 Mål.....	15
4.2 Prinsipper	16
4.3 Observasjon.....	18
4.3.1 Observasjon av endringer.....	18
4.3.2 Observasjon og tilnærming av udekkede psykologiske behov.....	18
4.4 Kommunikasjon.....	19
4.4.1 Tips for samhandling med beboer.....	20
4.4.2 Tips til pårørende	21
4.5 Tips om aktiviteter.....	21
4.6 Mal for musikkstund.....	22
4.7 Lydmiljø i avdeling.....	23
4.8 Metoder.....	23
4.8.1 VIPs-praksismodell med Fagmøte	24
4.8.2 Ekstern veiledning TID/DCM	24
4.8.3 Ekstern veiledning: Marte Meo	25
5.0 Brukermedvirkning.....	26
5.1 Valg av nærmeste pårørende	26
5.1.1 Informasjon til flere familiemedlemmer	26
5.2 Vergemål i sykehjem	27
5.3 Samtykkekompetanse	27
5.4 Pårørendekunnskap	29
5.4.1 Kjennetegn hos pårørende som gruppe.....	29

5.4.2	Hva setter pårørende mest pris på ved personalet?	30
5.4.3	Samarbeid med pårørende.....	30
6.0	Symptomer ved demens.....	31
6.1	Hvordan møte utfordrende atferd	32
6.1.2	Utfordrende atferd som kommunikasjon	33
6.1.3	Kartleggingsskjema.....	33
6.2	Utfordrende atferd og bruk av tvang	35
6.2.1	Beskyttelsestiltak og nødverge.....	35
6.2.2	Å motivere og håndveilede	36
6.3	Tvang etter kapittel 4A.....	36
6.3.1	Tillitsskapende tiltak kan gjøre tvang unødvendig.....	37
7.3.2	Vilkår for bruk av tvang	37
7.3.3	Ressurser til hjelp for vurdering av tvangsbruk i spesielle situasjoner	38
7.0	Ledelse, kompetanse og veiledningsmuligheter	39
7.1	Ledelsens betydning ved utfordrende atferd.....	39
7.2	Tilrettelegge for kunnskap på ulike nivåer	40
7.3	Henvisningsrutiner ved behov for ekstern hjelp.....	40
7.3.1	Kompetansesenter for demens.....	40
7.3.2	Spesialisthelsetjenesten og henvisning.....	41
	Referanseliste	42

Forfattere:

Irene Mjanger, Anita Krokeide, Trond Eirik Bergflødt

Ansvarlig for revisjon:

Etat for sykehjem/ Kompetansesenter for demens

Tilhørende dokumenter

A. Tips og råd som kan skrives ut og evt. lamineres

1. Tips til helsepersonell – samhandling med beboer
2. Tips til pårørende/helsepersonell - råd for god kommunikasjon
3. Tips til helsepersonell - aktiviteter individuelt og gruppevis
4. Tips til helsepersonell - mal for musikkstund

B. Intern «Retningslinje for utfordrende atferd i sykehjem»**C. Kartleggingsskjema med ulike formål, se kapittel 6.1.3**

Sammendrag

Dette er en metodebok for demensomsorgen i Bergen kommune sine sykehjem, både langtids- og korttidsavdelinger. Målgruppen for metodeboken er ansatte og deres nærmeste ledere, men kan også gis til pårørende som etterspør. En rød tråd i metodeboken er ønsket om en enhetlig praksis i demensomsorgen med systematikk og metodikk. Den henviser også til «metodebok for sykehjemsleger» der det er naturlig.

Første kapittel sier noe om forekomster av demens. Kapittel 2 tar for seg de vanligste demenssykdommene, og hva som kjennetegner dem. Kapittel 3 samler nasjonale anbefalinger innen feltet og knytter disse til sykepleieprosessen. Det pekes på nasjonale føringer for en demensomsorg som er personsentrert, og metoder for å jobbe personsentrert. De omtalte metodene er: VIPS-fagmøte, Marte Meo og Dementia Care Mapping.

Kapittel 4 handler om miljøbehandling, som per i dag er den mest anerkjente behandling for personer med demens. Miljøbehandling som begrep defineres og utvides til mer enn rene praktiske aktiviteter.

I kapittel 5 er temaet brukermedvirkning. Samarbeid med pårørende, vergemål og vurdering av samtykkekompetanse er sentralt i dette kapittelet. Temaene er relevant for å styrke brukermedvirkning når personen med demens ikke lenger kan ivareta egne interesser. Det er også av betydning når helsepersonellet møter utfordrende atferd som er beskrevet i kapittel 6. Dette kapittelet tar for seg metoder for å håndtere utfordrende atferd. Det beskriver også ulike skjema med forskjellige formål for kartlegging. Tillitsskapende tiltak, vilkår for tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, og hvem som kan kontaktes for råd og veiledning i slike situasjoner er også beskrevet i kapittel 6. Metodeboken viser til intern retningslinje for å sikre en trinnvis håndtering av utfordrende atferd, som helsepersonellet ikke finner løsning på ellers.

Kapittel 7 avrunder metodeboken med ledelsens betydning og muligheter for tilrettelegging. Herunder veiledningsmuligheter og henvisninger til kompetansesenter for demens. Til slutt vises det til veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten i delkapittel 7.3.2.

Metodeboken legger opp til at pleier praktiserer en demensomsorg preget av pasientens perspektiv, godt samarbeid med sykehjemslege, pårørende og helsepersonell seg imellom.

Det er laget vedlegg med tips om aktiviteter, kommunikasjon og mal for musikkstund. Disse kan skrives ut og lamineres om ønskelig. Noen delkapitler inneholder avsnitt med råd og veiledning, som er markert med en buet ramme.

1.0 Bakgrunn

Over 80 % av dem som bor på sykehjem har en demenssykdom (2). Metodeboken har sin basis i kunnskapsbasert praksis, og anbefaler utprøvde miljøbehandlingsmetoder som bygger på nasjonale føringer for demensomsorg. Det vil være naturlig å evaluere metodeboken når nye nasjonale retningslinjer for demensomsorgen kommer høsten 2016 og i løpet av 2017.

Ifølge Alzheimer Europe er det omtrent 78 000 personer med demenssykdom i Norge i 2015. Vi kan si at 1,56 % av befolkningen til enhver tid har en demenssykdom, og med flere eldre vil antallet i Norge øke til 112 000 personer i 2030 (3). I Bergen kommune er det ca. 3800 personer med demens i 2015, og omtrent 10 000 pårørende (4). I 2040 vil forekomsten doubles til cirka 7200 personer med demens i Bergen, og omtrent 20 000 pårørende. En slik økning må imøtekommes med fokus på å øke kunnskap hos ansatte, og ved å ta i bruk kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert demensomsorg i sykehjemmet kan styrke kvaliteten, og ha påvirkning på trivsel og mestring hos både beboer og ansatte.

2.0 Sykdomslære

Det finnes et grenseland mellom demens og normal aldring, der man i en periode ikke kan si noe sikkert om diagnosen. Hukommelsesproblemer kan bekreftes av beboeren, pårørende og nevropsykologiske tester fra f.eks. poliklinikk, men beboeren har normal eller tilfredsstillende fungering i dagliglivet. En slik tilstand kan kvalifisere for mild kognitiv svikt eller «Mild Cognitive Impairment» forkortet «MCI» (5). Mild kognitiv svikt tilfredsstiller ikke kriteriene for diagnosen demens, men tilstanden kan hos noen utvikle seg til demens. Funksjonstapet ved en demensdiagnose er større enn ved MCI-diagnosene.

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer. Tilstanden kjennetegnes ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt med reduserte evner til å utføre dagliglivets gjøremål på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere. Den som rammes av en demenssykdom vil i tillegg til hukommelsestap ha tap av minst én kognitiv funksjon som planlegging, orienteringsevne, språk eller abstrakt tenking. I tillegg oppstår en endring av sosial atferd (ICD-10).

For å finne den mest hensiktsmessige behandlingen, må demenstilstanden utredes. Med vår viten i dag er hovedbehandlingen for demenssykdom miljøbehandling.

RESSURSER:

For mer sykdomslære om demens kan du gå inn på elektronisk utgave av «[Metodebok for sykehjemsleger 2015](#)» eller på sykehjemshandboka.no for Bergen kommune og kapittel om «Kognitiv svikt og psykisk sykdom». Metodeboken for sykehjemsleger kan også lastes ned som eget dokument ved søk på Bergen kommunes intranett [Allmenningen](#).

2.1 Vanligste demenssykdommer

Demenssykdommene deles vanligvis inn etter årsak. Demens av Alzheimers sykdom er den vanligste (60-70 %) årsak til demenstilstandene. Hjerne- karsykdommer som hjerneblødning og hjerneslag er nest vanligst (20-25 %). Trolig er demens med Lewy-legemer og frontallapps-demens den tredje og fjerde hyppigste demenstilstand (5).

Sykdom og forekomst i % av demenstilfellene	Noen kjennetegn
Alzheimers sykdom, 60-70 %	Hippocampus er den hjernestrukturen som rammes først og hardest. Debuterer i mer enn 90 % av tilfellene etter 65 års alder. Preges ofte initialt av nedsatt korttidsminne, problem med å lære nye ting, tap av ferdigheter og økende passivitet. Ved tidlig debut, ofte tidligere problem med vrangforestillinger og språk
Vaskulær demens, 15-20 %	Demens pga. sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen: Etter et eller flere store hjerneslag, ved multi-infarkt demens og/eller demens pga. generelt nedsatt sirkulasjon. Ofte trinnvis forverring, tids- og stedsorientering bevares lenger og psykomotorisk treghet og fokalnevrologiske utfall kan være mer fremtredende enn ved andre demensformer. Blandingstilstander av Alzheimer og vaskulær demens forekommer i ca. 10-20 % av demenstilfellene
Demens med lewy-legemer, 4 %	Kjennetegnes av fluktuerende kognitiv svikt, livlige hallusinasjoner, parkinsonisme, autonome forstyrrelser (labilt blodtrykk, synkopetendens) og uttalt overfølsomhet for antipsykotika. Hukommelse er ofte bevart, kan være vanskelig å skille fra parkinsondemens
Demens ved Parkinsons sykdom, 2 %	Demens hos parkinsonpasienter er vanlig i sykehjem. De motoriske symptomene starter som regel mer enn ett år før de kognitive. Ofte preget av betydelig redusert psykomotorisk tempo og depressive symptomer, og ved akutt somatisk sykdom utvikler disse beboerne ofte delirium med synshallusinasjoner.
Frontallapps- demens 2 %	En betydelig andel har familiær belastning, vanligvis debut før 65 års alder, i starten er ofte initiativløshet og påfallende atferdsendringer, enten i form av tap av hemninger/aggresjon eller emosjonell avflating fremtredende. Perseverasjoner og språkvansker forekommer. Beboerne kan ofte skåre godt på MMS i tidlig fase, siden hukommelse og orienteringsevne kan være relativt intakt.

Tabell 1: De hyppigste demenssykdommene (6).

2.2 Delirium

Endring i beboerens oppmerksomhet og bevissthet kan være tegn på delirium, ofte kalt delir. Disse endringene kan utvikle seg i løpet av kort tid som timer eller over dager. Delirium har en tendens til å variere i grad av alvorlighet gjennom døgnet (6). Delir er en reversibel tilstand som kan behandles, og bør ikke forveksles med generell utfordrende atferd.

Sårbarheten for delirium varierer fra person til person og avhenger av mange faktorer og kan utløses av alt fra en minimal ytre påkjenning, som f.eks. en nedre urinveisinfeksjon eller ny sovetablett. Kirurgiske inngrep eller sepsis er eksempler på alvorlige påkjenninger som kan føre til delir. Enkelte beboere er motorisk urolige (hyperaktivt delirium), andre er rolige og apatiske (hypoaktivt delirium). Mange veksler mellom et hyperaktivt og et hypoaktivt stadium. Prognose er like dårlig ved hypoaktivt som hyperaktivt delirium.

Sykehjemslegen kontaktes tidligst mulig dersom det vurderes at et delir kan være under utvikling. Sykehjemslege kan vurdere om CAM (Confusion Assessment Method), som er et kartleggings skjema for utredning av delirium, bør brukes. Se [Metodebok for sykehjemsleger](#), kapittel om delir for mer informasjon.

3.0 Anbefalinger for demensomsorgen i Bergen kommunes sykehjem

Det er et mål at demensomsorgen i kommunens sykehjem skal være personsentrert (7). Personsentrert tilnærming er [kunnskapsbasert](#) og kostnadseffektivt (8). Det eksisterer ulike kunnskapsbaserte metoder for implementering av personsentrert omsorg, og det er behov for retningslinjer for implementering. Denne metodeboken gir retning for dette arbeidet på sykehjemmene. [Nasjonale myndigheter](#) har blant annet anbefalt at VIPS- praksismodell (VPM) med fagmøte er en metode som bør anvendes for å innføre personsentrert demensomsorg.

3.1 Personsentrert omsorg

Bergen kommune vil bruke VIPS-praksismodell (VPM) for å innføre personsentrert omsorg på en systematisk måte i sykehjem. Det er vanskelig å definere begrepet personsentret omsorg kortfattet, men det er fire hovedelementer som må være tilstede. Disse elementene er:

- | | |
|----------|---|
| V | - Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon |
| I | - En individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske |
| P | - Evnen til å forstå verden, sett fra personens perspektiv |
| S | - Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov |

De fire elementene V-I-P-S er forklart nærmere i kapittel om miljøbehandlingsmetoder.

Mange personer med demenssykdom har atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD), som apati, angst, agitasjon, depresjon og vrangforestillinger. Dette er trolig de mest belastende symptomene ved demens og har avgjørende betydning for sykdomsforløp og livskvalitet.

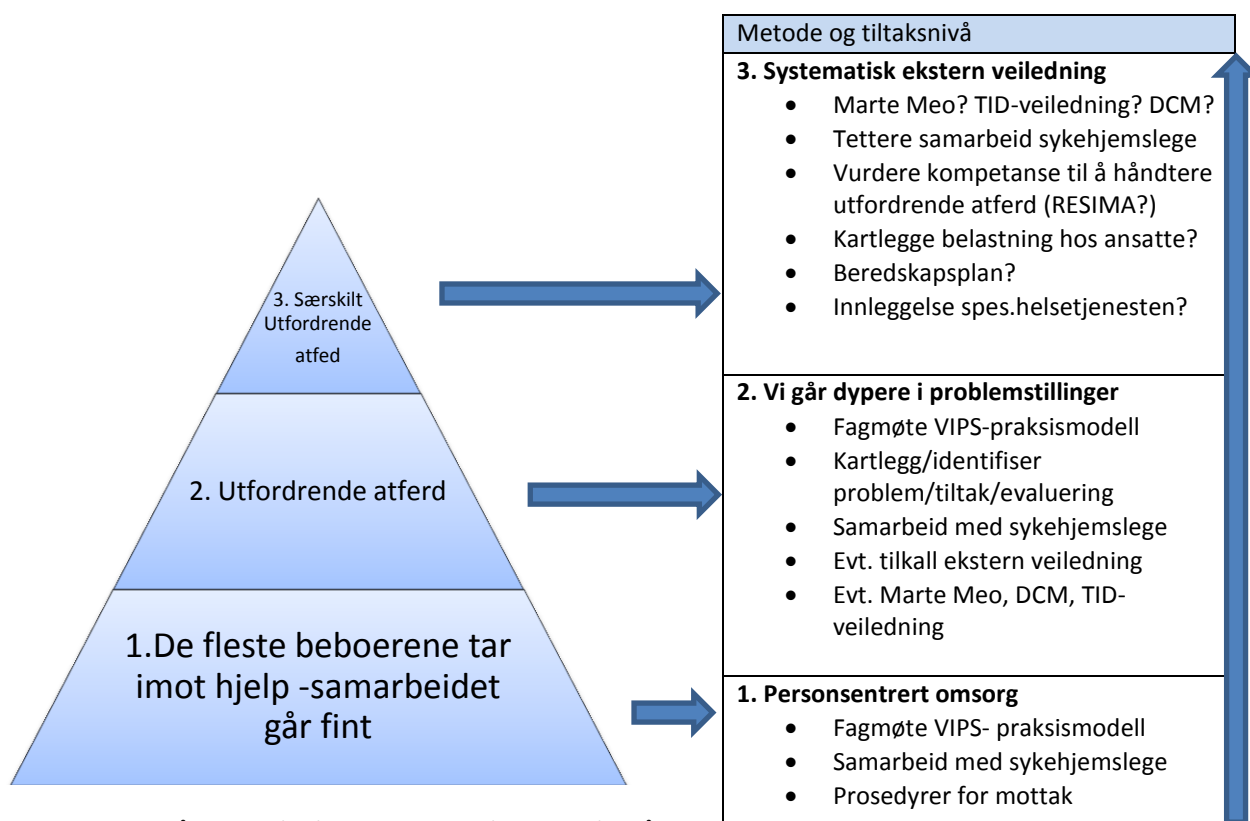
VIPS-praksismodell (VPM) har positive resultater på agitasjon, psykose og generelle nevropsykiatriske symptomer som i APSD (9). Forskning tyder på at personsentrert omsorg kan redusere bruken av tvang, redusere utfordrende atferd som agitasjon, bidra til mer brukermedvirkning, og gi positive effekter for beboerens livskvalitet (10-12).

3.2 Ulike nivå for tilrettelegging i demensomsorgen

I løpet av dagen går det vanligvis greit å samhandle med beboerne, og det meste av demensomsorgen går uten store utfordringer. Dersom en utfordring er enkel å løse med hensiktsmessige tiltak, bruker vi ganske enkelt ikke mer tid på det. Enkelte ganger har personen med demens en utfordrende atferd hvor personalet opplever at gjennomførte tiltak har lite eller ingen effekt. Atferden forblir utfordrende for beboeren, kanskje andre beboere, pårørende og personalet. Da trenger vi å se enda nærmere på problemstillingen. Vi trenger ulike nivå av planlegging i miljøbehandlingen, som vist i figur 1. Figuren illustrerer tre

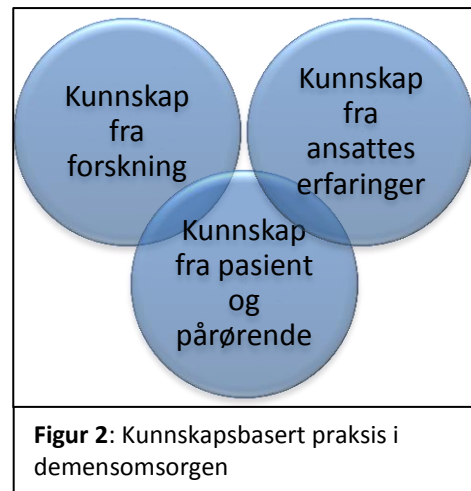
ulike nivå i pyramiden, som hver har sitt nivå av metodikk, som vist i den firkantede boksen «Metode og tiltak» ved siden av pyramiden. Personalet kan altså arbeide med miljøbehandling på 3 ulike nivå i avdelingen for å møte beboere med hensiktsmessige tiltak:

1. De fleste beboere med demens og personalet mestrer samhandlingen godt. Enkel planlegging for å finne og gjennomføre hensiktsmessig miljøbehandling er tilstrekkelig.
2. Noen ganger må samhandlingen med beboer revurderes, fordi tiltak ikke når frem som ønsket. På nivå 2 er det behov for å kartlegge noe mer, jobbe mer med å identifisere problemstillinger og evaluere tiltak. Det kan kanskje være tilstrekkelig å finne hensiktsmessige tiltak sammen i et fagmøte, og evaluere i neste fagmøte.
3. I nivå 3 blir samhandlingen med sykehjemslegen enda tettere. Samhandling med beboer er nå så komplisert at det kan være nyttig å vurdere behov for ekstern veiledning eller innleggelse i spesialisthelsetjenesten.



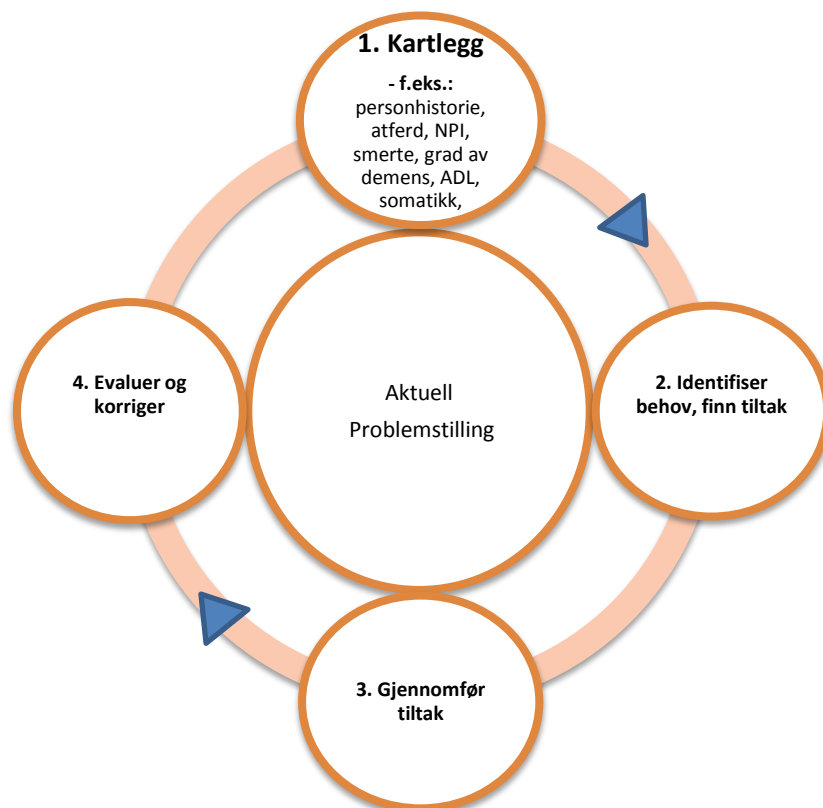
Figur 1: Hvert nivå i pyramiden kjennetegnes med sitt metodenivå med sine tilnærminger og tiltak som i tabell: 3.

Demensomsorgen i Bergen kommune skal være kunnskapsbasert. Det betyr at den bygger på forskning, brukermedvirkning og ansattes erfaringer som illustrert i figur 2. Demensomsorgens ABC er en grunnopplæring i demens, som bygger på kunnskapsbasert praksis og anbefales for alle ansatte som jobber med demens. Dersom du ønsker mer informasjon og vurderer påmelding kontakt Kompetansesenter for demens.



Kognitivt funksjonstap gjør at beboeren ikke lenger kan formidle sine behov som tidligere. Det gjør at det å finne hensiktsmessige måter å gi hjelpen på, ikke er ikke åpenbart som når beboeren selv formidler hva som trengs. Systematikk i demensomsorgen blir en måte å kompensere for dette på.

Systematikk i demensomsorgen benytter sykepleieprosessen illustrert i figur 3. Figuren illustrerer en prosess hvor alle fire punkter er viktig å ha med for å finne hensiktsmessige tiltak. Ofte kan vi ved hjelp av våre faglige vurderinger og klinisk blikk, hurtig identifisere beboerens problem og finne tiltak. Den store kartleggingen som i punkt 1 er derfor ikke nødvendig. Jo enklere - jo bedre.



Figur 3: Sykepleieprosessen – 4 trinn i en systematisk demensomsorg.

Noen ganger kan vi oppleve at tiltakene som er gjennomført ikke har ønsket effekt. Den utfordrende atferden vedvarer, og personalet kan bli usikker på hvordan beboer skal møtes.

Kartlegging av f.eks. atferdsmønster, somatiske belastninger, sykehistorie og personhistorie vil bidra til å sortere og avgrense problemstilling, og bidra til å skille mellom hva som vurderes som fakta, tolkninger og følelser. Det har betydning for hvilke tiltak vi identifiserer som hensiktsmessige for beboer. Dette kan gjøres i et VIPS-fagmøte.

Eksempel:

Per går rundt i avdelingen og banker på vegger, bord og andre overflater. Han får etter hvert merkelappen «banker». Personalet er usikker på hvordan de skal møte «Bankeren». En dag ringer primærkontakt til ektefelle og spør om råd. Konen sier «klart han banker, han er fiolinbygger og leter etter god resonans i alle overflater. Det har han alltid vært opptatt av i jobben sin».

Er det forskjell på hvordan vi møter «Bankeren», og hvordan vi møter fiolinbyggeren Per? Med ny kunnskap om Per gav bankingen hans en helt annen mening. Eksempelen er ment å vise at det å ta beboerens perspektiv kan gjøre det lettere å finne hensiktsmessige tiltak som har effekt for beboeren.

3.3 Tidlige tiltak kan forebygge utfordrende atferd

Gjennomføring av gjeldende inntaksrutiner for korttidsopphold og langtidsopphold (13) er en forutsetning for godt samarbeid med beboer og familie. Kunsten er å ligge i forkant, og forebygge utrygghet og uforutsigbarhet, og avklare forventninger til hverandre i forkant.

Prosedyre for langtidsopphold har som formål å forebygge slik at

- Beboer og pårørende skal føle seg velkommen og godt ivaretatt
- Innkomsten er planlagt
- Primærkontakt er opprettet ved innkomst
- Praktiske spørsmål og forventninger avklares ved innkomst og via oppfølging

Bakgrunnsopplysningsskjema fylles ut av pårørende. Innsamling av bakgrunnsopplysninger og bruken av disse er et fundament for hensiktsmessige tiltak for beboer. Utfyllingen av bakgrunnsopplysningsskjema legger også til rette for at pårørende blir hørt, ved å ha samtale med pårørende rundt punkter i skjemaet.

Når beboer er blitt desorientert og utrygg, kan det være utfordrende å skape trygghet igjen. Dersom vi vet hva som gjør personen urolig og utrygg, kan vi sette inn tidlige tiltak på å forebygge deler av beboers uro.

For å finne mulige årsaker til uro kan det være hensiktsmessig å bruke kartleggingsskjema for atferd. Kartleggingen må ha en tydelig definert hensikt. Etter registrering må innholdet i skjemaet følges opp ved å vurdere hvilke tiltak som blir fornuftige. Kartlegging av atferd kan avdekke fakta om

- når på døgnet oppstår uro
- i hvilke situasjoner oppstår uro
- i hvilke situasjoner er beboer trygg og tilfreds

Kunnskap om punktene over kan bistå oss med å avgrense problemstillingen om uro. Hensiktsmessige tiltak kan bli lettere å finne når vi vet når uroen oppstår, enn når vi tror vi

vet det. Det kan være større forekomst av uro på morgener, vaktskifter eller fredag før helg enn på dagtid i hverdager.

3.4 Korttidsplasser i sykehjem

Det finnes ulike typer korttidsplasser i sykehjem. I henhold til «samhandlingsrutinen mellom INST / HSY og FVE vedr. Opphold i sykehjem» skal det alltid foreligge en målsetning for oppholdene. Korttidsoppholdene er definert ut fra formål:

- **Avlastning**
- **Utredning**
- Rehabilitering
- Behandling

3.4.1 Generelt om korttidsopphold og demens

Metodeboken viser til gjeldende rutine for korttidsopphold. Personer med demens er vanligvis på korttidsopphold med formål som utredning og avlastning. Beboerne har behov for hjelp til å identifisere eget behov, i forhold til personer som ikke har symptomer på demens. Brukermedvirkning for personer med demens innebærer ofte et større samarbeid med pårørende enn ved personer som ikke har demenssymptomer.

Korttidsopphold er vanligvis av 3 ukers varighet, og personalet har et begrenset tidsrom å bistå beboeren i. Særlig hos personer med demens blir det desto mer betydningsfullt å starte innhenting av opplysninger fra første dag ved innkomst. Se prosedyre for «*Mottak og oppfølging av pasient med tildelt vedtak om korttidsopphold i institusjon i Bergen Kommune*».

For personer med demens er tilrettelegging i miljøet en sentral del av pasientbehandlingen. Innhenting av bakgrunnsopplysninger er et verktøy som hjelper personalet å skape en personsentrert miljøbehandling og sikre at pasienten får korrekt helsehjelp etter gjeldende vedtak, og sikre at brukermedvirkning er i varetatt. Følgende punkter bidrar til gode forutsetninger for personsentrert miljøbehandling under korttidsoppholdet:

Tidlig kontakt med pårørende; innkomtsamtale eller telefon

1. Avklare hvem som er nærmeste pårørende for beboer
2. Innhente beboeropplysninger
 - a. Pårørende fyller ut skjema «Beboeropplysninger med infoskriv» ved innkomst, eller får med skjema hjem jfr. Prosedyre for korttidsopphold.
 - b. Opplysningene innhentes alternativt i muntlig samtale
3. Gi skriftlig informasjon om hvem som er primærkontakt
4. Avklare hva som er viktigst for pårørende akkurat nå, og avklare forventninger
5. Avdelingen sikrer at beboeropplysningene deles til dem som hjelper beboer
6. Aktiv bruk av beboeropplysningene for å få til en personsentrert tilnærming

3.4.2 Rullerende korttidsopphold

Dersom beboeren kommer tilbake til sykehjemmet i gjentakende/rullerende opphold, gir det rom for mer utstrakt samarbeid med pårørende, enn ved ett enkelt korttidsopphold.

Rullerende korttidsopphold har ofte en avlastningsfunksjon for pårørende. Det kan derfor være relevant å ha et avklart samarbeid med pårørende i den perioden pasienten er på opphold. Pårørende med sine på avlastningsopphold kan ofte trenge ekstra støtte og anerkjennelse for innsatsen de gjør.

Spør gjerne pårørende om:

«hva skal til for at du opplever trygghet for «navn» i løpet av dette oppholdet?»

Det kan være utgangspunkt for samtale rundt forventninger, opplevelse av trygghet, rutiner på avdelingen etc. Se også kapittel 5.4.3 om «samarbeid med pårørende».

Dersom det oppstår utfordringer rundt beboeren kan VIPS-Fagmøte være nyttig i planlegging av løsninger. Fagmøtet gir gode muligheter for å skape felles forståelse, gjennomføring og evaluering av miljøtiltak. Se eget kapittel om VIPS-fagmøte og opplæring i metoden.

3.4.2 Utredningsopphold

Utredningsopphold har som formål å kartlegge funksjonsnivået til beboeren. Utredning av demensdiagnose skal som hovedregel stilles i en stabil fase, uten akutt sykdom eller miljøendringer. Ved mistanke om demens hos personer på korttidsopphold, bør videre utredning overlates til fastlege hvor demensteam kan bistå med kartlegging, evt. geriatrik poliklinikk (6).

Noen pasienter har over år utviklet klassiske symptomer forenlig med moderat til alvorlig demens som ikke har vært utredet tidligere. I slike situasjoner kan en avgrenset [demensutredning](#) forsvares, med hovedvekt på klinikk og blodprøver, supplert med kognitive tester og CT caput, om beboeren samarbeider. Utredning av demens på et korttidsopphold er ikke alltid mulig, på grunn av midlertidige kontraindikasjon som f.eks. infeksjon. Se [Metodebok for sykehjemsleger](#) for mer informasjon om diagnostisering av demens i sykehjem.

Tabell 2 illustrerer hvilke kartleggingsskjema som kan være relevant ved innkomst for dem med og uten demensdiagnose på korttidsopphold. Undersøkelse av somatisk status og legemiddelgjennomgang gjøres i tråd med innkomstrutiner. Beboeropplysninger hentes inn dersom det allerede ikke er på plass. Utredningsverktøy for demens brukes kun når det er indikasjon for det, og er derfor satt i parentes. Tabell 2 anbefaler hvilket verktøy som kan brukes til ulike formål når helsepersonell observerer endring i pasientens tilstand. Skjema for vurdering av endring er like relevant å bruke i pasientarbeidet ved langtidsplasser.

Anbefaling ved Utredningsopphold	Ved innkost vurderes behov for:		Ved endringer i pasientens tilstand			
	Uten demensdiagnose	Med demensdiagnose	Delirium	smerter	Atferd	Kognitiv funksjon
Somatisk status og legemiddelgjennomgang (LMG), s.3 i utredningsverktøy demens	x	x	x	x	x	x
Beboeropplysninger kortversjon	x	x				
Vurder indikasjon for Utredningsverktøy	(x)					x
ADL-vurdering	x	x			x	
NPI-Q					x	
Cornell					x	x
BARS					x	
Døgnregistrering			x	x	x	
CAM			x			
MOBID-2				x		
Trivselsregistrering					x	

Tabell 2: Anbefalt utredning og oppfølging av personer med demens på korttidsavdeling (14)

Anbefaling ved mistanke om demenstilstand som ikke er utredet ved utreise

- Kontakt fastlege direkte eller
- Kontakt demensteam, som kontakter fastlege
 - Demensteam kan bistå fastlege med kartlegging i hjemmebesøk
 - Koordinator for byens Demensteam: [Hilde Iden](#), 53 03 29 78

4.0 Miljøbehandling og grunnleggende behov

Miljøbehandling er å:

...legge omgivelsene til rette, for at beboeren skal kunne fungere best mulig (1)

Pleier Anne bruker fornavn, får øyekontakt med beboeren og informerer litt av gangen samtidig som hun veileder beboeren med hendene om hva som skal skje.

Eksemplet over illustrerer miljøbehandling med kontaktetablering, trinnvis tilnærming og kommunikasjon med både ord og visuell håndveiledning for Anne som ikke lenger forstår hva som sies like godt som før. Miljøbehandling skal skje på grunnlag av anerkjente faglige metoder (15). Noen ganger er det nødvendig å behandle symptomer med legemidler, men ikke-medikamentelle tiltak som

«miljøbehandling er den viktigste behandlingen...»

miljøbehandling er og blir den viktigste behandlingen for personer med demens (6).

Miljøbehandling handler om å kompensere for det kognitive funksjonstapet som er oppstått av demenssykdommen. Det som ansatte gjør sammen med beboeren blir miljøbehandling i praksis. Det kan være fysiske, psykiske og sosiale tilrettelegginger som gir trivsel og mestring som for eksempel bordkort ved måltidet, sang/musikk, identitetsstyrkende samtale, eller strategiske utsagn fra personalet for å skape tilhørighet og forebygge beboers ønske om å forlate sykehjemmet senere på dagen; «...skal hilse familien din.... de vet at du er her hos oss... Osv...».

Olga virker usikker når pleier Anne inviterer til frokost. Pleier Anne tilpasser kommunikasjonen med tydelig kroppsspråk og ønsker henne velkommen og viser henne bordplassen.

Miljøbehandling kan være individuell en-til-en og for en gruppe beboere. Dersom miljøbehandling er rettet mot en gruppe som ved f.eks. bruk av musikk må den tilpasses slik at den blir mest mulig meningsfull for hele gruppen. Miljøbehandling egner seg til å dekke grunnleggende psykologiske behov for støtte gjennom trøst, opplevelse av egen identitet, tilknytning til omgivelsene og inklusjon i fellesskapet ved sykehjemmet. I tillegg er tilrettelegging for deltakelse i meningsfulle aktiviteter for den enkelte beboer nødvendig for opplevelse av mestring i hverdagen.

Det motsatte av miljøbehandling er mangelfull eller utilstrekkelig miljøbehandling og kan ifølge Kitwood (7) gjøre beboeren motløs og desorientert, forvirret, irritert, eller urolig. Miljøbehandling som ikke treffer beboers behov kan utilsiktet skape utfordrende atferd (APSD) som vist i eksempelet under:

Olga har lite språk og sitter ved frokostbordet. Plutselig reiser hun seg, og går fra bordet. Pleier Anne reiser seg og veileder Olga vennlig tilbake. Det gjentar seg flere ganger og Olga blir mer og mer urolig. Pleier Anne forsøker så godt hun kan å veilede Olga tilbake til frokostbordet. Olga stritter imot, blir tydelig irritert og vil av sted i en annen retning.

Pleier Anne synes å ha opplevd dette flere ganger den siste tiden, og tar det opp med Olga sin primærkontakt. Da får pleier Anne vite at Olga mest sannsynligvis har behov for å gå på toalettet, som hun pleier å gjøre før frokost men ikke alltid får til.

4.1 Mål

Målet med miljøbehandling er å skape en god hverdag for beboeren. Det handler blant annet om å dekke beboers grunnleggende behov. Ifølge Bergen kommunes kvalitetskrav betyr det at beboer skal (15):

- Ha tilrettelagt tilbud i forhold til situasjoner der en har vanskelig for å formulere sine behov
- Få oppleve trygghet, forutsigbarhet og respekt
- Få mulighet til selv å ivareta sin egenomsorg ut fra egne forutsetninger

- Få tilstrekkelig ernæring, variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat
- Få tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise
- Få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner
- Få tilpasset hjelp ved av- og påkledning
- Få følge en naturlig døgnrytme og unngå uønsket og unødige sengeopphold
- Få mulighet til ro og skjermet privatliv, selvstendighet og styring av eget liv ut fra egne forutsetninger
- Få mulighet til samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
- Få tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter både ute og inne
- Få nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes behov
- Få nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene
- Gis en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser.

4.2 Prinsipper

Når demenssykdommen gir et kognitivt handikap har miljøtiltak som mål å skape (1):

- Trygghet
- Støtte
- Struktur og forutsigbarhet
- Meningsfulle aktiviteter
- Anerkjennelse /validering

Å skape trygghet i miljøet er en balansegang mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjon ved å ta en viss styring og kontroll over beboerens aktivitet, og idealet om ikke å lage større restriksjoner for beboeren enn nødvendig. Trygghetsbehovet kan kreve at pasienter med forvirringsatferd og motorisk uro må hindres i å gå ut, samtidig som areal for vandring er til stede. Det å sikre trygghet på det psykososiale plan innebærer blant annet å være oppmerksom på tilløp til uro eller irritabilitet. Da kan pleier gjøre forebyggende tiltak med beboeren før uroen bygger seg opp, og pasienten kan kanskje unngå opplevelse av ubehag som angst, desorientering eller utrygghet.

Anne ser at Olga blir urolig ved frokostbordet og vet at Olga sannsynligvis må på toalettet. Anne reiser seg og veileder henne til toalettet.

Struktur innebærer forutsigbarhet på flere områder. Struktur innebærer en plan for hvilke pasienter som skal være hvor til hvilken tid, som for eksempel ved hjelp av en aktivitetsplan. Rutiner må balanseres med fleksibilitet for å møte den enkeltes pasients behov. Aktiviteter som ikke lenger passer må justeres.

Ved frokost har Olga navnekort ved bordet og pleier Anne henvender seg bevisst til Olga under måltidet.

Opplevelsen av støtte bygger på de relasjonene der beboeren føler omsorg og forståelse. Målet med støtten er å redusere angst og bidra til opplevd tillit, trygghet og egenverdi. Ved

manglende støtte i miljøet kan en oppleve større sjanse for at utfordrende atferd oppstår. Personens identitet understøttes ved f.eks. å gi aksept for beboers valg, og gjøre aktivt bruk av minner i samtale. Hensiktsmessig kommunikasjon (eget kapittel om kommunikasjon) er en forutsetning for at beboeren opplever støtte og forståelse.

Olga vil fortelle om livet sitt men klarer ikke å hente frem fra hukommelsen det hun vil si. Pleier Anne gir henne ledetråder ut fra hennes kjennskap til liv og oppvekst.

Å bidra til at beboeren får være med på **meningsfulle aktiviteter** og samhandle med miljøet, henger sammen med behovet for hjelp til å få til en sosial interaksjon. Ansatte kan ha avgjørende betydning for etablering av meningsfull og positiv kontakt i sykehjem. Ansattes rolle som tilrettelegger innebærer for eksempel å vurdere hvilke beboere som kan ha utbytte av kontakt med hverandre og hvilke temaer som er av interesse (1).

Olga har alltid likt å ordne med tøy, og har glede av å brette sammen nyvasket tøy som pleier Anne gir henne. Personalet har også observert at Olga fortsatt kan smøre brødmaten sin selv ved frokostbordet, når hun får tilrettelegging. Pleier Anne deler pålegg og syltetøy opp i små skåler som står like ved tallerkenen hennes, slik at hun kan forsyne seg selv.

Validering eller anerkjennelse innebærer å forsterke beboerens identitet og krever en tiltaksplan for oppfølging og behandling, og bør inkludere beboerens familie. Gyldiggjøring innebærer å bygge toleranse for at utfordrende atferd som apati og uro kommer av normale reaksjoner på en sviktende kognitiv funksjon. Utfordrende atferd bør ikke tolkes som avvik eller utelukkende u håndterlige problemer, men forstås som uttrykk for og forsøk på kommunikasjon fra beboerens side. Vi må forsøke å forstå hva som ligger bak beboerens uttrykk, og møte det behov som ligger der. Behov kan for eksempel være knyttet til psykiske og fysiske behov som trygghet, støtte, anerkjennelse, toalettbesøk, smerte, sult, tørste eller at en føler seg bortkommen:

Olga er engstelig. Alzheimers sykdom har gjort at hun har glemt hvor hun er fra og hva hun har gjort før hun kom til avdelingen. Hun skjønner ikke hvor hun er, hun tror hun er blant fremmede og det er skremmende for henne. Nå titter hun forsiktig inn døren til vaktrommet mens hun knuger vesken inntil kroppen.: «Jeg må hjem! Jeg har ikke penger til dette hotellet» sier Olga. Pleier Hilde ser hvor ydmykende dette er for Olga, og at hun kjenner seg bortkommen: «Vil du hjem deg, Olga. Kom og sett deg sammen med meg. Alt er i orden, du skylder ingen noen ting. Du behøver ikke være bekymret for noe. Jeg passer på deg. Du er min egen Olga, du. Skal vi se på bildene dine? Der er dere alle sammen, Anders, Mari, Per og du. Der er huset ditt, der bodde du før du kom til oss. Nå bor du her hos oss, Olga. Vi to er venner vi» (16).

Det finnes ingen fasit eller oppskrift på hva som er det «rette» å si og gjøre i en personsentrert tilnærming. Det er det fokuset på personen bak symptomene, det kliniske blikk og den faglige vurderingen sammen med evne til kommunikasjon som gir den gode miljøbehandlingen. Likevel kan vi si at ulike demensformer kan kreve litt ulik tilnærming, som vist i tabell 3.

	Klassiske symptomer	Prinsipper for miljøbehandling	Personalets rolle
Alzheimers demens	Nedsatt hukommelse for nye hendelser	Veilede, forklare/ vise, lytte, forstå	Den som trygger og veileder
Frontallappsdemens	atferdsendringer, relativt intakt hukommelse og orienteringsevne i starten	Varm men bestemt. Grensesetting og skjerming	Den som strukturerer. Aktivitet og skjerming balanseres.

Tabell 3: Eksempel på to former for demens, som krever en lik grunnkompetanse om demens, og ulik spisskompetanse (5).

4.3 Observasjon

Pleierens observasjoner danner grunnlag for hvilken miljøbehandling vi velger for hver enkelt beboer. Å observere er å iakttå eller legge merke til (17). Personer som ikke klarer å ivareta behovene sine selv, er avhengige av helsepersonellens observasjoner. Vi kan observere for somatiske behov og endringer, og vi kan se etter udekkede psykologiske behov som trygghet, trøst, inklusjon, ivaretagelse av egen identitet og meningsfull aktivitet.

Vi hører og lytter til hva beboer sier, stemmeleie, tonefall, hoste og lyder når beboer puster. Vi kan lukte på omgivelsene, kroppslukt, lukt fra pusten, urin, avføring eller på sår. Ansatte kan kjenne på huden til beboer, om den er varm, kald, tørr eller klam. Å snakke med brukeren om hvordan personen har det med for eksempel behag/ubehag er nyttig for å få frem hva personen med demens tenker (17).

4.3.1 Observasjon av endringer

Som en hovedregel er det observasjon og rapport om endringer i tilstanden, dagsformen og funksjonsnivået hos en bruker som er relevant. Det krever kunnskap om hva som er vanlig for han eller henne. Det kan være nyttig å trene på å observere (17):

- Dagsform og funksjonsnivå
- Humør
- Om beboeren virker rolig og fornøyd, eller engstelig, anspent, misfornøyd, sint, rastløs eller urolig
- Om beboeren virker mer eller mindre aktiv enn vanlig, og på hvilken måte
- Tegn på fysisk ubehag, smerte, sykdom
- Somatiske endringer

4.3.2 Observasjon og tilnærming av udekkede psykologiske behov

Behovet for trøst, identitet, tilknytning, inklusjon og meningsfull aktivitet er fem grunnleggende psykologiske behov som alle mennesker har (tabell 4). Personer med demens kan ha utfordringer med å dekke disse behovene på den måten de gjorde før sykdommen kom. Gjennom observasjon kan personalet forsøke å identifisere hvilke av disse behovene som er mest aktuell for beboer, og slik finne hensiktsmessige tiltak knyttet til det enkelte behovet. Eksempler kan være:

Mangler	Symptom kan være	Miljøbehandling kan være
Behov for trøst	Gråter pga. sorg for ektefelle som er gått bort?	Sette seg ned med beboer, lytte, anerkjenne/bekreft følelser, evt. nærhet, fysisk kontakt
Opplevelse av egen identitet	Uro gjennom utrygghet, usikkerhet?	Ha god kjennskap til relevant livshistorie om beboer: Snakke/nevne punkter som styrker den hun var før, se i fotoalbum, gjenstander e.l.
Opplevelse av tilhørighet	Kjenner ikke igjen omgivelser eller personer. Vil ut av institusjonen, og hjem?	Før behov for å forlate sykehjem oppstår: Trygge beboer på at familien vet at beboer er her. Aktiv bruk av livshistorie, vise tydelig at personen er velkommen. Gjøre ting sammen, vektlegge fellesskapet
Opplevelse av inklusjon	Apati. Vil ikke delta i aktiviteter?	Ønsk aktivt «velkommen» til f.eks. måltider, ta beboer med i samtaler, Inviter og veiled beboer til aktivitet/samtale e.l.
Meningsfull aktivitet	Agitasjon, uro, vandring?	Finne aktivitet ut fra interesser og gi anledninger til å oppleve noe, e.l.

Tabell 4: Bruk av miljøbehandling for å dekke grunnleggende psykologiske behov

4.4 Kommunikasjon

Mennesket er skapt som sosialt vesen og lærer tidlig i livet at samspill innebærer en rytme mellom eget initiativ og andres respons på initiativet -min tur og din tur. For å få til et vellykket samspill trengs positiv og tydelig ledelse. Det blir mer betydningsfullt jo sterkere demenssykdommen påvirker beboerens evne til å kommunisere, utføre dagligdagse gjøremål og tenke abstrakt. Det er en hårfin balanse mellom å lede og å overkjøre beboeren. En forutsetning for å unngå motstand og skape samarbeid er at personen har tillit til hjelper. Ved å gjøre «mer av det som virker» vil personen oftere oppleve seg sett og bekreftet (18).

I noen tilfeller vil endring av uhensiktsmessige forhold i omgivelsene være tilstrekkelig for å forebygge utfordrende atferd og skape deltakelse, mestring og samarbeid (18). I tabell 5 er det listet opp noen forhold som gir rammebetingelser for deltakelse og samspill med beboeren:

Personen Grad av demens, generell helse, livshistorie, familie, vaner, sinnsstemning, smerter, ubehag, medisinbruk, sult, tørste Personalressurser Kompetanse, holdninger, pleiekultur, antall personal på jobb Fysiske omgivelser Fysisk utforming av boligen, estetisk uttrykk, bruk av farger, merking, hjelpemidler, belysning, romtemperatur, lyd/støy Organisering Systematisk bruk av tiltaksplaner, bakgrunnsopplysninger, livshistorie, måltider, aktiviteter
--

Tabell 5: Rammebetingelser som har betydning for hensiktsmessig miljøarbeid

4.4.1 Tips for samhandling med beboer

Demenssykdommen påvirker abstrakt tenkning, noe som reduserer evnen til å planlegge, gjennomføre og avslutte aktivitet. Denne kognitive funksjonsnedsettelsen krever en tilpasset samhandling.

Det trengs en positiv og tydelig ledelse i samværet, som ikke handler om automatisk å informere eller instruere som ofte kan være naturlig for personen uten demenssykdom. Det kan være å oppdage de små initiativene som beboer gir uttrykk for. Det innebærer en veksling mellom å følge personens initiativ, og det å lede personen gjennom et handlingsforløp. Det dreier seg i praksis om å være i rytme med beboeren, vente på respons – min tur og din tur. Rytmen kan være verbal, ikke-verbal, inneholde pauser, gjentakelser av ord, lyder og speiling av bevegelser. Samspillet behov for å være i rytme ivaretas ved følgende punkter (18):

- **Kontaktetablering mellom helper og personen med demens skjer på en trygghetsskapende og tillitsvekkende måte**
 - Oppmerksomhet mot hverandre
 - Vilje til å oppfatte hverandre uttrykk som meningsfulle
 - En felles forståelse av situasjonen
 - Vi bruker vår vennlige stemme, personens navn, småprat, smilende ansikt, øyenhøyde og øyenkontakt, fysisk nærhet og berøring, tilpasset tempo
- **Personens oppmerksomhet og initiativ følges og blir satt ord på**
 - Følge og sette ord på personens små og svake initiativ til handling og bevegelser
 - Fortolke og sette ord på det personen prøver å uttrykke verbalt og non-verbalt
 - Følge med på hvordan personen har det
- **Personen får vite hva som skal skje trinn for trinn**
 - Personen med demens trenger «her-og-nå»-informasjon
 - Vær kortfattet, konkret og forankret i selve «her-og-nå»-situasjonen
 - Spørsmål som handler om det som skal skje utenfor «her-og-nå»-situasjonen kan virke forvirrende og frustrerende fordi det utfordrer personens evne til å tenke abstrakt
 - Porsjoner informasjon underveis i f.eks. morgenstellet
 - I tillegg til ord, vis gjerne handlingen med egne hender som å late som du pusser tenner med tannkosten
 - En kan håndlede i handlingen eller overta utføringen
- **Anerkjennelse i handlingsforløpet**
 - Anerkjenn f.eks. med fint, bra, takk, sånn ja, eller nonverbalt med smil, nikk, berøring
- **Støtte til å starte, gjennomføre og avslutte handling**
 - Gode ord for start kan være personens navn, «se her», «vær så god», «kom», «vær så snill å ta denne»
 - Gode ord for avslutning kan være «sånn, sånn ja», «ja», «bra, fint», «tak»

- **Støtte til å tåle ubehag**
 - Vi kan hjelpe beboeren å bli «båret» gjennom samspillsituasjonen ved hjelp av noen ord underveis som bekrefter beboerens opplevelse. Verbale eksempler er:
 - Huff!
 - Dette liker du ikke
 - Bare litt til!
 - Snart ferdig!
 - Jeg er her
 - Jeg vil hjelpe deg!
- **Fysisk bevisst berøring med utgangspunkt i den enkelte kan benyttes for å:**
 - Komme i og være i kontakt
 - Skape en felles oppmerksomhet
 - Få vite hva som skjer og skal skje
 - Håndlede inn i handling
 - Starte og avslutte en handling
 - Få anerkjennelse
 - Tåle ubehag
 - Bli trøstet
- **Støtte til å reagere på andre og til å presentere seg selv**
 - Personalet trenger kunnskap om beboers interesser, yrke, viktige hendelser i livet etc., for lettere å kunne støtte beboer
 - Kunnskap om beboers livshistorie kan hjelpe personale til å ta initiativ som beboer ikke lenger klarer
 - Kunnskap om beboers livshistorie kan gjøre det lettere for personale å inkludere beboer både i samtaler og samvær
 - Kunnskap om beboers livshistorie kan gjøre det lettere for personale å få til personorienterte en-til-en samtaler om ting som betyr noe for beboer,
 - Kunnskap om beboers livshistorie kan gjøre det lettere for personale å styrke beboers følelse av identitet, tilhørighet, inklusjon og meningsfull aktivitet

RESSURSER:

Se vedlegg A1 «Tips til helsepersonell – samhandling med beboer» for utskrift av punktene.

4.4.2 Tips til pårørende

Se vedlegg A2 «Tips til pårørende/helsepersonell – råd for god kommunikasjon» med beboer. Tipsene handler om å kompensere for tapte kognitive funksjoner.

4.5 Tips om aktiviteter

Det må alltid vurderes en balanse mellom mengde aktivitet, pauser, hvile og skjerming fra stimuli. Aktivitetene må ha sitt utspring i personens funksjonsnivå, mestringsevne og interesse. Det som fungerte for en tid tilbake siden, har beboeren kanskje ikke like stor nytte av i dag. Aktivitetene kan justeres i lengde, enkelhet/kompleksitet og hvor ofte det

gjennomføres. Det kan også hende at aktiviteter må byttes ut etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Aktiviteten har positiv effekt når det oppleves som meningsfullt av personen med demens – når det ser ut som beboeren trives.

Pleier Anna ser at beboer Olga blir så sliten av å gjøre mye av morgenstellet selv under veiledning, at hun ikke orker å spise frokost etterpå.

Eksempelet over er ment å illustrere behovet for tilpasning av aktiviteten etter beboers funksjonsnivå.

RESSURSER:

- Se vedlegg A3 «Tips til helsepersonell – aktiviteter individuelt og gruppevis»
- www.Aktivtetsdosetten.no

4.6 Mal for musikkstund

Det er onsdag og frokosten er gjennomført. Avdelingen har bestemt at beboerne skal få delta i musikkstund hver onsdag. Pleiere på sykehjemsavdelingen bistår beboerne inn til fellesarealet. Seks beboere er samlet i en halvsirkel, og pleier Anne har funnet frem sangboken. Hun starter med å synge en kjent melodi, som beboerne umiddelbart responderer med sang på. Etter på spilles det noen låter fra en Elvis-CD. Pleier Bente leder an en «sittende marsj», sammen med noen gode armbevegelser. I siste del av musikkstunden avslutter Anne med noen utvalgte melodier for å gi følelsen av naturlig avspenning og ro.

Musikkstunder som inneholder elementene under i planleggingen kan bidra til å dekke deler av de grunnleggende psykologiske behovene hos beboerne. Disse behovene er identitet, trygghet, trøst, meningsfull aktivitet og anerkjennelse. Planlagte musikkstunder kan brukes som ett av flere tiltak i miljøbehandlingen.

1. **Ha musikkstunden til faste tider**, f.eks. hver onsdag kl. 11.00- 11.45.
 - a. Sitte gjerne i en sirkel
 - b. Bruk gjerne CD-spiller, evt. instrumenter om dere har det
 - c. Det kan være gunstig at det ikke er flere enn 10 beboere i gruppen
 - d. Det bør være personal med i musikkstunden for å ivareta beboerne og deres responser
2. **Bruk gjerne sanger som dere har funnet ut at beboerne liker** (preferansebasert musikk).
3. **Veksle gjerne mellom bruk av sangbok, tekst på ark og å synge uten**

Musikkstunden gjøres til en del av den totale miljøbehandlingen i avdelingen, og gjennomføres så lenge det er en del av dagsplanen. Det fremkommer derfor på dagsplanen hvem som har ansvaret for å sette i gang musikkstunden hver enkelt gang.

Det kan f.eks. lages et «bevegelsesprogram» til musikkgruppa, registrere hvilken musikk de ulike beboerne liker, lage spilleliste til musikkgruppen, eller individuelle lyttestunder. Hver avdeling må finne sine måter å gjennomføre musikkstunden på når det er bestemt, og

prioritere det som en del av miljøbehandlingen på likt nivå som behovet for personlig hygiene.

Musikk kan også brukes som miljøtiltak en-til-en som f.eks. ved morgenstell, forebygging av uro, stimulering/aktivisering og ved forflytning fra seng til stol. Slik bruk av musikk krever en individuell plan for når og hvordan.

RESSURSER:

Trenger dere råd og veiledning om bruk av musikk i avdelingen, ta kontakt med musikkterapeutene på Kompetansesenter for demens:

- Se vedlegg A4 «Tips til helsepersonell - mal for musikkstund»
- Kathrine.Dahle@bergen.kommune.no
- Liv.haugen@bergen.kommune.no

4.7 Lydmiljø i avdeling

Lyd kan brukes for å engasjere som ved aktiv bruk av musikk. Stillhet eller aktiv fjerning av unødvendige lyder kan brukes til å skape et mer oversiktlig miljø. Ofte er det mange flere lyder i en sykehjemsavdeling enn vi er klar over. Alle kan bli forstyrret av å høre for mange lyder på en gang. Mange personer med demens mangler evnene til å skille mellom lyder som er vesentlige eller uvesentlige, og forstår ikke hva de hører. Alt blir like sterkt:

Marta kommer gående inn i stua. Hun blir redd og begynner å gå hurtig hit og dit. Oppvaskmaskinen durrer og går, radioen står på, en pasient sitter og stønner og teller høyt, noen pleiere står og diskuterer, en annen pleier roper en beskjed inne fra gangen, telefonen ringer og det piper fra rommene som ber om hjelp. Marta vet ikke hva hun skal gjøre. Hun tror hun er ute i trafikken.

Skal TV-en stå på MTV? Er det riktig at Radio Norge står på akkurat nå? Er det hensiktsmessig at «Spellemannsprisen» på TV2 står på i bakgrunnen? Dette er noen spørsmål avdelingen må ta opp og diskutere, for å bli enige om hvilket lydmiljø avdelingen skal ha for beboerne med demens (19).

4.8 Metoder

Bergen kommune har valgt følgende miljøbehandlingsmetoder som bygger på personsentrert omsorg:

- VIPS-praksismodell med fagmøter
 - Marte Meo videoveiledning

VIPS-praksismodell og Marte Meo videoveiledning er en del av «Utviklingsprogram for miljøbehandling» - og erfaringer viser at metodene kan være nyttig for å innføre personsentrert demensomsorg (20, 21). Bergen kommunes demensomsorg bygger på en personsentrert omsorg. For praksis betyr det å ta beboerens perspektiv i planlegging, organisering og samhandling. Det høres kanskje opplagt

«...riktig å si personer med demens, og ikke demente»

ut, men ofte opplever personer med demens at vi som er rundt dem møter dem på en annen måte enn før (22). I dette perspektivet er det riktig å si «personer med demens», og ikke «demente» (1). Tilnærmingen utfordrer oss til å ta beboerens perspektiv, hele veien fra utvikling, gjennomføring og evaluering av tiltak i miljøbehandlingen. Vi kan stille oss spørsmålet: *er beboeren irritert og sint, eller er han desorientert og forvirret?* Deretter kan vi reflektere over hvilke tiltak som er naturlig å iverksette for samhandlingen med en sint person i motsetning til en desorientert person.

4.8.1 VIPS-praksismodell med Fagmøte

«Det kan være forunderlig hva en pleier har observert, erfart eller vet fungerer - som de andre ikke er klar over!» (22)

Personer med demens har ofte redusert evne til å uttrykke egne behov. Samtidig vet vi at de grunnleggende behovene ikke blir mindre av den grunn. VIPS-praksismodell og personsentrert omsorg, kan i denne sammenheng være nyttig for ansatte til å identifisere beboerens behov og enes om tiltak. VIPS-praksismodell bruker fagmøte som arena for å diskutere beboerkasus. Det anvendes et rammeverk med indikatorer i søken etter tiltak som virker i praksis. Denne prosessen krever utveksling av erfaringer og kunnskap. I fagmøtet brukes VIPS-rammeverket som en oppsummering av sidene ved personsentrert omsorg. Hver bokstav, V-I-P-S, har sin betydning:

- **V** - vår Verdi er uavhengig av alder eller kognitive ressurser
- **I** - Individuelt tilrettelagt omsorg
- **P** - tar hensyn til Perspektivet til personen med demens
- **S** - et Sosialt miljø der personen med demens er en del av fellesskapet

I praksis handler VIPS om aktivt å behandle og koordinere en utfordring hos beboeren, i et fagmøte.

Olga har de siste ukene begynt å motsette seg morgenstell. Personalet ser behov for å drøfte hvorfor dette skjer.

I fagmøtet forsøker man å finne tiltak som kan rette opp i situasjonen. Tiltaket testes ut, evalueres i nytt fagmøte, og endres dersom det er behov for det.

4.8.2 Ekstern veiledning TID/DCM

Ved behov for ekstern veiledning kan kompetansesenter for demens kontaktes.

Kompetansesenteret bruker kunnskapsbaserte veiledningsmetoder som [DCM](#) og [TID](#).

Metodene er prøvd ut i sykehjem, og forskning antyder at de har god effekt på utfordrende atferd (23).

DCM står for Dementia Care Mapping. Metoden består av systematiske observasjoner av atferd/aktivitet og grad av velvære/trivsel hos personer med demens. Med utgangspunkt i disse observasjonene planlegges individuelt hensiktsmessige tiltak for behandling og pleie til den enkelte eller for gruppen. DCM kan brukes fellesarealer i sykehjem, dagtilbud eller i hjemmebaserte tjenester. Opplevelse av støtte fra ledelsen over tid, som f.eks. ved

Dementia Care Mapping (DCM), ser ut til å senke emosjonell utbrenthet og psykisk stress hos pleiepersonale (24).

TID står for Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. Det er en modell for å utrede den utfordrende atferden, og finne hensiktsmessige tiltak. Det er et verktøy som pleierne i samarbeid med legen kan bruke systematisk, for å finne årsaker og behandle utfordrende atferd. Intervensjonen har som mål å kartlegge og ytterligere skreddersy tilnærming til beboer i aktuelle situasjoner.

Dersom avdelingen din ønsker veiledning knyttet til én beboers spesielle atferd og/eller kartlegging av miljø i fellesarealet:

- Avd.leder/styrer sender epost til kompetansesenter for demens
 - demens@bergen.kommune.no
 - Med anonym informasjon om problemstilling
 - Det er egenandel på veiledningen

4.8.3 Ekstern veiledning: Marte Meo

Metoden er en kommunikasjonsbasert og løsningsorientert veiledningsmetode som bruker film som arbeidsredskap. Det gjøres korte filmopptak av dagligdagse samspillsituasjoner, ofte en-til-en samspill.

Olga og pleier Anne filmes i morgenstell, med fokus på gode løsninger.

Når filmopptaket gjennomgås i en analyse, vektlegges først og fremst de øyeblikkene der kommunikasjonen fremtrer som støttende og hensiktsmessig. De øyeblikkene forsøkes så å utvides eller skapes enda flere av.

Begrepet Marte Meo kommer fra latin og betyr «*av egen kraft*». Metoden er utviklet av Maria Aarts fra Nederland på 80-tallet. Det er en anerkjent metode nasjonalt og internasjonalt. Korte filmopptak av dagligdagse samspillsituasjoner (3-5 minutter) analyseres. I veiledning vektlegges øyeblikkene hvor samspillet fremtrer som støttende og hensiktsmessig mellom pleier og beboer med refleksjon rundt:

- pasienters perspektiv i situasjonen
- hvilke behov og opplevelser pasienter prøver å formidle gjennom sin atferd
- pasienters respons på bruk av grunnleggende prinsipper for god kommunikasjon og relasjonsbygging
- anerkjenne, styrke og utvikle kompetansen til helsepersonell i personsentrert og relasjonsorientert omsorg.

I et Marte Meo veiledningsforløp legges det opp til to eller tre filmopptak fra en samspill-situasjon med påfølgende veiledning. Filmopptak analyseres av Marte Meo veileder, det veiledes og tiltak journalføres og prøves ut til neste opptak.

Kommunen har egne Marte-Meo veiledere som kan bestilles som ekstern veiledning. Se kapittel om henvisningsrutiner.

Dersom avdelingen din ønsker Marte Meo videoveiledning:

- **Avd.leder/styrer sender epost til kompetansesenter for demens**
 - demens@bergen.kommune.no
 - Med anonym informasjon om problemstilling
 - Det er egenandel på veiledningen

5.0 Brukermedvirkning

Tjenestetilbudet skal utformes i samarbeid med beboeren. Beboeren skal ha informasjon om sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen som ytes på sykehjemmet, ifølge pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2. Taushetsplikten faller bort i den utstrekning den som har krav på taushet, samtykker og har samtykkekompetanse. Dersom beboeren åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av demens, forskyves informasjonsretten også til beboers *nærmeste pårørende*.

5.1 Valg av nærmeste pårørende

Nærmeste pårørende har rett til innsikt i pasientens helsetilstand og den hjelpen som gis beboer, for å kunne ivareta beboers interesser. Det betyr likevel ikke rett til innsikt i all informasjon som sykehjemmet har om beboer. Sykehjemmet har ansvar for å vurdere hva som er nødvendig å formidle til pårørende for at de skal kunne ivareta beboers interesser. Retten til innsikt i beboers helsetilstand og innholdet i den hjelpen som ytes kommer av § 3-3 i [Pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Avklar med beboer hvem som skal oppnevnes som nærmeste pårørende for beboer. Dersom pasienten er ute av stand til å oppgi pårørende, skal nærmeste pårørende være den som i størst utstrekning har varig og løpende kontakt med pasienten, likevel slik at det tas utgangspunkt i følgende rekkefølge ([§1-3 b Pasient- og brukerrettighetsloven](#)):

1. ektefelle
2. registrert partner
3. personer som lever i ekteskapslignende eller partnerskapslignende samboerskap med pasienten
4. barn over 18 år
5. foreldre eller andre med foreldreansvaret
6. søsken over 18 år
7. besteforeldre
8. andre familiemedlemmer som står pasienten nær
9. verge eller fremtidsfullmektig med kompetanse på det personlige området

5.1.1 Informasjon til flere familiemedlemmer

Dersom beboer har flere pårørende, som spør om hvordan det går med beboer, er det ikke til hinder å gi enkel informasjon. Det kan gis informasjon om helsetilstand og den hjelpen som gis, så lenge det er til beboers beste. Det betyr at nærmeste pårørende har rett på

relevant informasjon om helsetilstand den hjelpen som ytes til beboer, mens andre pårørende i familien kan nektes, dersom det er gode grunner til det.

Det bør kun være én pårørende som er definert som nærmeste pårørende. Det kan være vanlig og ikke til hinder at nærmeste pårørende velger å formidle informasjon videre innad i familien.

5.2 Vergemål i sykehjem

Dersom en person av ulike grunner har problemer med å disponere pengene sine eller hevde sine juridiske rettigheter, bør det oppnevnes en verge for vedkommende.

Sykehjemslege har rett og plikt til å [søke](#) dersom behov for vergemål ifølge [vergemålsloven § 56-57](#). Det er Fylkesmannen som har ansvar for å treffe beslutning om verge.

Vergemålsloven skiller mellom faste og profesjonelle verger som ofte er advokater, og alminnelige verger som vanligvis er nær familie. Dersom personen ikke har samtykkekompetanse, er det ikke krav til at personen samtykker til oppretting av vergemål. Det er da krav til skriftlig redegjørelse for vurderingen bak samtykkekompetansen.

Mer informasjon kan fås på www.vergemal.no eller ved telefon til Fylkesmannen i Hordaland.

RESSURSER:

Vergemålsseksjonen i Hordaland kan ringes for juridiske spørsmål:

- 55 57 23 00
- Telefontid:
 - Kl. 10.00 - 11.30
 - Kl. 12.30 - 14.00

5.3 Samtykkekompetanse

Å basere en beslutning om helsehjelp på beboerens samtykke eller ønske når beboeren ikke er samtykkekompetent kan føre til forsømmelser eller feil behandling. Når beboeren ikke er samtykkekompetent, kan man ikke legge hovedvekt på å respektere beboerens autonomi, siden forutsetningene for å ta et selvstendig valg ikke lenger er til stede. I stedet må andre ta ansvaret for å ivareta beboerens integritet og interesser (25).

Avgjørelse om manglende samtykkekompetanse skal være begrunnet og skriftlig i pasientjournal, og så snart som mulig legges frem for beboer og nærmeste pårørende. For at samtykkekompetansen skal kunne sies å ha bortfalt kreves det at vedkommende åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Det vil si begrunnelsen for at det er behov for å gi helsehjelp, tiltakets art og de nærmere implikasjoner av å motta eller nekte helsehjelpen (26). Beslutningen om samtykkekompetanse er til stede eller ikke, er en legeoppgave (6).

Vurderingen:

- krever ofte at helsepersonell skal rådføre seg med hverandre

- skal baseres på beboerens forståelse av situasjonen, og det må være åpenbart at beboeren ikke forstår hva samtykke innebærer for at en kan konkludere med at beboeren ikke er samtykkekompetent
- er alltid situasjonsbestemt
- gir rom for skjønn, og er ofte vanskelig

Mangel på samtykkekompetanse er ikke generell og nødvendigvis ikke permanent. Om det foreligger korrigerbare faktorer som påvirker beboerens dømmekraft – f.eks. akutte infeksjoner, elektrolyttforstyrrelser, medikamentpåvirkning etc., bør vurderingen om mulig utsettes. Det er påkrevd at beboeren vurderes som ikke samtykkekompetent, i den aktuelle situasjonen ved bruk av tvang etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A.

Momenter i vurderingen av samtykkekompetanse

Samtykkekompetanse er en forutsetning for å velge selv og for å kunne gi et gyldig samtykke. Studier tyder på at manglende eller redusert samtykkekompetanse hos beboeren er relativt hyppig forekommende når beslutninger om helsehjelp skal fattes.

Å vurdere samtykkekompetanse inkluderer skjønnsmessige og etiske overveielser. Helselovgivningen inneholder enkelte bestemmelser om hva som skal vurderes og hvordan dette skal gjøres. Samtidig gis det rom for helsepersonells fagetiske standarder, vurderinger og skjønn.

Det finnes flere veiledere for å vurdere samtykkekompetanse, som blant annet er utviklet gjennom empirisk forskning, etisk refleksjon og rettspraksis. Veilederne fokuserer som regel på følgende fire områder (26)

1. evnen til å uttrykke et valg
2. evnen til å forstå informasjon som er relevant for beslutningen om helsehjelp
3. evnen til å anerkjenne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til egen lidelse og mulige konsekvenser av de ulike behandlingsalternativene
4. evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsalternativene

Det er viktig at samtykkekompetanse vurderes konkret i forhold til den beslutningen som skal tas og at beboerens forutsetninger for å kunne samtykke optimaliseres. Kunnskap om beboerens kliniske tilstand er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å kunne vurdere om beboeren er samtykkekompetent.

Ressurser til hjelp i vurdering av samtykkekompetanse:

- [Rundskriv IS-8/2015](#) «Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer» til § 4-3 «Hvem som har samtykkekompetanse»
- [Metodebok for sykehjemsleger](#) elektronisk utgave

5.4 Pårørendekunnskap

Pårørendekunnskap handler om å sikre brukermedvirkning via pårørende ved at helsepersonellet

- har kunnskaper om hva som kjennetegner pårørende som gruppe
- skaffer kunnskap om hva familien/pårørende er opptatt av mht. «beboerens beste»
- bruker kunnskapen i samarbeid med pårørende, til beboerens beste

Rett før innleggelse på sykehjem gir familien rundt 160 timer med hjelp per måned. Det tilsvarer ett årsverk i arbeidslivet (3). Når beboer er på sykehjemmet ytes det i snitt 6,7 timer pårørendehjelp i måneden (3). Personer med demens har i varierende grad vansker med å uttrykke behov, og fortelle hvem de er. Familiens levde liv gjennom flere år gjør at familien har unik kunnskap om familiemedlemmenes historie, personlighet, behov, ønsker, lengsler og drømmer (1). Pårørendes ekspertuttalelser om sine familiemedlemmer er avgjørende i en personsentrert tilnærming (27). Pårørendekunnskap er en forutsetning for at helsepersonellet skal kunne gi best mulig miljøbehandling til beboeren, samt støtte og anerkjenne pårørende til beste for pasienten.

5.4.1 Kjennetegn hos pårørende som gruppe

Det kan være nyttig å se for seg at pårørende er i en krevende omsorgsrolle og trenger støtte, råd, veiledning og anerkjennelse av den innsatsen de gjør for beboeren. Mange ulike faktorer utfordrer omsorgsrollen pårørende er i. Det er likevel ikke slik at alle opplever omsorgsrollen som like utfordrende eller som en belastning. Pårørende som gruppe har, ifølge forskning, følgende kjennetegn (5):

- 15-50 % økt risiko for depresjon
- høyere forekomst av somatiske sykdommer
- forverring av egne sykdommer, og gjelder spesielt hjerte- karsykdommer
- oppsøker oftere lege
- høyere forbruk av legemidler
- for dem som er i arbeid oppstår et høyere sykefravær
- omsorgsrollen kan føre til sosial isolasjon fordi mesteparten av fritiden går med til å gi, og organisere omsorgen for den demenssyke

Omsorgsrollen er forbundet med pårørendebelastning, og det er uenighet om hva reduserer eller forebygger belastningen (5). Sykehjems plass hjelper på sin måte, men det tar ikke nødvendigvis bort belastningsfaktorer som dårlig samvittighet og sorg (1). Sorg handler om tap av noe viktig i livet. Omsorgsoppgavene krever krefter og pågangsmot, mens sorgen uroen og bekymringen kan føre til depresjon, oppgitthet og avmakt (27, 28). Enkelte kan oppleve omsorgsrollen som en større eller mindre krise. Eksempler på krisetopper kan være når pasienten får demensdiagnose, og å ta valget om sykehjems plass. Krisereaksjoner har ulike faser, og for pårørende vil sykdomsforløpet prege disse reaksjonene. Mange pårørende veksler frem og tilbake i fasene som en bearbeiding av for eksempel sorg og andre reaksjoner.

«Hvordan møte pårørende i sorg eller krise?»

Familiene er unik hver for seg, og opplevelsene og reaksjonene deres varierer. Hvordan kan helsepersonell møte pårørende som har det utfordrende?

Pårørende Jan sier at «det er helt nødvendig å få en god samtale med sykehjemmet» før ektefellen flytter inn. Ektefellen har etter hvert fått et mangelfullt språk og klarer ikke selv å formidle og ivareta eget hjelpebehov som før. Jan ønsker å formidle sin kunnskap om hvordan ektefellen trenger å ha det.

5.4.2 Hva setter pårørende mest pris på ved personalet?

Pårørende ønsker vanligvis å følge med i hvordan familiemedlemmet har det, og det er oftest pårørende som tar kontakt med personalet og ikke omvendt (1). I en studie ble pårørende til beboere i en aldersinstitusjon spurt om hva de satte størst pris på ved personalet:

- at beboeren får oppmerksomhet og god omsorg som en unik person
- at pårørende får oppmerksomhet og bekreftelse
- at pårørende får informasjon om beboeren
- at pårørende gis mulighet til å engasjere seg
- at de ansatte er vare for pårørendes følelser og opplevelser

Demenssykdommen fører til at personen tåler stress mindre enn før. Ytre stress kan være alt fra uoversiktlige omgivelser, overstimulering i form av for hyppige eller langvarige aktiviteter, høy musikk og mennesker som snakker i munnen på hverandre. Kritiske pårørende som ikke forstår at beboeren er syk og reagerer med sinne, irritasjon eller gir uttrykk for urealistiske krav og forventninger representerer et ytre stress for beboeren (5). Pårørende kan trenge råd og veiledning i f.eks. justering av varighet og innhold i samværet med den de besøker, etter hvert som demenssykdommens utvikler seg.

Før var Olga alltid med ut på tur. Nå vegrer hun seg for å være med de ansatte eller pårørende ut, eller delta i felles aktiviteter som hun likte før. Jan observerer dette, og er usikker på om sykehjemmet gir Olga nok aktivitet.

Pårørende i eksemplet over kan ha nytte av informasjon og veiledning om at demenssykdommen har utviklet seg, som medfører at hun blir urolig og desorientert av selve aktivitetene. Løsningen kan være at personalet veileder pårørende i hvilke innhold personen med demens nå trenger i hverdagen på sykehjemmet.

5.4.3 Samarbeid med pårørende

Det er lettere for helsepersonellet å støtte og veilede, med noe kunnskap om pårørendes situasjon. Samarbeidet bør kjennetegnes av et sykehjem som tar initiativ til kontakt, drøfter forventninger til hverandre, og avtaler arenaer for samarbeidet. Brukermedvirkning via pårørende kan deles mer detaljert opp i følgende punkter (29):

- **Tidlig kontakt - Avklar tilgjengelighet**
 - Hva heter primærkontakten?
 - Avklare hvordan vi ønsker å samarbeide;

- Gunstige tidspunkt for kontakt mellom pårørende-sykehjem?
 - Hvordan: telefon, tekstmelding, epost uten sensitive opplysninger, møte?
- evt.
- **Drøft hensikten med samarbeidet pårørende-sykehjem**
 - Hva forventer vi av hverandre? Hva er realistisk?
 - Hvilken informasjon om sykehjemmet skal gis?
 - Hvilken informasjon fra pårørende trengs?
 - Har pårørende lyst å bidra med noe på sykehjemmet, evt. hva?
 - evt.
- **Støtte og anerkjenne pårørende**
 - Formidle positive pasienthendelser til pårørende
 - F.eks. nytten de utgjør for beboeren ved besøkene?
 - Støtte/råd i pårørendes prioriteringer
 - Om f.eks. å besøke hver dag? reise bort i julen? beboer hjem i julen? etc.
 - evt.
- **Skape en arena hvor pårørende kan delta/medvirke**
 - Har du lyst og anledning til å bidra med noe på sykehjemmet?
 - Invitere til felles pårørendesamlinger på sykehjemmet?
 - Sykehjemmet inviterer og er frempå i ulike sammenhenger
 - Avdelingen invitere til mindre aktiviteter?
 - evt.

Det kan være forebyggende å informere pårørende tidlig om muligheter som finnes hos [Kompetansesenter for demens](#). Eksempler er:

- Pårørendekurs
- Samtalegrupper
- Samtale med rådgivning og veiledning
 - en-til-en
 - familie

6.0 Symptomer ved demens

Symptomer som irritabilitet og apati oppstår hos nesten tre av ti personer med demens, både i og utenfor sykehjem. En norsk undersøkelse i sykehjem (30) fant ut at opptil 72 % av beboerne hadde symptom på utfordrende atferd. Forekomsten tiltok med demenssykdommens økende alvorlighetsgrad. Symptomene de fant i studien var:

- | | |
|--------------------------------|--------|
| • irritabilitet | (27 %) |
| • apati | (26 %) |
| • agitasjon/aggresjon | (23 %) |
| • depresjon | (21 %) |
| • vrangforestillinger | (21 %) |
| • angst | (21 %) |
| • mangel på hemninger | (21 %) |
| • forstyrrende motorisk atferd | (18 %) |
| • hallusinasjoner | (12 %) |

APSD er en forkortelse for atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens, også kalt utfordrende atferd eller nevropsykiatriske symptomer. APSD-begrepet sier noe om at symptomene er «todelte» og kan tydelig observeres gjennom ytre atferd som f.eks. uro, vandring og roping. I tillegg finnes det symptomer som kan være mer skjult som f.eks. hallusinasjon, angst og feiltolkning. De symptomene kan være utfordrende å observere, men har likevel betydning for den synlige atferden. Angst kan føre til uro.

Symptomene i tabell 3 er en del av det å ha en demenssykdom. Kategoriseringen med «mest vanlig» til «mindre vanlig» kommer fra en undersøkelse gjort på sykehjem (1). Utfordrende atferd (APSD) hos personer med demens må ikke betraktes som avvik, men som normale reaksjoner, beboers perspektiv og forutsetninger tatt i betraktning. Personen med demens som ikke lenger klarer å utrykke seg som før sier noe med sin atferd. For å forstå atferden må en innta beboers perspektiv. Er grimaser i ansiktet uttrykk for irritasjon, smerter eller utrygghet? Er vandringen i gangen uttrykk for behov for toalettbesøk eller ønske om å komme seg ut av institusjonen?

APSD		
Mest vanlig	Ganske vanlig	Mindre vanlig
<i>Psykiske symptomer</i> Vrangforestillinger Paranoia Hallusinasjoner Depresjon Søvnløshet Angst Ustabil humør	Feiltolkning	
<i>Atferdsendringer</i> Fysisk aggresjon Irritabilitet Vandring Rastløshet	Uro Rastløs gange Roping Manglende seksuelle hemninger	Gråting Banning Tiltaksløshet Følger som en skygge Repeterende handlinger

Tabell 6: Forekomst av APSD kategorisert etter hva som er mest vanlig (1).

6.1 Hvordan møte utfordrende atferd

Roping, irritabilitet og fremstilling av krav om å komme ut av sykehjemmet kan være utfordrende for helsepersonellet. Erfaringsvis synes mange pårørende at apati er utfordrende, når beboer var så sprudlende og initiativrik før demenssykdommen? Når vi leter etter mulige årsaker til den utfordrende atferden må vi ofte gå systematisk til verks. Det anbefales å ta i bruk «Retningslinje for utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem». Den er rigget for å sikre en trinnvis tilnærming til den utfordrende atferden.

Noen ganger er det fort gjort – og vi ser med en gang hva som må til for å forebygge eller dempe atferden som er utfordrende for pasient og helsepersonellet. Andre ganger virker ikke løsningene som tiltenkt, og den utfordrende atferden vedvarer. Da er det behov for å gå grundigere til verks for å finne løsninger, som i figur 1.

Følgende metoder er aktuelle ved utfordrende atferd:

- Personsentrert omsorg med fagmøte (VIPS)
- Anvende retningslinje for utfordrende atferd ved demens
- [Kompetansesenter for demens](mailto:demens@bergen.kommune.no) kan kontaktes for veiledning
demens@bergen.kommune.no

6.1.2 Utfordrende atferd som kommunikasjon

Blir utfordrende atferd analysert for å finne hva som ligger bak? I en systematisk demensomsorg (figur 3) er det hensiktsmessig å finne tolkninger av atferden som kommer personen med demens til gode. Mange små tiltak som hver for seg kan virke ubetydelig for den utfordrende atferden, kan i sum gjøre en stor forskjell for beboer.

Hva kan ligge bak at en person med demens skriker, for eksempel? Det er naturlig å starte med å finne ut om smerte kan være årsaken. Toalettbehov, kløe, svie, ubehag, redsel fra hallusinasjoner, ulike typer forvirring f.eks. på grunn av overstimulering når to pleiere snakker samtidig i morgenstellet, frustrasjon over ikke å få til å si det en ønsker, for raskt tempo i morgenstell, eller andre ting. Det vi vet om personer med demens som skriker er at de ofte er deprimert, de faller mer, har oftere vært utsatt for tvang enn andre og de sover ofte dårlig på grunn av smerter (16).

I personsentrert demensomsorg som tar pasientens perspektiv er det også nyttig å vite at personer med demens som skriker mye (16)

- ofte ikke kan uttrykke seg med egne ord
- føler seg fanget i egen verden
- ikke klarer å tolke det som skjer rundt en selv og er i en konstant panikktilstand av redsel, angst frustrasjon og ensomhet
- har fysiske behov, smerter og ubehag
- kan lettere føle seg som en ting, hun blir ikke behandlet som en person lenger fordi hun har mistet evnen til å gi et svar som andre mennesker forstår
- bruker skriket til å si at hun er her og at hun vil ha kontakt med andre mennesker
- har behov for å kjenne at hun finnes

Med utgangspunkt i kunnskap over kan en bygge hensiktsmessig miljøbehandling som bygger på å dekke eventuell behov for smertelindring, toalett og sult/tørste til riktige tider og psykologiske behov som f.eks. opplevelse av egen identitet, inklusjon og tilhørighet.

I arbeidet med å finne den beste miljøbehandlingen kan ulike kartleggingsskjema brukes for å samle informasjon som kan brukes i oppfølgingen av pasienten.

6.1.3 Kartleggingsskjema

Kartleggingsskjemaene i tabell 7 representerer et utvalg som skal dekke det som trengs innen personsentrert demensomsorg. Skjemaene omfatter kartlegging av ADL hos personer med kognitiv svikt, bakgrunnsopplysninger, atferd, trivsel og livskvalitet hos personer med alvorlig demens som ikke kan formidle selv. Det er ulike skjema å velge mellom for kartlegging av utfordrende atferd. Det er hensiktsmessig fordi utfordrende atferd kan være sammensatt og kompleks og det er nyttig å kartlegge varianter, forekomst og intensitet av

utfordrende atferd (NPI), BARS gir mulighet for fordypning i agitasjon/uro som kniping, sparking, kloring, og MOBID-2 kartlegger smerter og mens Cornell kartlegger potensiell depresjon. Med CAM screenes det for delirium, som kan være en fordel når en ikke kjenner pasienten fra før.

Vedvarende utfordrende atferd kan være krevende for personalet å håndtere. Leder kan velge å anvende «belastningsskala for personale». Det kan skape utgangspunkt for å vurdere tiltak når personalet opplever den utfordrende atferden som krevende.

Skjemaene egner seg til å samle inn informasjon knyttet til en konkret problemstilling hos en beboer. Betydning av funn fra kartleggingsskjema drøftes i fagmøte. [Kompetansesenter for demens](#) bistår med veiledning og opplæring skjemaene.

Valg av kartleggingsskjema i tabell 4 er basert på VIPS-manualens (16) forslag, «Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd» forkortet TID (31) og nasjonale anbefalinger fra Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste.

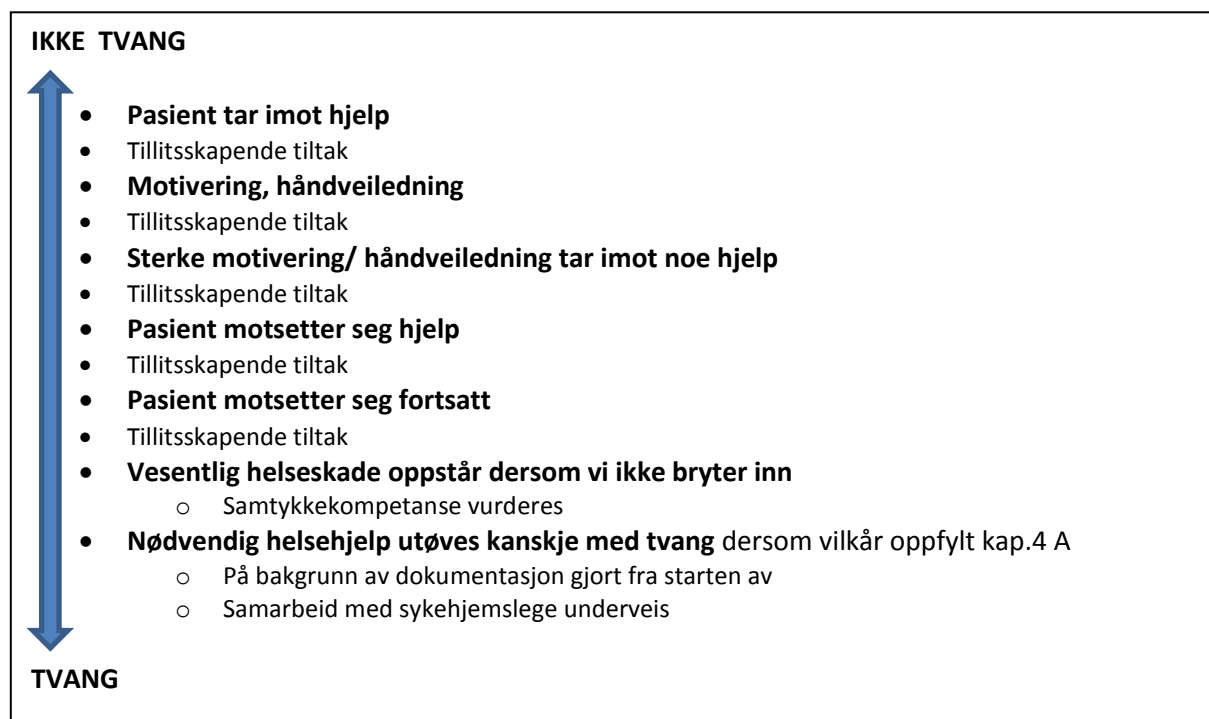
Skjemanavn	Formål	Vedlegg
ADL-vurdering		
ADL-vurdering, aktiviteter i dagliglivet	Fastslå ferdighetstap og nødvendige hjelpetiltak ut fra helsepersonellens vurdering	1
ADL - Spørreskjema til pårørende (IQCODE)	Fastslå kognitiv endring, ved hjelp av komparentopplysninger. Brukes ved inntak. Se vedlegg 17, s.6 for veiledning	2
Bakgrunnsopplysninger for personsentrert miljøbehandling, og brukervedvirkning		
Min livshistorie	Kartlegge personopplysninger til bruk i personorientert tilnærming. Egnet for langtidspasienter	3
Bakgrunnsopplysninger beboer	Kartlegge personopplysninger til bruk i personorientert tilnærming, kortversjon. Egnet for korttidsopphold	4
Registrering av atferd		
Døgnregistrering	Kartlegge når og hvor ofte utfordrende atferd forekommer. Kartlegging av endringer, og mistanke om delirium	5
Trivselsregistrering	Kartlegge tid og sted for positive opplevelser, for å vurdere om vi kan skape flere	6
Vurdering av psykiatiske symptomer og atferdsendringer		
NPI-Q	Kartlegge utfordrende atferd, kombiner gjerne med skjema for registrering av atferd. Kan fylles ut sammen med lege	7
BARS	Kartlegger agitasjon/uro ved å vurdere ulike atferdstyper og hyppighet i løpet av de to siste ukene	8
MOBID2 + veileder	Smertekartlegging når pasient ikke kan formidle egen smerte.	9 og 10
Cornell + veiledning	Skala for depresjonsvurdering, + veileder for administrering og retningslinjer for skåring	11 og 12
Prosedyre utfordrende atferd sykehjem	Anvende en systematisk tilnærming til den utfordrende atferden for å øke sjansene for å lykkes	13
Belastningsskala personale	Leder sitt verktøy for kartlegging av personalets subjektive opplevelse av utfordrende atferd mht. tiltak	14
CAM + brukerveiledning	Screening av delir. Spesielt nyttig når beboer er ukjent. Konferer med sykehjemslege om skjema skal brukes	15

Utredning av kognitiv funksjon og diagnostisering demens		
Utredningsverktøy demens + veileder	I samarbeid med sykehjemslege. Utrede klassiske symptomer forenlig med moderat til alvorlig demens som ikke har vært utredet tidligere. Hovedvekt på atferd og blodprøver, supplert med kognitive tester og CT caput om beboeren samarbeider. + en veileder med tolkning av resultat Cornell, pårørendebelastning, MMSE-NR2, klokketest etc. og konklusjon av utredningen	16 og 17
Vurdering av livskvalitet		
QUALID	Kartlegge livskvalitet ved alvorlig demens, basert på informasjon fra personale eller pårørende. Kan kombineres med trivselsregistrering.	18

Tabell 7: Oversikt over kartleggingsverktøy og deres formål/bruksområde

6.2 Utfordrende atferd og bruk av tvang

Ansatte på sykehjemmet gir nødvendig helsehjelp så lenge beboeren ikke motsetter seg. Når beboeren ikke vil ta imot helsehjelpen, unnlater vi å gi helsehjelpen så lenge det ikke er skadelig for beboeren. Det er opp til sykehjemmet å vurdere å begrunne når det er behov for bruk av tvang for å gi helsehjelpen, etter vilkårene i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv.». Figur 4 illustrerer at helsepersonellet bruker tvangstiltak som siste utvei for å gi helsehjelpen, for å hindre vesentlig skade på beboeren og således sikre forsvarlighet.



Figur 4: Tillitsskapende tiltak forsøkes i flere runder, før tvang kan benyttes etter Kap. 4A

6.2.1 Beskyttelsestiltak og nødverge

Bruk av beskyttelsestiltak og nødverge defineres i prinsippet ikke som tvang.

I følge [Forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg](#)

[og pleie](#), § 3-3 (32) gis det anledning til å anvende beskyttelsestiltak for å beskytte beboerne mot å skade seg selv, og for å beskytte andre beboere. Beskyttelsestiltak kan for eksempel være bordbrett montert over fanget på rullestolen, eller belte slik at beboer ikke siger ut av stolen og ned på gulvet. Mange beboere vil være så vidt redusert, mentalt eller fysisk at visse beskyttelsestiltak er påkrevet, dels for å beskytte beboerne mot egen adferd, dels av hensyn til andre beboere.

Dersom beboeren motsetter seg beskyttelsestiltaket kan ikke tiltaket opprettholdes. Det krever at helsepersonellet må observere grundig etter atferd som skulle tyde på at beboeren ikke ønsker å ha brettet eller beltet over fanget sitt. Beskyttelsestiltak som opprettholdes selv om beboer motsetter seg, blir i realiteten et tvangstiltak.

Nødverge etter [Straffeloven §§ 47-48](#) vil si at helsepersonellet kan akutt bryte inn for å forhindre skade på pasienten, andre beboere, helsepersonell eller materiell. Beboer kan for eksempel være på vei ut et vindu med høyt fall, gå over fotgjengerfelt uten å se seg for, slå en annen beboer eller ansatt, eller gå løs og ødelegge større materielle verdier i sykehjemmet. Enkelthendelsen journalføres. Det må journalføres noe om hva som antageligvis forårsaket hendelsen, og på hvilken måte en brøt inn og forhindret eller forminske skade. Det er avgjørende at den som bryter inn ikke bruker mer makt enn nødvendig når en griper inn for å avverge skaden. Dersom hendelsene gjentar seg må hvilke tiltak og vurderinger som er gjort for å forebygge hendelsen journalføres.

6.2.2 Å motivere og håndveilede

Dersom en beboer er til sjenanse for andre, er det håndveiledning og verbal motivering som er verktøyet. Dersom beboer motsetter seg fysisk eller verbalt må håndveiledning eller føring avsluttes. Håndveiledning og verbal motivering er bruk av makt, men regnes ikke som tvang ifølge pasient- og brukerrettighetsloven, kapittel 4A. Dersom en bruker sterk verbal motivering og håndveiledning skal man likevel være observant, fordi man beveger seg i en gråsoner mot tvang. Hvor mye en kan motivere/håndveilede avhenger av type og grad av motstand fra beboer. Kan det se ut som at beboeren motsetter seg fordi han ikke forstår hva som skjer, kan det forsøkes å trygge og tydeliggjøre situasjon. Kan det se ut som at beboeren motsetter seg fordi han faktisk ikke vil, må håndveiledning og motivering avsluttes der. Det å balansere mellom å motivere og å la være å motivere, bygger på faglige skjønnsvurderinger i hvert enkelt tilfelle. Det anbefales at kollegiale som bistår beboer som drøfter denne balanseringen jevnlig. Desto mer utfordrende motivering og veiledning er, jo grundigere bør det drøftes og bringes inn i VIPS fagmøte for behandling.

6.3 Tvang etter kapittel 4A

Det er lov hjemmel for bruk av tvang i sykehjem, men kun på visse vilkår. Vilåårene er beskrevet [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#) i Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen § 4A-3. Det gis ikke rom for bruk av tvang for å beskytte medpasienter mot vond lukt eller annen sjenanse. Det er beboeren selv som skal beskyttes, mot alvorlig helseskade. Bergen kommunes egen rutine for denne loven heter «helsehjelp og pasientrettigheter» for vurdering av tvangsvedtak etter kapittel 4A (33). Rutinen kan søkes opp på [Allmenningen](#).

Sykehjemmet følger lovverkets krav om vurdering av samtykkekompetanse hos pasientene, om det er forsøkt med tillitsskapende tiltak før tvungen helsehjelp gjennomføres, om nødvendige helsefaglige vurderinger er gjort, om det er fattet vedtak når det skal ytes tvungen helsehjelp og om tvungen helsehjelp blir vurdert fortløpende.

6.3.1 Tillitsskapende tiltak kan gjøre tvang unødvendig

Før en kan vurdere tvangstiltak skal tillitsskapende tiltak vært prøvd ut, på en systematisk måte, dersom det åpenbart ikke er til nytte. Det betyr en helhetlig tenkning med dokumentasjon rundt følgende punkter (34):

- **Helhetlig tenkning.** Det behøver ikke være manglende vilje eller motivasjon som ligger bak motstanden, men at beboeren ikke oppfatter hva som skjer eller skal skje. Hvordan trygge og tydeliggjøre for beboer? Helheten må være med på å underbygge det som skal skje med beboeren. Et bad bør ligne et bad, håret legges opp hos «frisør», og måltidet skjer på en måte som gjør det lett å oppfatte at det er et måltid på gang. Tydelige overganger fra en aktivitet til en annen.
- **Kjennskap til beboeren.** Helsepersonell som kjenner beboeren vil lettere kunne yte helsehjelp uten at beboeren yter motstand. Trygghet og tillit til personalet.
- **Veiledning av hverandre.** Finnes det noen som har fått det til en gang før? Hva gjorde de? Har vi delt kunnskapen med hverandre i avdelingen?
- **Kartlegging av årsaker** der det er mulig, kan gjøre det lettere å tilpasse hjelpen. Kilder til kunnskap kan være familie, pårørende eller samarbeidende helsepersonell
- **Tid.** Gi beboer tid til å forstå hva som skal skje, for å innstille seg på å motta helsehjelpen. Det er ofte riktig å gi inntrykk av å ha god tid i hastesituasjoner.
- **Informasjon** og forklaring i en løpende og tilpasset form. Pek gjerne ut en informasjonsansvarlig om dere er to i oppgaven. En informerer, og en gjennomfører.
- **Kommunikasjonsform** med bekreftelser på at «dette kommer til å gå bra», ros underveis eller å holde i hånd kan bidra til støtte og trygghet ved opplevelse av utrygghet i situasjonen
- **Tilstedeværelse av trygge personer** som pårørende eller helsepersonell beboeren har tillit til kan trygge beboeren og bremse motstand
- **Litt av gangen** kan være godt nok noen ganger. Der beboeren har motivasjon for å gjennomføre deler av helsehjelpen, men ikke alt på en gang, bør det vurderes om helsehjelpen skal ytes i doser som er tilpasset motivasjonen, i stedet for å gjennomføre alt på en gang med tvang.
- **Gradvis tilvenning** (systematisk desensitivsering) til helsehjelpen kan være en løsning der tiden tillater det. Når det er definert hva beboeren motsetter seg, kan det iverksettes, der hvert trinn er et skritt nærmere den helsehjelp som trengs.

7.3.2 Vilkår for bruk av tvang

Dersom beboer motsetter seg helsehjelpen til tross mange runder og gjennomføring av punktene over, må samtykkekompetansen utredes, for å vurdere om det er lov hjemmel for og nødvendig med en form for tvang for å ivareta helsen til beboeren. Vilkår fra a)- e) må være oppfylt for at tvang etter [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#), § 4A-3 kan brukes:

- a) Beboeren motsetter seg nødvendig helsehjelp

- b) Beboer mangler samtykkekompetanse
- c) Beboer påføres vesentlig helseskade dersom vi ikke hjelper til
- d) Helsehjelpen anses som nødvendig
- e) Tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, uten nytte
- f) Tvangstiltakets står i forhold til behovet for helsehjelpen

Ved alvorlige inngrep skal alltid pårørende høres om hva de tenker beboeren selv ville tenkt om tvangstiltaket som helhet.

Eksempler på tvangstiltak i sykehjem:

- Tilbakeholdelse i institusjon
- Legemidler
- Nødvendig stell; personlig hygiene, sår, munnhule
- Ernæring
- Evt.

Alvorlig inngrep omfatter:

- Inngrep i kroppen
- Bruk av reseptbelagte legemidler
- Innleggelse eller tilbakeholdelse i institusjon
- Bevegelseshindrende tiltak

Tvungen helsehjelp kan bare anvendes der dette synes som den klart beste løsningen for beboeren. Til grunn for dette må det ligge en helhetsvurdering av fare for helseskade ved ikke å bruke tvang, nødvendighet og at tiltakene står i forholdet til behovet for helsehjelpen.

Spørsmål om tvang har ofte medisinske vurderinger knyttet til seg. Tvangsvedtak kan opprettes av behandlende lege, og kopi av vedtaket sendes til fylkeslegen for stadfesting (6).

7.3.3 Ressurser til hjelp for vurdering av tvangsbruk i spesielle situasjoner

- Intern retningslinje for kapittel 4A (33) kan søkes opp på Allmenningen
- [Rundskriv](#) med kommentarer til lovparagrafene i Kap.4A (34)
- Kapittel om tvang i [Metodebok for sykehjemsleger](#)
- [Kompetansesenter for demens](#) kan kontaktes for drøfting av problemstilling
 - 53 03 29 75
- [Fylkesmannens kontor](#) kan gi råd i konkrete juridiske spørsmål over telefon
 - Helge Gismarvik Høvik, 55 57 22 36
 - Martin Haugen, 55 57 22 21
 - Åshild Gjellestad, 55 57 22 10

7.0 Ledelse, kompetanse og veiledningsmuligheter

Det er et lederansvar å ta nødvendig initiativ, formidle informasjon, involvere medarbeiderne, ta beslutninger, legge til rette for gjennomføring og følge opp det som er besluttet av Etat for alders- og sykehjem. Institusjonenes ledere og spesielt nærmeste leder til dem som yter hjelp til beboer trenger å ha kjennskap til etatens valg av metoder for miljøbehandling beskrevet i denne metodeboken.

Det er en ledelsesoppgave å være tilrettelegger for dem som skal gjennomføre helsehjelpen i praksis. Miljøbehandlingen til den enkelte pasient må settes i system. Eksempler kan være planer med tidspunkt for aktivitet som prioriteres som en del av miljøbehandlingen, og tydelighet i hvem som er ansvarlig for at aktiviteten blir prioritert og gjennomført den dagen.

7.1 Ledelsens betydning ved utfordrende atferd

Særsilt utfordrende atferd på nivå 3 i figur 1 kan være krevende for personalets arbeidsmiljø. Utfordrende atferd kan noen ganger fortone seg som slag, spark og andre fysiske tilnærmelser. Disse voldelige handlingene kan komme av beboers demenssykdom og normalreaksjoner på utrygghet, angst eller annet. Beboer kan ofte ikke noe for at en slår, sparker, spytter eller truer verbalt. Likevel har personalet behov for å håndtere opplevelsen av å bli utsatt for slike handlinger, fordi det kan oppleves belastende. Avhengig av belastningens intensitet, faktorer ved situasjonen og personenes motstandskraft kan slike kriser utvikle seg i traumatisk retning og utløse ulike typer stressreaksjoner hos personalet. Det å gi personalet oppfølging knyttet til håndtering av utfordrende atferd er svært viktig. Den viktigste oppfølgingen er den hjelpen og støtte som leder og arbeidskollegaer kan gi.

Bergen kommune ved arbeidsmiljøavdelingen har utarbeidet en generell «Veiledning for hvordan ledere kan støtte og ivareta arbeidstakere som har vært utsatt for vold og trusler i sitt arbeid», hvor elementer kan brukes i oppfølging av personalet. Veilederen kan hentes på Allmenningen ved å søke på «vold og trusler».

Det anbefales følgende vurderinger av nærmeste leder i oppfølging av personalet ved særsilt utfordrende atferd (figur 1):

a) Anvender veileder for å vurdere momenter som kan inngå i oppfølging

- «Veiledning for hvordan ledere kan støtte og ivareta arbeidstakere som har vært utsatt for vold og trusler i sitt arbeid» (35)
- Veilederen kan hentes på Allmenningen ved å søke på «vold og trusler».

b) Vurderer bruk av skjema «Belastninger for personalet, utfordrende atferd»

- Kartlegge omfang og intensitet, og spisse tiltak på bakgrunn av det

c) Vurderer personalets behov for styrket kompetanse i møte med aggresjon (RESIMA)

7.2 Tilrettelegge for kunnskap på ulike nivåer

I demensomsorg vil kompetanse innebærer kunnskap-i-handling (1). Denne praktiske kunnskapstradisjonen kjennetegnes med deltakelse og dialog i samhandling med andre mennesker. Det er en levende kunnskap som utvikles i samhandling, og ansette seg imellom.

Refleksjon i personalgruppen hvor ansatte deler erfaringer med hverandre om enkeltkasus og analyserer kritisk de erfaringer og observasjoner som gjøres er nødvendig for å få til en personsentrert demensomsorg i praksis. Systematikk i demensomsorgen innebærer å gå stegene i sykepleieprosessen med kartlegging, identifisering av problemstilling, gjennomføring av tiltak og evaluering av disse. De fleste ganger kommer dette helt naturlig på basis av kunnskapen vi besitter. I de mer komplekse kasusene må helsepersonellet gå grundigere til verks.

Leder bør legge opp til kompetanseutvikling innen demens med fokus på følgende områder:

1. Tilegning av faktakunnskap
2. Tilegning av praktiske ferdigheter
3. Formelle fora/møter hvor det er anledning til å reflektere over samhandling med beboer
4. Vurdere opprettelse av ressursperson innen demens

7.3 Henvisningsrutiner ved behov for ekstern hjelp

Det kan være behov for ekstern veiledning dersom en opplever å stå fast i miljøarbeidet. Avdelingen kan oppleve å ha «prøvd alt» og likevel ikke få det til. Det kan være behov for råd, veiledning, eller innleggelse hos spesialisthelsetjenesten.

7.3.1 Kompetansesenter for demens

[Kompetansesenter for demens](#) i Bergen kommune er en ressursbase for hjemmesykepleien, dagsentrene, institusjonene og publikum. Vi bidrar med informasjon, rådgivning og kompetanseutvikling innenfor fagfeltet demens. Senteret har en koordinerende funksjon i kommunens demensomsorg. Kompetansesenteret er et lavterskeltilbud, uten henvisningsskjema eller vedtak. Ta direkte kontakt på epost eller telefon.

Det kan søkes ekstern veiledning ved:

- Veiledning ved utfordrende atferd, med tanke på å finne løsninger
- Dementia Care Mapping (DCM), kartlegging av miljø i fellesareal
- Bestilling av Marte Meo, videoveiledning
 - det er egenandel på veiledningen

Hvordan?

Styrer eller avd.leder sender epost til kompetansesenter for demens

- demens@bergen.kommune.no
- anonym informasjon om problemstilling

Kontakt Kompetansesenteret dersom:

- Du er fagperson i kommunen eller student
- Trenger råd og veiledning innen demens
- Ønsker internundervisning til din avdeling
- Behov for bistand til individuelle samtaler med demensrammede/pårørende
- Behov for informasjonsmateriell om demens
- Telefon: 53 03 29 75/76

Se gjerne vår [nettside](#) på www.bergen.kommune.no hvor brosjyre ligger.

7.3.2 Spesialisthelsetjenesten og henvisning

I samråd med sykehjemslege kan spesialisthelsetjeneste kontaktes. Se «[metodebok for sykehjemsleger](#)»/ www.sykehjemshandboka.no kapittel om «rådføring med alderspsykiater».

I Helse Bergen HF sitt opptaksområde er det to enheter som gir tilbud innen alderspsykiatri på sykehusnivå (36)

- NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus (Olaviken)
- Seksjon for alderspsykiatri, Klinikk for psykosomatisk medisin, Helse Bergen (HBE)

Pasienter som bør henvises til Olaviken:

- Alderspsykiatriske pasienter med behov for lukket avdeling
- Pasienter med demens og/eller en alvorlig sinnsliding komplisert med utfordrende atferd

Følgende pasienter bør vurderes/behandles ved alderspsykiatrisk avdeling (HBE):

- Pasienter med demens og alvorlige nevropsykiatriske symptomer (NPS)
- Pasienter med uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Ved behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse bør dette i all hovedsak skje ved Psykiatrisk Akuttmottak (PAM). Olaviken og Seksjon for alderspsykiatri, HBE har ikke ØH-plasser, men tar i mot pasienter snarest mulig (36).

Referanseliste

1. Rokstad AM, Smedbye KL. Personer med demens. Møte og samhandling. . Oslo: Akribes; 2008.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn. 2015.
3. Vossius C, Selbæk G, Ydstebø AE, Benth JS, Godager G, Lurås H, et al. Ressursbruk og sykdomsforløp ved demens (REDIC) kortversjon. Helse Sør-Øst, helsevern DP; 2015.
4. Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste. Utrekninger gjort med utgangspunkt i Rotterdamstudien fra 1995 for Bergen Kommune. 2015.
5. Engedal K, Haugen P. En lærebok i demens: fakta og utfordring. 4 ed. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse; 2006.
6. Engtrø E, Nore SP, Kittang BR, Krüger K. Metodebok for sykehjemsleger: Bergen kommune; 2015. Available from: <http://sykehjemshandboka.no/>.
7. Brooker D. Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester. Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2013.
8. Moseng H. Effekter på omsorgskvalitet for personer med demens ved bruk av personsentrert omsorg [Mastergradsoppgave]. Trømsø: Universitetet i Tromsø; 2014.
9. Rokstad AM, Røsvik J, Kirkevold Ø, Selbæk G, Benth JS, Engedal K. The effect of person-centered dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. . Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2013;36:340-53.
10. Chenoweth L, King MT, Jeon Y-H, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, et al. Caring for Aged Dementia Care RESident Study (CADRES) of person-centered care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. Lancet Neurology. 2009;8:317-25.
11. Stein-Parbury J, Chenoweth L, Jeon Y-H, Brodaty H, Haas M, Norman R. Implementing person-centered care in residential dementia care. Clinical Gerontologist. 2012;35:404-24.
12. Terada S, Oshima E, Yokota O, Ikeda C, Nagao S, Takeda N, et al. Person-centered care and quality of life of patients with dementia in long-term care facilities. Psychiatry Research. 2013;205:103-8.
13. Bergen kommune. Prosedyre for mottak av langtidsbeboere i aldersintstitusjon. Sentral retningslinje for inntakssamtale og oppfølgingssamtale. BKDOK-2010-00749.06. Revidert april 2012. Gyldig til mars 2016. 2010.
14. Engedal K, Kirkevold Ø, Lillesveen B, Sanaker H, Selbæk G, Rokstad AM, et al. Utredningsverktøy til bruk for HELSEPERSONELL OG SYKEHJEMSLEGER. Utredning og oppfølging av pasienter i sykehjem med fokus på demens. In: Helsedirektoratet, editor. 2014 ed. www.aldringoghelse.no; Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste; 2014.
15. Bergen Kommune. Kvalitetskrav for pleie- og omsorgstjenestene. Rutine. BKDOK-2006-00059.01. Revidert april 2013. Gyldig til 30.06.2016. 2006.
16. Røsvik J, M. M. VIPS-Manualen. Personsentrert omsorg for personer med demens. Oslo: Aldring og Helse, Nasjonal kompetansetjeneste; 2011.
17. Røsvik J, Brønstad A, Lepperød T, Stegen A, Taranrød LB, Øverland L. Dette må jeg kunne - introduksjon til helse- og omsorgsarbeid. 2.utgave ed: Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse; 2013.
18. Munch M, Storjord MB, Andersen A. Arbeidshefte for Marte Meo-veiledere. 2.utgave ed2015.
19. Jørstad A, Røsvik R, Mjørud M. Bruk av musikk. Demensomsorgens ABC. Hefte 7. Oslo: Aldring og helse, Nasjonal kompetansetjeneste; 2014.
20. Røsvik J, Brooker D, Mjørud M, Kirkevold Ø. What is person-centered care in dementia? Clinical reviews into practice: The development of the VIPS practice model. Reviews in Clinical Gerontology. 2013;23:155-63.
21. Røsvik J, Engedal K, Kirkevold Ø. Factors to make the VIPS practice model more effective in the treatment of neuropsychiatric symptoms in nursing home residents with dementia. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders. 2014;37:335-46.

22. Røsvik J. VIPS praksismodell –personsentrert omsorg inn i rutine på avdelingen. Demens & alderspsykiatri. 2013;11-2.
23. Rokstad AMM. Bruk av Dementia Care Mapping(DMC) for å utvikle personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad (Red.), Bedre hverdag for personer med demens: utviklingsprogram for miljøbehandling: Demensplan 2015. Aldring og helse; 2012.
24. Jeon Y-H, Luscombe G, Chenoweth L, Stein-Parbury J, Brodaty H, King M, et al. Staff outcomes from the Caring for Aged Dementia Care REsident Study (CADRES): A cluster randomised trial. International Journal of Nursing Studies. 2012;49:508-18.
25. Pedersen R, Hoffmann B, Mangset M. Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. Tidsskrift for den Norske Legeforening. 2007;12(127):1644-7.
26. Helsedirektoratet. Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet; 04/2015.
27. Jakobsen R, Homelien S. Pårørende til personer med demens - om å forstå, involvere og støtte. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
28. Ulstein I. Dementia in the family: Universitetet i Oslo; 2007.
29. Sørensen E, Torfing J. Making governance networks effective and democratic through metagovernance. Public Administration 2009;87(2):234-58.
30. Selbæk G, Kirkevold O, et al. The course of psychiatric and behavioural symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – a 12 month follow-up study. American Journal of Geriatric Psychiatry. 2008;16(7):528-36.
31. Lichtwarck B, Tverå AM, I. R. Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens. Sykehuset Innlandet. Manual, 2. utgave 2015 ed. Lastet ned februar 2016 fra: <http://aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=7966>; Alderspsykiatrisk forskningssenter; 2012.
32. Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Trådt i kraft 1.jan 1989, sist endret 1.juli 2013. 1988.
33. Bergen Kommune. «Helsehjelp og pasientrettigheter». Rutine for vurdering av tvang. BKDOK-2012-01092.04. Revidert august 2014; Gyldig til august 2016. 2012.
34. Helsedirektoratet. Lov om pasientrettigheter kapittel 4A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen. Rundskriv: IS-8/2015. 2015.
35. Bergen kommune. Vold og trusler. En veiledning for hvordan ledere kan støtte og ivareta arbeidstakere som har vært utsatt for vold og trusler i sitt arbeid i Bergen kommune. Publisert i kommunens intranett: Almenningen: Arbeidsmiljøavdelingen; 2011.
36. Helse Bergen HF. Alderspsykiatrisk tilbud i Helse Bergen HF sitt opptaksområde Rettleiar for tilvising <http://www.helse-bergen.no/no/OmOss/Avdelinger/alderspsykiatri/for-tilvisar/Sider/side.aspx>; Haukeland Universitetssjukehus, NKS Olaviken Alderspsykiatriske sykehus;; 2015 [cited 2016 15.februar].