

Metodebok

Demensomsorgen i sykehjem

- for ledere og helsepersonell

Hovedårsaken til innleggelse i sykehjem er demens. Metodeboken samler verktøy til praktisk nytte for helsepersonell, for å gi en demensomsorg preget av kunnskap, gode holdninger og systematikk. Personsentrert miljøbehandling skal være gjeldende praksis i sykehjemmene. Ledelse, veiledning og helsepersonellens daglige samarbeid med pasienten, er nøkkelen til god omsorg. Metodeboken retter seg mot helsepersonell og deres nærmeste ledere, men kan også gis til pårørende som er interessert.



BERGEN KOMMUNE

2. utgave 2020

Forord

Hver dag ytes det mye god demensomsorg i Bergen kommune sine sykehjem. Fagdekningen er relativ høy og mange har aktuell videreutdanning, men dette må jobbes kontinuerlig med. Bergen kommune satser på demensomsorgens ABC som opplæringsmodell i demensomsorgen og VIPS-praksismodell samt Marte meo videoveiledning som metoder for å innføre personsentrert omsorg.

Demensomsorg i sykehjem favner om ulike demensdiagnoser og individuelle behov for den enkelte beboer. Personsentrert omsorg skal være førende i tråd med Nasjonalfaglig retningslinje om demens.

Vi trenger noen anbefalinger i møte med den enkelte beboer og deres pårørende, samt verktøy for å planlegge driften i de ulike avdelingene. Verktøy viser til hjelpemidler eller teknikker som kan hjelpe. 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. Muligheter som ligger i sykehjemmets pasientalarmsystem kommer i egen metodebok og er ikke berørt i her.

Metodeboken samler kunnskap og metoder for demensomsorgen i sykehjem. Den er et resultat av direktør i Etat for sykehjem sitt ønske om å styrke demensomsorgen i Bergenssykehjemmene. Metodeboken bygger på anbefalinger om miljøbehandling fra helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste aldring og helse.

Demensplan 2025 er i utvikling og Nasjonal faglig retningslinje om demens oppdatert januar 2020 gir tydelige føringer for demensomsorgen i Norge i dag.

Anita Krokeide

Leder
Kompetansesenter for demens

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	5
1.0 Demens	6
1.1 Definisjon.....	6
1.2 Vanligste årsaker til demens	7
1.3 Å leve med demens	7
2.0 Innføre personsentrert omsorg	8
2.1 Kvalitetsforbedring og nivå	8
2.2 Forebygge og dempe.....	10
2.3 Korttidsplasser i sykehjem.....	11
2.3.1 Rullerende korttidsopphold	12
2.3.2 Utredningsopphold.....	12
3.0 Miljøbehandling	12
3.1 Rammebetingelser	14
3.1.1 Normal aldring.....	14
3.1.2 Lydmiljø	15
3.1.3 Søvnforstyrrelser	16
3.1.4 Smerter.....	16
3.1.5 Personlighet.....	16
3.2 Psykologiske behov	18
3.2.1 Støtte og struktur	18
3.3 Å være i rytme	20
3.4 Tips om aktiviteter.....	20
3.5 Musikkbasert miljøbehandling.....	20
3.5.1 Mal for musikkstund.....	21
3.5.2 Musikken for meg.....	21
4.0 Metoder	22
4.1 VIPS fagmøte	22
4.2 TID.....	23
4.3 Marte Meo	23
4.4 Dementia Care Mapping	23
5.0 Pårørende	24
5.1 Nærmeste pårørende.....	24
5.2 Forutsigbar dialog.....	24
5.2.1 Råd fra pårørende	24
5.2.2 Informasjon	25
5.2.3 Ethiske dilemma	25

5.3	Vergemål i sykehjem	26
6.0	Behandling av APSD	26
6.1	Legemidler	28
6.2	Miljøbehandling.....	28
6.2.1	Atferd som kommunikasjon	28
6.2.2	Agitasjon	29
6.2.3	Vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkning	30
6.2.4	Manglende impulskontroll og hemninger	31
6.2.5	Kartleggingsskjema.....	31
6.2.6	Tips for praksis.....	33
6.2.7	Prosedyrer og retningslinjer	33
6.3	Beskyttelsestiltak og nødverge.....	34
6.4	Tvang	34
6.4.1	Grensen mellom frivillighet og tvang	35
6.4.2	Tillitsskapende tiltak kan gjøre tvang unødvendig	35
6.4.3	Vilkår	37
6.4.4	Vedtak.....	38
6.4.5	Samtykkekompetanse	38
7.0	Ledelse og veiledning	39
7.1	Krav til kompetanse.....	39
7.2	Organisasjonskultur.....	40
7.3	Ansatte og håndtering av stress	40
7.4	Vold, trusler og uheldige belastninger	41
7.5	Uønsket hendelse	42
7.6	Veiledning og henvisning.....	42
7.6.1	Kompetansesenter for demens	42
7.6.2	Bedriftshelsetjenesten	43
7.6.3	Forsterket skjermet avdeling.....	43
7.6.4	Spesialisthelsetjenesten	43
	Referanser	45

Forfattere:

Irene Mjanger, Anita Krokeide, Trond Eirik Bergflødt (red.)

Ansvarlig for revisjon:

Etat for sykehjem/ Kompetansesenter for demens

Om metodeboken

Det er laget vedlegg med tips om aktiviteter, kommunikasjon og mal for musikkstund. Disse kan skrives ut og lamineres om ønskelig.

Ressurser

- Noen delkapitler koples til andre ressurser som er markert med en ramme.

Oversikt over vedlegg finner du i kapittel 6.2.5-7

- Kartleggingsskjema
- Tips til helsepersonell og pårørende
- Interne prosedyrer og retningslinjer for utfordrende atferd, tvang, HMS

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.

I første kapittel finner du definisjon, forekomst og vanligste årsaker til demens. Kapittel 2 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.

Miljøbehandling defineres i kapittel 3, til det som tilrettelegger og bidrar til økt mestring for pasienten. Forutsetninger for å kunne drive god miljøbehandling beskrives i rammebetingelser som for eksempel demenssykdommen, lydmiljø og normal aldring. Metoder for innføring av ønsket miljøbehandling som bygger på personsentrert omsorg beskrives i kapittel 4, VIPS-fagmøte, Marte Meo og Dementia Care Mapping.

I kapittel 5 er temaet brukermedvirkning. Samarbeid med pårørende, vergemål og vurdering av samtykkekompetanse er sentralt. Temaene er relevant for å styrke brukermedvirkning når personen med demens ikke lenger kan ivareta egne interesser. De fleste med demens får utfordrende atferd som er beskrevet i kapittel 6. Dette kapittelet tar for seg metoder for å håndtere dette. Tillitsskapende tiltak, vilkår, vedtak og samtykkekompetanse 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 arbeid med å ta nødvendig initiativ, formidle informasjon, involvere medarbeiderne, ta beslutninger, legge til rette for gjennomføring og følge opp det som er besluttet. Herunder veiledningsmuligheter og henvisninger til kompetansesenter for demens. Til slutt vises det til veileder for henvisning til spesialisthelsetjenesten i delkapittel 7.5.2.

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

1.0 Demens

Over 80 % av dem som bor fast på sykehjem har en demenssykdom. Ved å bruke data fra studier i andre europeiske land, har Alzheimer Europe kommet fram til at forekomsten av demens i Norge var i underkant av 80 000 personer i 2013. Det er sannsynligvis over 4000 personer under 65 år som har demens i Norge. Pålitelige forekomsttall for Norge kommer i løpet av 2020 når resultater fra en norsk forekomststudie publiseres (1).

1.1 Definisjon

Demens er ikke en sykdom, men et sekkebegrep med flere symptomer – et syndrom. Syndromet kan beskrives på ulike måter, og Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer demens der seks betingelser (ICD-10) må være oppfylt (1):

- **Hukommelsen** må være betydelig dårligere enn hva den var tidligere i livet, og spesielt gjelder dette hukommelsen for informasjon og egenopplevde hendelser i nær fortid. Unntak kan være sjeldnere demenssykdommer, slik som frontotemporal demens, der hukommelsessvikt sjelden er fremtredende i tidlige stadier av demenssykdommen
- **Minst én annen kognitiv funksjon**, for eksempel orienteringsevne i tid eller sted, språklig kommunikasjonsevne, logisk resonneringsevne, planleggingsevne og/eller vurderingsevne må være redusert sammenlignet med tidligere
- Hukommelsen og den øvrige intellektuelle svikten må være så redusert at man **ikke lenger klarer** å fungere i vante omgivelser og utføre **dagligdagse oppgaver** slik man gjorde tidligere
- Atferden, eller **væremåten, må være forandret**. Man kan for eksempel bli mer passiv, tiltaksløs, irritert, bli fortere sint eller bli mistenksom for å nevne noen typiske atferdsendringer
- For å kunne skille demenssyndromet fra delirium, som er et annet syndrom som kan oppstå raskt i forbindelse med en alvorlig somatisk sykdom eller legemiddelpåvirkning, må symptomene beskrevet under 1-4 ha **vedvart over tid i minst 6 måneder**
- I ICD-10 er det også lagt vekt på at pasienten må ha **normal bevissthet** for at demensbegrepet skal kunne anvendes. Denne betingelsen er nok ikke alltid til stede ved alvorlig grad av demens.

Ressurser

- «[Metodebok for sykehjemsleger](#)» for Bergen kommune og kapittel om «Kognitiv svikt...»

1.2 Vanligste årsaker til demens

Alzheimers sykdom er den vanligste (60-70 %) årsak til demenstilstandene. Hjerne- og karsykdommer som hjerneblødning og hjerneslag er de nest vanligste (20-25 %). Trolig er demens med Lewy-legemer og frontallapps-demens den tredje og fjerde hyppigste årsak (2).

Årsak og forekomst 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, 20-25 %	Demens pga. sirkulasjonsforstyrrelser i hjernen: Etter ett eller flere store hjerneslag, ved multi-infarkt demens og/eller demens pga. generelt nedsatt sirkulasjon. Ofte trinnavis forverring, tids- og stedsorientering bevares lenger og psykomotorisk treghet og fokalnevrologiske utfall kan være mer fremtredende enn ved andre demensformer.
Demens med lewy-legemer, 10-15 %	Kjennetegnes av fluktuerende kognitiv svikt, livlige hallusinasjoner, parkinsonisme, autonome forstyrrelser (svingende blodtrykk, synkopetendens) og uttalt overfølsomhet for antipsykotika. Hukommelse er ofte bevart, kan være vanskelig å skille fra parkinsondemens
Frontallapps-demens 5 %	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.
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.

Tabell 1: De hyppigste demenssykdommene kjennetegn (3) og hyppighet i prosent (1).

1.3 Å leve med demens

Vårt selvbilde er et speilbilde av de forventninger og holdninger vi har opplevd og opplever fra våre omgivelser. Når en person utvikler demens, kan selvbildet forandres. Det skjer en forskyvning i samhandlingen med andre – fra jevnbyrdige forhold til å bli oppfattet som skrøpelig og hjelpetrequende. Det å oppleve svikt i samvær med andre, føle forlegenhet og bli skamfull over egen svikt, kan være meget uttalt. Det kan oppleves å bli avkledd mentalt. Å mislykkes i oppgaver en burde klart uten vansker, kan føles svært vondt (2). Gode øyeblikk i samvær med andre, opplevelse av mestring og å være til nytte ut fra sine forutsetninger gir bedre selvfølelse.

Det som ofte går igjen i forskningsstudier av personer med demens, er deres beskrivelser av å miste muligheten, evnen eller retten til å bestemme over seg selv. Videre beskriver de ofte mangelen på kontroll over egen kropp og tilværelse og at de mister kontakten med omgivelsene og andre mennesker. Personer med demens forteller om hvordan det er å føle seg annerledes og ikke lenger være normale i egne eller andres øyne. Noen gir uttrykk for at det å ha demens er stigmatiserende, at de føler seg dumme eller som barn, og at de blir flaue over seg selv. De forteller om symptomer som utvikler seg uforutsigbart, og at de derfor er engstelige for framtiden (4).

2.0 Innføre personsentrert omsorg

I personsentrert omsorg er målet å møte pasienten som en unik person og ikke som et sykdomstilfelle. Ved å søke å forstå atferd som kommunikasjon skal agitasjon, uro og apati kunne forebygges og behandles (2). Det er et mål at demensomsorgen i sykehjemmene skal være personsentrert (5; 1). Metodebok for demens i sykehjem håper å være et verktøy for sykehjemmenes plikt til å planlegge, gjennomføre og evaluere demensomsorgen (6; 7).

Det eksisterer ulike metoder for innføring av personsentrert omsorg, og det er behov for retningslinjer for hvordan å jobbe med dette over tid i hver enkelt sykehjemsavdeling. Metodene er VIPS-praksismodell, TID-veiledning, Marte meo og Dementia care mapping som er beskrevet i kapittel 4. Denne metodeboken gir retning for dette arbeidet. Det er først og fremst VIPS-fagmøte sykehjemsavdelingene skal innføre og gjennomføre. De andre tre metodene anvender Kompetansesenter for demens i veiledning til sykehjemmene.

Personsentrert omsorg gir positive utslag på observert livskvalitet hos pasient, mindre forekomst av utfordrende atferd og redusert bruk av antipsykotiske legemidler. Disse funnene forutsetter at personalet blir trent i å tolke agitert atferd, lærer teknikker for kommunikasjons tilpasset pasientens grad av demens, trenes i problemløsningsteknikker for å identifisere behov og løsninger og tilrettelegger rammebetingelser (8; 2). Personsentrert tilnærming er [kunnskapsbasert](#) og kostnadseffektivt (9).

[Demensomsorgens ABC](#) gir nødvendig og oppdatert kunnskap om demens og miljøbehandling. Det er en nasjonal satsning som anbefales.

Ressurser

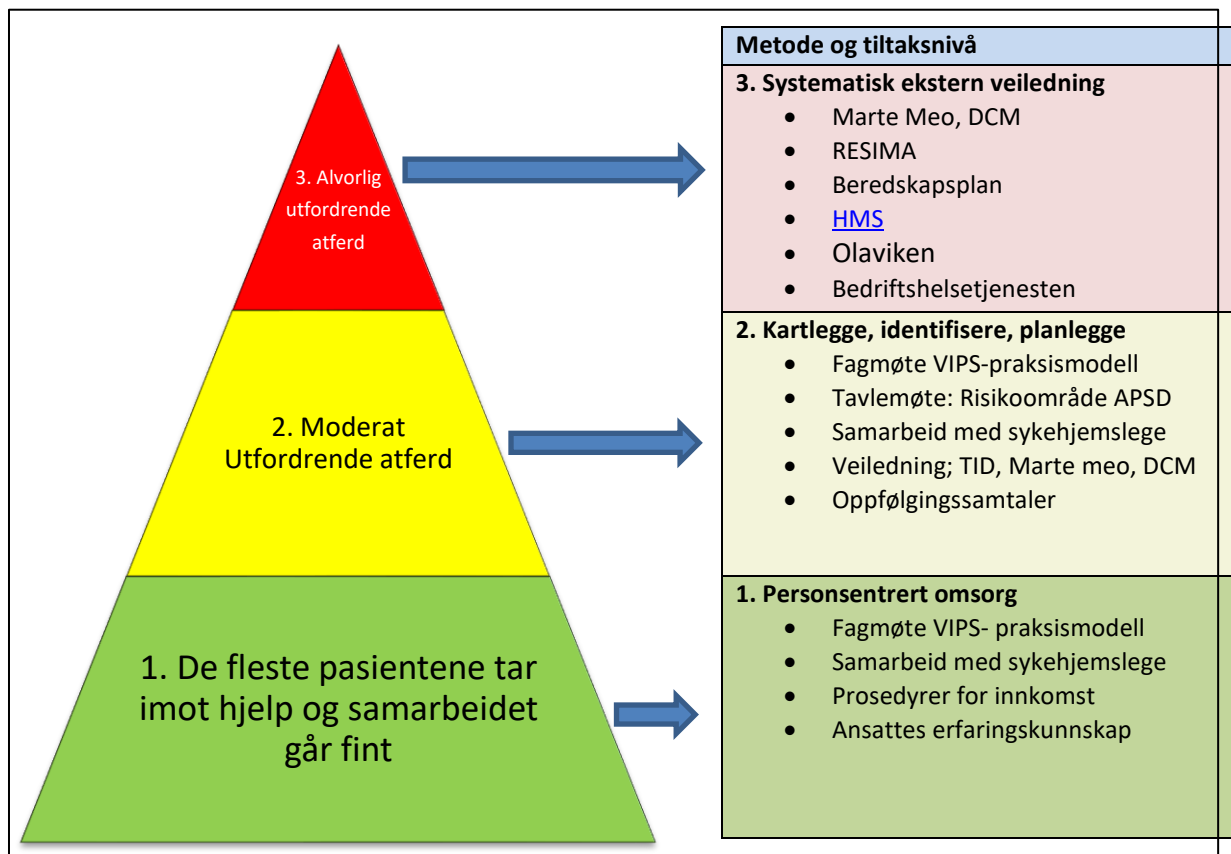
- Allmenningen [fagtema i helse og omsorg → demens](#)
- [Demensomsorgens ABC](#)

2.1 Kvalitetsforbedring og nivå

I løpet av dagen går det vanligvis greit å samhandle med beboerne, og det meste av demensomsorgen går uten store utfordringer. Andre ganger har personer med demens en utfordrende atferd der personalet opplever at gjennomførte tiltak har lite eller ingen effekt. Atferden forblir utfordrende for beboeren, andre beboere, pårørende og personalet og personalet må endre måten å jobbe på for å imøtekomme pasientens behov. Atferden må undersøkes fordi behovene til pasienten har blitt mer komplisert og vi ser at erfaringskunnskap alene ikke lenger imøtekommer pasientens behov.

På grunn av ulik kompleksitet i pasientenes behov trenger vi ulike former/ nivå for miljøbehandling, som vist i figur 1. Pyramiden i figur 1 illustrerer tre nivå, som hver har sin metodikk og grad av kompleksitet i pasientbehovet. Jo høyere opp i pyramiden jo mer sammensatt er problemstillingen. Den firkantede boksen «Metode og tiltaksnivå» til høyre i figur 1 illustrerer hvilken arbeidsmetodikk som hører til de ulike nivåene. Personalet kan arbeide på 3 nivå i miljøbehandlingen for å imøtekomme ulike pasientbehov.

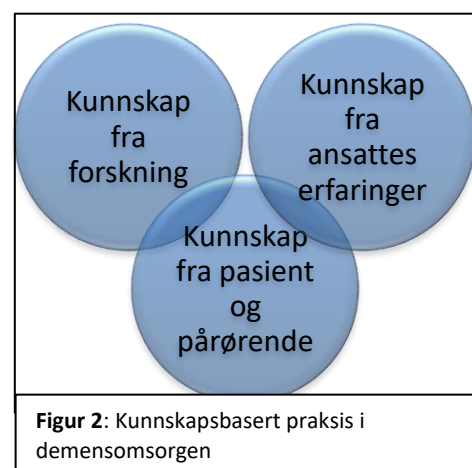
1. I **nivå 1** samtykker beboeren (stilltiende) eller blir med etter håndveiledning og verbal motivering. Ansatte mestrer samhandlingen godt. Enkel planlegging, organisering og gjennomføring er tilstrekkelig. Spontant bruk av egne erfaringer gir god kvalitet.
2. I **nivå 2** når vi ikke frem med tiltak kun fra nivå 1. Det er behov for å kartlegge, jobbe mer med å identifisere behov, utarbeide tiltak for å dekke behovene som er identifisert, og evaluere tiltak. Tiltak utarbeides i egne VIPS-fagmøter og ekstern veiledning.
3. I **nivå 3** er pasientens behov enda mer sammensatt. Det er behov for utvidede tiltak som spesielt bygger på nivå 2 for å støtte personal, pasient og kanskje andre beboere på sykehjemmet. Samarbeidspartnere blir nødvendig.



Figur 1: Pyramidens nivåer illustrerer kompleksiteten i pasientens behov. Boksen metode og tiltak kjennetegnes med egne metoder for å skape tilnærminger og tiltak som kan imøtekomme pasientens behov.

Demensomsorgen i Bergen kommune skal være [kunnskapsbasert](#). Det betyr at den bygger på forskningskunnskap/ fagkunnskap, pasientkunnskap og ansattes erfaringer som illustrert i figur 2. I figur 1 sine nivå 2 og 3 trengs alle disse tre kunnskapskildene for å finne gode måter å imøtekomme pasientens behov på.

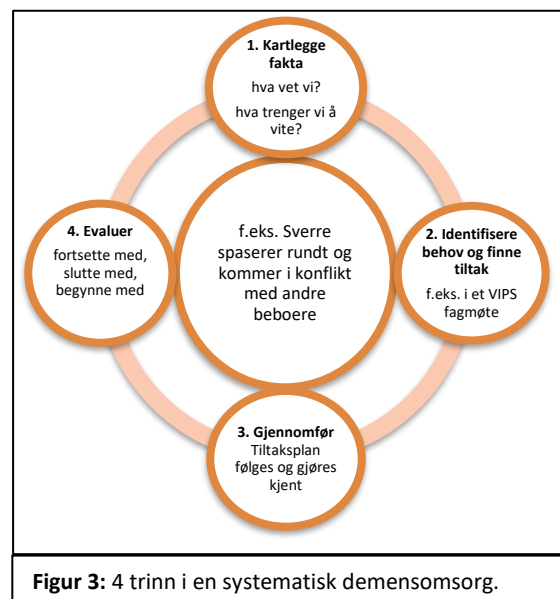
Kognitivt funksjonstap fører til at pasienten ikke lenger kan formidle egne behov som før. Når pasienten ikke lenger forteller om smerter eller sult, må helsepersonellet identifisere behovet og gjøre noe



med det. Systematikk ved bruk av metoder for nivå 2 og 3 vist i figur 1 er en måte å håndtere dette på.

En systematisk tilnærming i demensomsorgen benytter seg av sykepleieprosessen illustrert i figur 3. Sykepleieprosessen er en metode for å finne hensiktsmessige måter å imøtekomme pasientens behov på. I figur 1, nivå 1, kan vi ved hjelp av våre faglige vurderinger, erfaring og kliniske blikk, hurtig identifisere beboerens problem og finne tiltak. Den store kartleggingen som i sykepleieprosessen punkt 1 er derfor ikke nødvendig - jo enklere - jo bedre. Metodene for innføring av personsentrert omsorg bygger på sykepleieprosessen som blir kvalitetsforbedring i praksis.

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. I første fase vil en kartlegging av kunnskap og fakta bidra til å klargjøre kunnskapsgrunnlaget. Kartlegging av f.eks. atferdsmønster, somatiske belastninger, sykehistorie og personhistorie vil bidra til å sortere og avgrense problemstilling, og hjelpe til å skille mellom hva som vurderes som fakta, tolkninger og følelser. Det har betydning for hvilke behov og tiltak vi identifiserer for den enkelte pasient. Dette kan gjøres i eget VIPS-



fagmøte på sykehjemsavdelingen eller ved å invitere inn ekstern TID-veiledning fra

Kompetansesenter for demens. Det er av stor betydning at alle ansatte jobber med samme prinsipper og måter å møte pasienten på, slik at avdelingen får evaluert det som er bestemt i VIPS-møtet.

Eksempel:

Per går rundt i avdelingen og banker på vegger, bord og andre overflater. Han får etter hvert merkelappen «banker». Han kan noen ganger komme for nær medbeboere. De blir da irriterte og reagerer med å kjeft på Per. Per blir lei seg og kjefter tilbake. 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. Nå kan vi kanskje si «lytter du etter resonans?» og vi har større sjanse for å henvende oss til han med det pasienten er opptatt av.

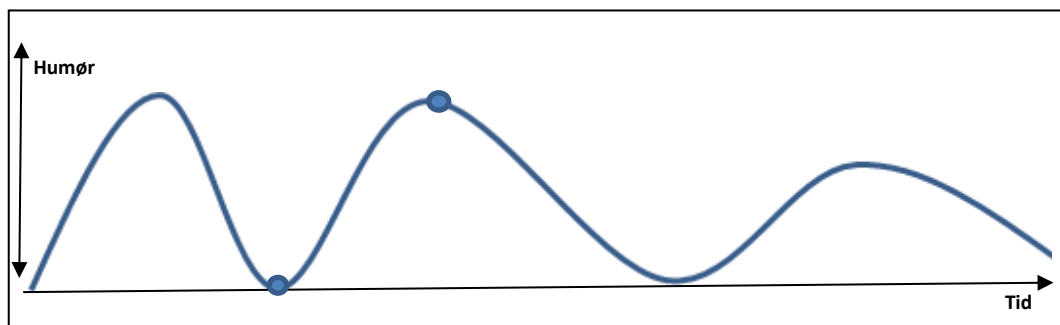
2.2 Forebygge og dempe

Erfaringsvis ser vi at tidlige tiltak kan forebygge og dempe oppstått utrygghet og angst hos pasienter. For å få det til i praksis trengs det kunnskap om pasienten som kan brukes i første

møte. Dette innhentes via beboeropplysninger via telefon eller direkteutfylling av pasient eller pårørende (10; 11).

Sverre kan for eksempel sitte og kose seg. Han har demens og er sårbar for emosjonelle svingninger som å plutselig gå fra å være blid til irritert. Sverre sitter i sengen og ser brått en flott enseter sofa foran seg og peker der sofaen står. Pleier ser en vanlig stol som hører til sykehjemmet. Sverre begynner å bli bekymret for hvor mye han skal betale for sofaen. Humøret endrer seg fra å være fornøyd og avslappet til redd og irritert -fra punkt A til B i figur 4. Med riktig kunnskap om Sverre og hans vrangforestillinger kan helsepersonellet være i stand til å dempe Sverres bekymringer som i punkt C, slik at Sverre kjenner mindre bekymring enn det som oppstod i punkt B.

Pleier Anne forsøker seg med å si at det er en vanlig stol som hører til på sykehjemmet. Sverre hører ikke etter, og er fortsatt svært bekymret for oppjøret av denne flotte enseter sofaen. Sykepleier Anne endrer strategi fra realitetsorientering til å validere Sverre sine følelser. Sykepleieren stiger inn i pasientens virkelighet og sier at hun «tror faktisk at det er en på huset her som er interessert i den stolen». Sverre er skeptisk; «er det det? Gå og sjekk!». Anne går ut av rommet og kommer straks tilbake sier «Ja, jeg har sjekket. Det er en her som vil kjøpe stolen». «Trenger jeg ikke kjøpe stolen da?» spør Sverre. «Nei». «Takk, det var godt» svarer Sverre.



Figur 4: Sverre sin angst og redsel varierer. Tidsperspektivet kan f.eks. være én time eller en dag.

2.3 Korttidsplasser i sykehjem

Det finnes ulike typer korttidsplasser i sykehjem som har navn etter oppholdets formål (12), og personer med demens er vanligvis på utredning- eller avlastningsopphold.

Ved et korttidsopphold avgrenses tidsrommet personalet har til å bli kjent med beboeren sammenlignet med langtidsopphold. Bakgrunnsopplysninger må være tilgjengelig når pasienten er kommet til avdelingen, slik at den personsentrerte miljøbehandlingen kan starte. Dersom bakgrunnsopplysninger ikke er på plass ved innkomst kan pårørende ringes for å innhente dette muntlig.

Erfaring viser at det viktigste å få på plass raskt er pasientens yrke, relevante interesser, tema som pasienten er opptatt av akkurat nå (gjentakende vrangforestillinger, bekymringer, gleder etc), hvordan personligheten var før demenssykdommen og hva han/hun ikke liker og bruk av berøring. Dersom pasienten ikke har pårørende som kan kontaktes, kan pasientjournalen undersøkes grundigere eller eventuelt andre tjenester konfereres. Pasienten vil alltid kunne bidra med sin egen livshistorie i forskjellig grad. Deretter må det være en plan i avdelingen for hvordan bakgrunnsopplysningene brukes aktivt i samvær med pasienten for å styrke kommunikasjonen. En plan for hvordan denne kunnskapen skal deles er også av stor betydning.

2.3.1 Rullerende korttidsopphold

Når pasienten kommer tilbake til sykehjemmet i gjentakende/rullerende opphold, gir det rom for mer utstrakt samarbeid med pårørende og pasient sammenlignet med ett korttidsopphold. Rullerende korttidsopphold har ofte en avlastningsfunksjon for pårørende. Det kan være nyttig å avklare hvordan samarbeidet skal være med pårørende i den perioden pasienten er på opphold. Pårørende kan trenge ekstra støtte og anerkjennelse for innsatsen deres. Spør gjerne pårørende om:

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

Det kan være utgangspunkt for samtale rundt forventninger, opplevelse av trygghet, rutiner på avdelingen etc. Se også kapittel 5 om «Pårørendesamarbeid».

2.3.2 Utredningsopphold

Som hovedregel anbefales det ikke å tilby demensutredning til personer som er på korttidsopphold, spesielt ikke dersom oppholdet følger etter en akutt innleggelse i sykehus. Basal demensutredning bør først vurderes når personens tilstand er stabilisert og vedkommende kommet hjem. Sykehjemslegen bør, i aktuelle tilfeller, informere personens fastlege om at personens kognitive tilstand bør følges opp etter utskrivning fra sykehjemmet. Unntak fra denne hovedregelen er opphold ved korttidsavdelinger der hensikten er å gjennomføre observasjon og utredning av kognitiv svikt/demens.

Utredning hjemme

Ved mistanke om demenstilstand som ikke er utredet ved utreise kan fastlege og/eller Hukommelsesteam kontaktes. Hukommelsesteam kan bistå fastlege med kartlegging i et hjemmebesøk.

Ressurser

- Gjeldende rutine for innkost etter vedtak langtidsopphold og korttidsopphold
- Koordinator for Hukommelsesteam: [Hilde Iden](#), 53 03 29 78 / 99
 - Postmottak demens@bergen.kommune.no

3.0 Miljøbehandling

I denne metodeboken bruker vi begrepet miljøbehandling om aktiviteter som har et definert mål om å forebygge, forbedre eller opprettholde funksjon. Det er altså ikke aktiviteten i seg selv som defineres som miljøbehandling, men hensikten og målet med den. Det handler om å tilrettelegge det fysiske og sosiale miljøet slik at personen med demens kan bruke sine ressurser. Miljøbehandling kan også bidra til å forebygge symptomer ved demens (13). Noen ganger er det nødvendig å behandle symptomer med legemidler, men tilnærminger uten medisiner er den viktigste behandlingen for personer med demens (3). Vi kan for eksempel forebygge og lindre angst og utrygghet med et samvær som oppleves trygt. Da lindrer vi angst med innholdet i samværet vårt, uten bivirkninger fra psykofarmaka. Alle muligheter innen miljøbehandling må utforskes før legemidler anvendes.

Miljøbehandling bør bygge på personsentrert omsorg. Det vil si at tiltak velges ut fra personens behov. Behovene kan knyttes til vurderinger av hjerneorganiske forandringer, funksjonsstøttende kommunikasjon, livshistorien, personlighet og sosiale stimuli.

Miljøbehandlingen kan skje både som individuelle tiltak og gruppetiltak. Eksempler på slik behandling kan være (13):

- Én-til-en omsorg og hjelp til ADL-funksjoner
- Å tilpasse kommunikasjonen; f.eks. ta hensyn til at personen trenger lang tid til å oppfatte og svare på tiltale
- Musikkbaserte tiltak
- Å tilpasse fysiske miljøer; merking, skilting, og oversiktlige rom
- Å tilpasse sosiale miljøer; ha stuevert som passer på å inkludere de som er til stede i samtale
- Aktivitetsrettede tiltak, for eksempel fysisk aktivitet, stelle i hagen
- Forebygging og behandling av delirium

Det motsatte av miljøbehandling er mangelfull eller utilstrekkelig miljøbehandling og kan ifølge Kitwood (5) gjøre pasienten motløs og desorientert, forvirret, irritert eller urolig. Miljøbehandling som ikke møter beboerens 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.

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

Eksempelet over illustrerer miljøbehandling med kontaktetablering, trinnvis tilnærming, dosering av ord, visuell og taktil håndveiledning (kroppsspråk).

Det kan også være bordkort ved måltidet, sang og musikk, identitetsstyrkende små samtaler eller planlagte kunnskapsbaserte utsagn fra personalet for å skape tilhørighet og således dempe beboers ønske om å forlate sykehjemmet senere på dagen.

Olga virker usikker når pleier Anne inviterer til frokost. Pleier Anne tilpasser kommunikasjonen med tydelig kroppsspråk, doserer ned ordbruken sin og ønsker henne velkommen ved å vise henne bordplassen med hendene sine. Olga setter seg på stolen.

Miljøbehandling kan også brukes i gruppe. Den tilpasses for å bli mest mulig meningsfull for hele gruppen, som for eksempel en musikkgruppe med noenlunde like musikkpreferanser – popmusikk fra 60-tallet. 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. Aktiviteter som pasienten ikke lenger mestrer, må justeres for å hindre at miljøbehandlingen blir dysfunksjonell.

3.1 Rammebetingelser

I noen tilfeller vil endring av uohensiktsmessige forhold i rammebetingelser forebygge utfordrende atferd gjennom deltakelse, mestring og samarbeid (18). For å få til en god og sammenhengende miljøbehandling er det relevant å ta stilling til flere faktorer som påvirker hverandre. God miljøbehandling krever ulike former for kunnskap om personalressurser, fysiske omgivelser og organisering i avdelingen. Faktorene er oppsummert i tabell 2. I delkapittel 3.1.1-5 går vi dypere i hvordan rammebetingelsene normal aldring, lyd/miljø, søvnforstyrrelser, smerter og personlighet påvirker miljøbehandling.

Personen med demens

Grad av demens, generell helse, livshistorie, personlighet, mestringsstil, familie, vaner, sinnsstemning, smerter, ubehag, medisinbruk, sult, tørste etc.

→ hvilke konsekvenser har kunnskapen i møte med pasienten?

Personalressurser

Kompetanse, holdninger, pleiekultur, antall personal på jobb

→ er vi enige om pasientens behov og veien til målet?

Fysiske omgivelser

Fysisk utforming av boligen, estetisk uttrykk, bruk av farger, merking, hjelpemidler, belysning, romtemperatur, beliggenhet av pasientrom, skillevegg, lyd/støy etc.

→ hva er mulig å forandre på?

Organisering

Systematisk bruk av tiltaksplaner, VIPS-praksismodell med fagmøte, Marte meo, Dementia Care Mapping, bakgrunnsopplysninger, livshistorie, måltider, aktiviteter etc.

→ har vi skriftliggjort kunnskapen, deler vi aktivt og evaluerer vi det vi gjør?

Tabell 2: Faktorer som påvirker pasientens atferd.

Dersom Sverre har smerter ved bevegelse og får høre ord han ikke forstår betydningen av, kommer kanskje ikke budskapet frem selv om vi har tilpasset tempo, er vennlig i toneleiet med smilende ansikt. Sverre klarer ikke forholde seg til pleier på grunn av smertene. Sverre sier nei når vi spør om han har smerter. Cirka 60 % av sykehjemspasienter med demens har smerter (14), og tilstrekkelig smertelindring med Paracetamol kan gjøre daglige aktiviteter som toalettbesøk og morgenstell enklere for pasienten (15).

Det å ta bort eller dempe ubehag, å lindre smerter, dekke sult og tørste kan være noen forutsetninger for at Sverre vil være med på morgenstell. Noen ganger er det like viktig å finne ut om Sverre trenger litt mer tid til å våkne eller summe seg før vi går i gang med morgenstell. Å se etter tegn på når pasienten er mottakelig for hjelp er nyttig å journalføre.

3.1.1 Normal aldring

Normal aldring påvirker den generelle helsen på grunn av mange endringer i kroppen (16). Alt er ikke forårsaket av demens. Vi kan kvalitetssikre tiltakene slik at de er i takt med hva en eldre person generelt har behov for:

- Fordi syn og hørsel svekkes, kan pasienten få problemer med å følge med i samtaler, og det blir vanskeligere å være sammen med mange på en gang
- Pasienten reagerer langsommere og får nedsatt balanse
- Tarmperistaltikken blir tregere, og pasienten trenger mat som gjør avføringen mykere. Vannlatingsplager er hyppig hos begge kjønn
- Blodtrykksreguleringen svekkes, noe som kan føre til at pasienten blir svimmel når en reiser seg opp fra en stol, og beboer kan falle
- Huden blir tørrere, og pasienten får nedsatt følelse i hender og føtter. Temperaturreguleringen blir dårligere, det betyr at beboeren kan ha infeksjon uten feber, og at du fryser lettere
- Nervesystemet svekkes, og dette betyr at en eldre person kan ha hjerteinfarkt uten å ha vondt
- Lukt og smaksans kan svekkes, noe som kan føre til nedsatt appetitt og dårligere ernæring
- I leveren omdannes medisiner langsommere, noe legen tar hensyn til ved dosering av medisiner

3.1.2 Lydmiljø

Lydmiljø på sykehjem består av lydsignaler beboere, ansatte og pårørende blir utsatt for i løpet av dagen. Hjernen vår blir mer og mer sårbar med alderen, og tåler mindre stimuli, fordi vi mister hårceller i det indre øret. Dette er celler som skal beskytte oss mot støy. Personer med demens taper i tillegg evnen til å tolke, sette sammen sanseinntrykk og gjøre dem forståelige. Det gjør at sanseinntrykkene oppfattes lettere som støy nå enn før. Støyfølsomheten øker også ved stress, slitenhet og situasjoner som oppleves truende. Vi kan i stor grad bestemme vårt eget lydmiljø. Det kan ikke alltid pasientene og de kan oppleve seg «fanget i et lydmiljø». Lydmiljøet må derfor bli gjort så forståelige som mulig for pasienten (17).

Lyd kan brukes for å engasjere som ved aktiv bruk av preferansemusikk. Stillhet eller aktiv fjerning av unødvendige lyder kan skape et mer forståelig lydmiljø. Ofte er det mange flere lyder i en sykehjemsavdeling enn vi er klar over, og lydmiljøet må ses i pasientens perspektiv:

Marta kommer gående inn i stua. Hun blir redd og begynner å gå hurtig hit og dit. Oppvaskmaskinen durer 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.

Vi må finne ut så mye vi kan om hvilke lyder som oppleves som gode, hvilke lyder som skader, og hva som utgjør meningsfull sansestimulering. Vi kan lukke øynene, men ikke ørene (17). Overstimulering kan skje som konsekvens av å bli utsatt for summen av alle lydene i avdelingen.

Over 50 % av de som er rundt 75 år har nedsatt hørsel. Antallene er stigende ved økende alder, og cirka 90 % av de over 80 år har hørselsproblemer (18). Høyere volum er ikke nødvendigvis bedre for dem som hører dårlig og har høreapparat på. Det er nyttig å fjerne unødvendige lyder, for at lydene fra fjernsynet skal tre frem. I høresimulatoren under kan du simulere hvordan hørselstap kan oppleves, og hvordan lyden oppleves med og uten høreapparat og bakgrunnsstøy.

Ressurser

- [Høreapparatsimulator](#)
- [Stemme med bakgrunnsstøy og hørselstap](#)

3.1.3 Søvnforstyrrelser

Forskning viser at søvnen og døgnrytmekurven endrer seg med økende alder – samlet sett kan kroppen bli dårligere regulert for søvn om natten og aktivitet om dagen. Den dype restituerende søvnen reduseres, og for eldre over 90 år kan den dype søvnen være nærmest fraværende. Bortfall av dyp søvn blir erstattet av lettere søvn som kan medføre at eldre våkner opp lettere om natten. Det gir mer avbrutt søvn og lengre våkenhetsperioder. Noen av endringene kan skyldes nedsatt syn og uklar linse, og øyesykdommer kan også føre til at mindre lys når frem til døgnrytmeregulerende hjerneområder (19).

Søvnforstyrrelser er til stede hos opptil 40 prosent av personer med demens. Nevrontap fører til nedsatt produksjon av melatonin som kan påvirke innsovning og gi oppvåkninger og trøtthet på dagtid. Vi har lite kunnskap om tiltak som kan hjelpe for søvnforstyrrelser. Det er best grunnlag for å anbefale aktivisering på dagtid, og individuelt tilpasset lysbehandling i tillegg til utredning av smerter og somatisk sykdom (2).

3.1.4 Smerter

Omtrent 60 prosent av sykehjemspasienter med demens har smerter (14). Årsakene kan stamme fra muskel- og skjelettplager som osteoporose, artrose, brudd, kreft, nervesmerter eller sår. Smerter fra ledd og nevrologiske smerter øker jo eldre pasienten blir, generell kronisk smerte stabiliserer seg, mens migrene og magesmerter avtar hos de eldste. Mangelfull behandling kan gi økning av atferdsproblemer, depresjon, apati, søvnforstyrrelser, reduksjon av livskvalitet, ernæring og sosiale aktiviteter (20).

Hovedutfordringen er at typisk smerteatferd kan ligne på demensatferd (21). Smerte er en opplevelse og en opplevelse er knyttet til den personen som opplever den, og selvrapportering fra pasienten er gullstandard (20). Personer med mild demens kan som regel gi beskjed, men ved moderat eller alvorlig demens er det vanskelig å beskrive sine plager (21).

Ved kartlegging av smerte for personer med demens skal vi

1. først få oversikt over kjente årsaker til smerte i pasientens sykehistorie
2. deretter bruke smertevurderingsteknikker (20). Helsepersonellet observerer typiske smertetegn for å sikre nødvendig smertebehandling (21).
 - Forandringer i ansiktet; øyebryn, øyne, munn og kinn
 - Smertelyder, f.eks. au! stønning, roping
 - Forandringer i bevegelsesmønster som f.eks. haltende gange
 - Avvergereaksjoner som agitasjon og uro
3. Dersom du ikke kommer i mål brukes MOBID-2 for å kartlegge smertens lokasjon og intensitet (20).

3.1.5 Personlighet

Personlighet kan forklares som et mønster av kjennetegn som skiller et menneske fra et annet, og som gjør oss forskjellige i tankegang, reaksjoner og atferd. I beskrivelsen av menneskers personlighet brukes ofte fem dimensjoner: nervøsitet, utadvendthet, åpenhet for nye erfaringer, medgjørighet og planmessighet (22).

Det blir ofte hevdet at demens innebærer endring i personens personlighet fordi vedkommende endrer atferd. Endret atferd er imidlertid ikke det samme som endret personlighet. Atferdsendringen kan også være et uttrykk for et personlighetstrekk som kommer tydeligere fram i en endret livssituasjon. Slike personlighetstrekk innebærer at vi

reagerer ulikt på utvikling av demenssykdom. For å skaffe oss oversikt over personens personlighet kan vi hente inn informasjon om disse fem dimensjonene. Nedenfor gir vi en kort gjennomgang av de ulike dimensjonene (22).

Nervøsitet

I hvilken grad er/har personen vært trygg og komfortabel versus sensitiv og nervøs i hverdags situasjoner? En person med høy grad av sensitivitet og nervøsitet vil naturlig nok lettere bli opprørt, urolig og engstelig over det som skjer i omgivelsene, enn en person med høy grad av trygghet. En person med høy grad av sensitivitet var gjerne utrygg allerede som barn og har bevart dette personlighetstrekket gjennom ungdommen og voksenlivet. Ved utvikling av demens vil en sensitiv og nervøs person ha behov for ekstra trygging og omtanke. Personalet må ofte være i forkant av situasjoner som kan skape angst, for å forebygge uro (22).

Utadvendthet

I hvilken grad er/har personen vært utadvendt og energisk versus sky og tilbaketrukket? En person med høy grad av utadvendthet framstår ofte som energisk, åpen og selvsikker, mens en innadvendt person vil være sky og reservert. Den utadvendte vil være komfortabel i sosiale sammenhenger, mens den innadvendte vil prøve å unngå sosial kontakt. Kjennskap til grad av utadvendthet og velvære i sosiale sammenhenger er viktig når man skal etablere en relasjon til personen – ikke minst med tanke på i hvilken grad man skal legge til rette for og stimulere til sosial kontakt med andre. En sky og reservert person vil trolig ha det bedre med én-til-én-kontakt (22).

Åpenhet for nye erfaringer

I hvilken grad er/har personen vært åpen for nye erfaringer versus forsiktig og trygghetssøkende? En person som er åpen for nye erfaringer, framstår gjerne som fordomsfri og har stor grad av nysgjerrighet, oppfinnsomhet og fantasi. En mer forsiktig person vil derimot ofte være mer konservativ og søke det trygge og velkjente. Ved tilrettelegging av demensomsorg er vi opptatt av å skape forutsigbarhet, faste rutiner og trygge rammer. Dette vil nok være en god tilnærming til den forsiktige og trygghetssøkende personen og muligens også for den mer utadvendte. Det er likevel nyttig å vurdere hvorvidt de faste og gjentatte rutineene kan bli ensformige for den oppfinnsomme og nysgjerrige personen. Kan det legges til rette for mer kreative aktiviteter for å møte personens behov (22)?

Medgjørighet

I hvilken grad er/har personen vært vennlig og empatisk versus konkurranseinnstilt og utfordrende? En vennlig person beskrives som snill, sympatisk og varm, mens den konkurranseinnstilte kan virke selvstendig, selvopptatt og utfordrende. En utfordrende væremåte kan bli tolket som motvilje av personer i omgivelsene og kan føre til konfrontasjoner både i daglig omgang og når behov for hjelp dukker opp som ledd i en demensutvikling (22).

Planmessighet

I hvilken grad er/har personen vært effektiv og velorganisert versus avslappet og bekymringsløs? En effektiv og velorganisert person framstår som ansvarsbevisst,

pliktoppfyllende, velordnet og pålitelig, mens en avslappet og bekymringsløs person virker mer impulsiv, fleksibel og uforpliktet. En velorganisert person foretrekker ofte å følge en timeplan og føler seg gjerne forpliktet til å få oppgaver gjort til rett tid og på en upåklagelig måte. En person med demens og høy grad av pliktfølelse kan bli urolig over ting man føler at man skulle ha gjort, steder man skulle ha vært på, og mennesker man føler at man skulle tatt ansvar for. Vedkommende kan bli opprørt, sint og fortvilet dersom personalet ikke forstår hva denne uroen kommer av. Derfor er det viktig å forstå at atferd kan være basert på en opplevelse av å skulle ha vært et annet sted, tatt seg av en annen person eller fylt sine forpliktelser på skole, som omsorgsperson eller i jobb (22).

3.2 Psykologiske behov

Behovet for trøst, identitet, tilhørighet, inklusjon og meningsfull aktivitet er fem grunnleggende psykologiske behov som alle mennesker har (5). Personer med demens kan ha utfordringer med å dekke disse behovene på den måten de gjorde før sykdommen kom. Mange får forsterket behov for trøst på grunn av de mange tapene. Gjennom observasjon kan personalet identifisere hvilke behov som er mest aktuell for beboer, og finne hensiktsmessige tiltak knyttet til det enkelte behovet.

Mangler	Symptom kan være	Miljøbehandling kan være
Trøst	Gråter pga. sorg for ektefelle som er gått bort?	Sette seg ned med beboer, lytte, anerkjenne/bekreftede 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? «Jeg kjeder meg her»?	Finne aktivitet ut fra interesser og gi anledninger til å oppleve noe, e.l.

Tabell 3: Å trygge beboer ved å dekke grunnleggende psykologiske behov.

3.2.1 Støtte og struktur

Miljøbehandling kan bidra til å skape trygghet, støtte, struktur, forutsigbarhet, meningsfulle aktiviteter, og anerkjennelse/ validering av identitet og følelser (23). Det innebærer å identifisere og imøtekomme beboerens grunnleggende behov; fysiske, psykiske, sosiale og åndelige (12).

Å skape trygghet i miljøet er en balansegang mellom å kompensere for sviktende funksjon ved å ta en viss styring og idealet om ikke å bestemme mer enn nødvendig. Det å sikre trygghet innebærer blant annet å være oppmerksom på tilløp til uro eller irritabilitet som f.eks. kan komme fra vrangforestillinger eller feiltolkninger hos pasienten. Pleier kan gjøre forebyggende tiltak sammen med beboeren før uroen bygger seg opp, og pasienten kan få mindre opplevelse av ubehag, 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.

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

Opplevelsen av støtte bygger på relasjoner der beboeren føler omsorg og forståelse. Målet med støtten er å redusere angst gjennom trøst og bidra til opplevelse av tillit, trygghet og egenverdi. Manglende støtte i miljøet kan øke sjansen for at utfordrende atferd oppstår. Personens identitet understøttes ved f.eks. å vise aksept for beboers valg, og gjøre aktivt bruk av minner i samtale.

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 sosialt samvær. Ansatte har avgjørende betydning for etablering av meningsfull og positiv kontakt og skape bedre opplevelse av tilhørighet til den nye sykehjemsplassen. Ansatte kan vurdere hvilke beboere som har utbytte av kontakt med hverandre og hvilke temaer og aktiviteter som er av interesse (23).

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.

Realitetsorientering brukes for å hjelpe personen som glemmer, med å holde oversikt – for eksempel ved å bruke skilter og tekst for å orientere om dag, tid, person, sted og situasjon. I tillegg kan det være til støtte om familie og personale verbalt informerer om hvem de er, tid, sted og hva som skal skje – for eksempel ved gjennomføring av et stell eller måltid. Realitetsorientering bør i utgangspunktet være en generell grunnholdning overfor personer med demens. Ved fastlåste feiloppfatninger og vrangforestillinger kan det imidlertid være forbundet med konflikt å skulle realitetsorientere personer som gir uttrykk for oppfatninger som for dem oppleves som reell virkelighet. Da kan validering være mer hensiktsmessig (24).

Ved bruk av **validering** tar man utgangspunkt i den virkeligheten som pasienten eller brukeren opplever og gir uttrykk for, og ikke nødvendigvis hva omgivelsene opplever som den sanne og reelle virkeligheten. Det er personens opplevelse vi bestreber oss på å forstå og bekrefte. Vi vil søke å forstå og anerkjenne den opplevelsen og de følelsene personen har. Spørsmål som begynner med hvem, hva, hvor, når og hvordan, kan bidra til å utforske hva pasienten eller brukeren opplever og føler. Vi kan også antyde hva vi fanger opp av følelser hos personen – for eksempel om han eller hun er lei seg, sint eller glad (24). 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 holder vesken tett 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» (25).

Det finnes ingen fasit eller oppskrift på hva som er det «rette» å si og gjøre i en personsentrert tilnærming. Det er kombinasjonen av kunnskap om personen med demens, fagkunnskap og den ansattes erfaring og evne til å få dette ut i praksis som gir god samhandling.

3.3 Å være i rytme

En forutsetning for samarbeid er tillit. Ved å gjøre «mer av det som virker» vil personen oftere oppleve seg sett og bekreftet (26).

Demenssykdommen påvirker f.eks. hukommelse og abstrakt tenkning som bl.a. reduserer evnen til å starte, gjennomføre og avslutte handlinger. Ofte trengs det en positiv og tydelig ledelse i samværet, som handler om kun å informere både verbalt og med kroppsspråk. Det kan være å oppdage de små initiativene som beboer gir uttrykk for og å sikre en veksling mellom å følge initiativene og å lede personen gjennom et handlingsforløp. Det dreier seg i praksis om å være i rytme med beboeren –vente på respons og gi respons. Rytmen kan være verbal, ikke-verbal, inneholde pauser, gjentakelser av ord, lyder og speiling av bevegelser. Kommunikasjon kan defineres med «å gjøre felles» som i praksis er å opprettholde denne rytmen. En slik funksjonsstøttende kommunikasjon søker å kompensere for det «usynlige» funksjonstapet personen med demens får (26).

Ressurser

- Vedlegg A1 «Råd til pårørende - råd for kommunikasjon»
- Vedlegg A3 «Råd til helsepersonell - Funksjonsstøttende kommunikasjon»
- Vedlegg A5 «Tema for samtale reminisens»
- Oversikt over tros- og livssynssamfunn i Bergen i [Allmenningen](#)

3.4 Tips om aktiviteter

Det må kontinuerlig vurderes en balanse mellom aktivitet og hvile for pasienten. Aktivitetene må ha sitt utspring i personens funksjonsnivå, mestringsevne og interesse og justeres i varighet, innhold og hyppighet etter hvert som demenssykdommen utvikler seg.

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. Det er tre måneder siden hun sluttet i felles musikkstund. Nå lytter hun daglig til musikk i fem minutter inne på rommet sitt sammen med en pleier.

3.5 Musikkbasert miljøbehandling

Musikkbasert miljøbehandling (MMB) er tiltak der man har musikk integrert i en helhetlig omsorg. MMB kan bestå av ulike aktiviteter som sang, musikk, rytmisk trening og dans for den enkelte eller i grupper; trim og fysisk bevegelse, pust og avspenning eller leker og spill

som for eksempel ballongleker (27). Undersøkelser har vist at når personalet bruker sang og musikk systematisk i daglige aktiviteter kan det føre til at (27):

- pasientene blir roligere og mindre utagerende
- bruk av psykofarmaka kan reduseres betydelig
- pårørende blir mer tilfredse
- sykefraværet blant de ansatte går ned
- det i noen tilfeller kan brukes mindre personalressurser i stellesituasjonen

Systematisk bruk av musikkbasert miljøbehandling med utgangspunkt i hver enkelt persons behov, kan styrke velvære, livskvalitet, trivsel og opplevelse av egenverd. Det kan også lindre symptomer som uro, depresjon, passivitet og angst (27).

3.5.1 Mal for musikkstund

Det er onsdag og frokosten er gjennomført. Avdelingen har bestemt at beboerne skal få delta i musikkgruppe hver onsdag. Personalet bistår beboerne 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 på med sang, smil og klapping. Etterpå spilles det noen låter fra en Elvis-CD. Pleier Bente leder an en «sittende marsj», sammen med noen gode armbevegelser. I siste del av musikkgruppen avslutter Anne med noen utvalgte melodier for å gi følelsen av naturlig avspenning og ro.

Praktiske tips

1. Ha musikkgruppen til faste tider, f.eks. hver onsdag kl. 11.00- 11.45.
 - a. Sitt gjerne i en sirkel.
 - b. Syng med den stemmen du har, og bruk eventuelt instrumenter. Som en variasjon kan man benytte innspilt musikk fra CD eller en musikkstrømmetjeneste for eksempel Spotify eller Tidal.
 - c. Det kan være gunstig at det ikke er flere enn 10 beboere i gruppen.
 - d. Det bør være ansatte med i musikkgruppen 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 utenat.
4. Skrive inn i dagsplanen hvem som er ansvarlig for gjennomføringen. Dette skal prioriteres på lik linje med eksempelvis medisiner og personlig hygiene.

3.5.2 Musikken for meg

Musikk egner seg godt som miljøtiltak en-til-en, eksempelvis ved morgenstell, forebygging av uro, stimulering, aktivisering og ved forflytning. Det krever en individuell plan for når og hvordan. Musikktérapeutene ved Kompetansesenter for demens har utviklet «Musikken for meg» som inneholder elementer fra det nasjonale programmet Musikkbasert miljøbehandling, og egne kliniske erfaringer.

Musikken for meg innebærer blant annet bruk av døgnregistreringsskjema, behandlingsplan (tiltaksplan), kartlegging av musikkpreferanser, bruk av individualiserte spillelister og rapportering av gjennomførte musikktiltak i journalsystemet GBD. Sentrale teknologiske hjelpemidler i Musikken for meg er nettbrett, Spotify/Tidal og høyttaler.

Ressurser

- Musikktérapeuter ved Kompetansesenter for demens:
 - Kathrine.dahle@bergen.kommune.no
 - Liv.svangstu@bergen.kommune.no
 - Gerd.torsvik@bergen.kommune.no

4.0 Metoder

Bergen kommune har valgt fire metoder for innføring av personsentrert omsorg der alle modellene bygger på sykepleieprosessen i figur 3 (28):

Metode	APSD	Veiledning ledes av
VIPS praksismodell med fagmøte	Generelt	Ansatte i avdeling
Marte Meo videoveiledning	I pasientrom f.eks. morgenstell	Utdannet Marte meo-veileder
TID-veiledning	Generelt	Kompetansesenter for demens
Dementia Care mapping	I fellesareal, observasjon	Kompetansesenter for demens

Bergen kommunes demensomsorg bygger på en personsentrert omsorg. Det betyr å ta beboerens perspektiv i planlegging, organisering og samhandling. Det høres kanskje opplagt ut, men ofte opplever personer med demens å ikke bli tatt på alvor, slik de ble før de fikk demenssykdommen (29). I dette perspektivet er det riktig å si «personer med demens», og ikke «demente» (23). 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.

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

Ressurser

- Kompetansesenter for demens
 - Kursholder i VIPS-fagmøte
 - Ekstern veiledning. Kompetansesenteret bruker TID, Marte Meo og DCM etter behov
 - Ring eller send epost
 - 53 03 29 75 / 76
 - demens@bergen.kommune.no
- Allmenningen: Fagtema i helse og omsorg → demens

4.1 VIPS fagmøte

Olga har de siste ukene begynt å motsette seg morgenstell. Mange i personalet synes de har prøvd alt, uten ønsket effekt. Personalet ser behov for å drøfte hvorfor dette skjer og hva som kan gjøres.

Bergen kommune vil bruke VIPS fagmøte (25) for å innføre personsentrert omsorg på en systematisk måte. VIPS-praksismodell (VPM) har positive resultater på agitasjon, psykose og generelle nevropsykiatriske symptomer (30). VIPS-praksismodell bruker fagmøte for å identifisere og å finne tiltak som imøtekommer pasientens behov. Tiltak testes ut, evalueres i nytt fagmøte, og endres ved behov.

«Det kan være forunderlig hva en pleier har observert, erfart eller vet fungerer - som de andre ikke er klar over!» (29)

I fagmøtet kan ansattes erfaringskunnskap samles i en tiltaksplan. De ansatte har ofte stor kunnskap om hva som trygger og trigger pasienten. Det anvendes et rammeverk med

indikatorer i søken etter tiltak. VIPS-rammeverket består av fire hovedelementer som er personsentrert demensomsorg:

V - personens Verdi er uavhengig av alder eller kognitive ressurser
I - Individuelt tilrettelagt omsorg
P - å ta utgangspunkt i Personens Perspektiv
S - et Støttende Sosialt miljø

4.2 TID

Foreløpig er det Kompetansesenter for demens som bruker metoden, og ved behov for ekstern veiledning i sykehjemmet knyttet til et pasientkasus kan de kontaktes.

TID står for Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens. [TID](#) er spesielt utviklet for å utrede, tolke og behandle nevropsykiatriske symptomer ved demens og andre psykiske lidelser. Metoden er prøvd ut i sykehjem, og forskning viser klar signifikant og klinisk meningsfull reduksjon i agitasjon/aggresjon (31). Veiledningsmodellen kan også bidra til ansattes opplevelse av personlig og profesjonell mestring i pasientarbeidet (32).

4.3 Marte Meo

Marte Meo er anerkjent internasjonalt og bruker film som arbeidsredskap. Kommunen har egne Marte Meo-veiledere som kommer ut til sykehjemmene og Kompetansesenter for demens kan kontaktes for å få kontakt med veileder. Formålet med metoden er å forebygge behov for tvang og evaluere effekt av miljøbehandling.

Det gjøres korte filmopptak av dagligdagse samspillsituasjoner på cirka 3-5 minutter. Det kan være lett å feiltolke eller å ikke få med seg signaler som personen med demens sender ut. Filmopptak analyseres av utdannet Marte Meo-veileder. Det veiledes og tiltak journalføres og prøves ut til neste filmopptak (23).

Olga og pleier Anne filmes i morgenstell, med fokus på hva Anna har behov for i samværet.

Når veileder analyserer filmopptaket vektlegges øyeblikkene der samværet imøtekommer pasientens behov. Det jobbes frem kommunikasjon som skaper gode samspillsituasjoner.

4.4 Dementia Care Mapping

Foreløpig er det Kompetansesenter for demens som bruker metoden, og ved behov for ekstern veiledning i sykehjemmet knyttet til et pasientkasus kan de kontaktes. Metoden egner seg kanskje best for kartlegging i fellesområder.

Dementia Care Mapping (DCM) er et observasjonsverktøy for å kartlegge pasientenes grad av velvære, atferd/ aktivitet og engasjement i detalj over en periode på fire til seks timer. Observasjonene foregår i fellesrom. Den som observerer, gjør kartlegginger for hver enkelt pasient hvert femte minutt.

Tilbakemelding fra kartleggingen blir gitt i et møte der eksempler på hvordan personalet møter pasientenes grunnleggende behov drøftes, som gode eksempler på hvordan omsorgen som gis bidrar til positivt humør og engasjement hos pasienten(e). Tilbakemeldingen skal sette i gang diskusjon og stimulere til refleksjon (28).

5.0 Pårørende

Tilbudet i sykehjemmet skal utformes i samarbeid med beboeren som skal ha informasjon om sin egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen (Pabrl § 3-2). Dersom beboeren åpenbart ikke kan ivareta sine interesser på grunn av demens, forskyves informasjonsretten også til beboers *nærmeste pårørende*. Sykehjemmet skal ha systemer og rutiner som legger til rette for informasjon, samtale og dialog med pårørende (33).

5.1 Nærmeste pårørende

Avklar med pasient hvem som skal oppnevnes som nærmeste pårørende. 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 en viss rekkefølge (Pabrl §1-3 b).

Nærmeste pårørende har rett til innsikt i pasientens helsetilstand og den hjelpen som gis beboer. Det betyr at nærmeste pårørende har rett på relevant informasjon, mens andre pårørende i familien kan nektes dersom det er gode grunner til det. Dersom pasienten har andre enn nærmeste pårørende som følger opp beboer kan det gis enkel informasjon. For eksempel informasjon om beboer som er relevant for å gjennomføre best mulige besøk eller samvær med beboeren (Pabrl § 3-3).

5.2 Forutsigbar dialog

Samarbeid med pårørende bør ha en forutsigbar dialog som kjennetegnes av helsepersonell som tar initiativ til kontakt, anvender kunnskap fra pårørende, avklarer forventninger, avtaler måter å samarbeide på og skaper arenaer for samarbeid (33).

Personer med demens har i varierende grad vansker med å utrykke 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). Pårørende kan ha kunnskap om pasientens (33):

- Helsetilstand, symptomer, sykdomshistorikk
- Risiko og sårbarhet
- Funksjonsnivå, kommunikasjon, interesser og ressurser
- Familieforhold og sosialt nettverk, sosiale forhold og personlighet
- Nåværende og tidligere tjenester, effekt av behandling

5.2.1 Råd fra pårørende

Pårørende ønsker vanligvis å følge med i hvordan beboeren har det, og det er oftest pårørende som tar kontakt med personalet og ikke omvendt (1). Noen råd fra pårørende (2) til helsepersonell er:

- Snakk med pårørende om hvilke behov for hjelp pasienten har, og lytt til deres vurderinger
 - Gi pårørende beskjed om endringer i f.eks. demenssykdommen, at pasient motsetter seg

- Gi muntlig og skriftlig informasjon om sykdommen
- Inviter pårørende med på behandlingsmøter
- Gjør klare avtaler om hva pårørende skal ha ansvar for
- Legg til rette for samtalegrupper og temakvelder om demens

5.2.2 Informasjon

Informasjon bidrar til forutsigbarhet og forståelse for forhold som har med pasientens hverdag å gjøre. Pårørende generelt setter stor pris på samtaler med personalet, men er usikre på hvilke temaer de kan ta opp. Det finnes mange former for informasjon som kan være nyttig for pårørende og kan deles opp slik (34 s. 152):

Informasjon om avdelingen og tilbudet der

- aktiviteter som vurderes og kan tilbys
- arrangementer i sykehjemmet og avdelingen
- måltider, miljøbehandling, medisinsk behandling og legevisitt
- ivaretagelse av søvn

Kunnskap om hva personalet vektlegger i omsorgen

- avdelingens personsentrerte verdigrunnlag
- målsetting og eventuelle kriterier for overflytting
- avdelingens omsorgskultur og hvordan personsentrert omsorg vektlegges

Kjennskap til kontaktpersoner

- navn på primærkontakt; tilgjengelighet, hvilken kontakt kan forventes
- navn på leder ved avdelingen,
- medisinsk ansvarlig på sykehjemmet, frivillighetskoordinator, lege, ergoterapeut etc.

Kunnskap og informasjon om

- siste fase av sykdommen: hva har pasienten behov for i møte med pårørende
- vanlige reaksjoner hos pasient på overgangen fra hjem til institusjon
- vanlige reaksjoner hos pårørende ved flyttingen og i etterkant
- har sykehjemmet egen felles pårørendesamling/ møte?
- hvilke tilbud til pårørende finnes hos Kompetansesenter for demens

Det kan oppleves som en utfordring for pårørende å vite hvordan man skal tilnærme seg personer med demens. Særlig vil pasienter med alvorlig grad av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) kunne oppleves som krevende for pårørende, både praktisk og følelsesmessig (1). Det kan være nyttig å se for seg at noen pårørende er i en krevende omsorgsrolle. Sykehjems plass hjelper på sin måte, men det tar ikke nødvendigvis bort belastningsfaktorer som dårlig samvittighet og sorg (23). Mestring skapes gjennom tilgang på kunnskap, veiledning, hjelp i hverdagen, nok søvn og hvile (34).

Hvordan kan du møte pårørende som er i sorg?

5.2.3 Ethiske dilemma

Helsepersonell vil ofte stå i valgsituasjoner og dilemmaer der verdier kommer i konflikt med hverandre og der det finnes innvendinger mot alle handlingsalternativer. Eksempler på dilemmaer der pårørende er involvert (33):

- Når ulike pårørende er uenige om hva som er det beste for pasienten
- Når helsepersonellet vurderer at nærmeste pårørende ikke er en ressurs for pasienten

- Når pasient ikke vil dele informasjon med sine pårørende og pårørende er fortvilet over ikke å få informasjon
- Når helsepersonellens faglige vurderinger går på tvers av pasientens eller pårørendes vurderinger
- Når en pasient ikke vil at barna skal få informasjon eller oppfølging, mens faglige vurderinger tilsier at barnet har behov for dette
- Når ungdom mellom 16 og 18 år ikke ønsker å involvere foreldrene i alvorlige helsespørsmål

Regelverket har forrang foran andre hensyn og kunnskap om regelverket er en forutsetning for å håndtere dilemmaene. Andre forutsetninger for å håndtere dilemmaene er erfaring, fagkompetanse, kommunikasjonsferdigheter, evne til å oppnå tillit, og evne til å oppnå et samtykke. Helsepersonell bør få belyst saken så godt som mulig ved å innhente alle relevante opplysninger og etterspørre aktuelle verdier, hensyn og argumenter fra partene. Det er viktig at helsepersonell bruker tid på å drøfte dilemmaet med kollegaer. VIPS-fagmøte egner seg godt som refleksjonsmøter for etiske dilemma.

5.3 Vergemål i sykehjem

Personer med demens er ikke alltid i stand til å ivareta egne interesser i alle sammenhenger, spesielt i moderat til sen fase av sykdommen. For å ivareta dette kan det opprettes vergemål (21). Sykehjemslege har rett og plikt til å [søke](#) dersom behov for vergemål, ifølge [vergemålsloven § 56-57](#). Det er Fylkesmannen i Vestland 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.

Ressurser

[Allmenningen:](#)

- Prosedyrer for mottak av beboere på korttid og langtidsopphold
- «Tilbud til pårørende» i fagtema demens
- «Veiledende prosedyre for oppfølging av barn som pårørende» i Allmenningen
- Pårørendekurs, samtalegrupper, Bergen demensforening
- Vedlegg A1 «Råd til pårørende - råd for kommunikasjon»
- Vedlegg A2 «Råd til pårørende – råd for mestring og å ta vare på seg selv»
- www.vergemal.no
- Fylkesmannen i Vestland og deres [vergemålsavdeling](#):
 - 55 57 23 00
 - fmvpost@fylkesmannen.no

6.0 Behandling av APSD

De fleste pasienter med demens (>90 %) vil utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) i løpet av sykdomsforløpet (1). Nevropsykiatriske symptomer (NPS), utfordrende atferd og APSD regnes for å være felles begreper. APSD er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdommen, og er ofte det som utløser behov for sykehjems plass (21). Dette kapittelet handler om hvordan helsepersonell kan forstå, forebygge, kartlegge og behandle APSD. Tabell 4 og 5 viser de vanligste og mindre vanlige symptomene.

APSD		
Mest vanlig	Ganske vanlig	Mindre vanlig
Psykologiske symptomer vrangforestillinger paranoia, hallusinasjoner Depresjon, søvnløshet angst, ustabil humør	Feiltolkning	
Atferdsmessige symptomer fysisk aggresjon, irritabilitet vandring, rastløshet	uro, rastløs gange, roping manglende seksuelle hemninger	gråting, banning, tiltaksløshet følger som en skygge repeterende handlinger

Tabell 4: Forekomst av APSD kategorisert etter hva som er mest vanlig (23).

Opptil 72 % av pasienter i norske sykehjem har APSD (35), og i Bergenssykehjemmene utgjør det cirka 1760 pasienter som vist i tabell 5. Omtrent én av fire sykehjemspasienter har irritabilitet i en slik grad at det defineres som utfordrende for pasienten og/eller helsepersonellet. Noen pasienter har moderat APSD og andre alvorlig APSD som illustrert i figur 1.

APSD	Forekomst	Bergenssykehjem
irritabilitet	27 %	475
apati	26 %	455
agitasjon/aggresjon	23 %	400
depresjon, vrangforestillinger, angst, mangel på hemninger	21 %	370
forstyrrende motorisk atferd	18 %	315
hallusinasjoner	12 %	210

Tabell 5: Forekomst APSD i norske sykehjem, og forekomst blant Bergens sykehjemspasienter.

Pasienter med alvorlig grad av APSD kan oppleves som de mest utfordrende pasientene i demensomsorgen, og pasientenes behov krever gjerne mye ressurser fra både pårørende og helsepersonell. Symptomene kan debutere både tidlig og sent i demenssykdommen og variere i intensitet og varighet. APSD kan deles inn i fire hovedtyper (1):

- **Atferdssymptomer:** aggresjon, agitasjon/uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitiv atferd
- **Psykotiske symptomer:** hallusinasjoner og vrangforestillinger
- **Affektive symptomer:** depresjon/dysfori, angst, oppstemthet/eufori og apati. Apati kan forekomme uten at det er et affektivt symptom
- **Vegetative symptomer:** endringer i appetitt og søvn

APSD er vanlig på sykehjem (36). Enkelte langtidsstudier viser at agitasjon og apati tiltar med økende grad av demens, mens affektive symptomer avtar. Alvorlighetsgrad av APSD vil kunne variere fra kun å være til lett ubehag for pasient og/eller omgivelser, til å oppleves som svært belastende og kunne sette pasient/omgivelser i alvorlig fare. APSD kan være knyttet til bestemte situasjoner og være tidsavgrensede eller opptre på tvers av situasjoner og bli kroniske.

6.1 Legemidler

Det er først når APSD-symptomer skaper betydelig lidelsestrykk eller utløser situasjoner der pasient er til fare for seg selv at det gir grunnlag for å vurdere legemidler som del av behandlingen. I praksis gjelder det særlig ved psykotiske symptomer som kommer fra vrangforestillinger, hallusinasjoner og søvnmangel (1).

Psykofarmaka blir hyppig brukt hos personer med demens og deles inn i antipsykotika, antidepressiva, beroligende, søvndyssende og legemidler mot demens. Antipsykotika (risperidon, aripiprazol, olanzapin, kvetiapin, klozapin) er mest brukt og har dokumentert effekt som behandling ved alvorlig agitasjon og i noe grad som behandling ved psykotiske symptomer. Effekten er usikker på andre symptomer. Bruken er forbundet med til dels alvorlige bivirkninger og må anvendes med stor forsiktighet. Vanligste bivirkninger er søvnighet, inkontinens, metabolske effekter som vektøkning, økt risiko for diabetes, økt risiko for hjerneslag, ekstrapyramidale symptomer som: parkinsonisme, dyskinesier, dystonier (2).

6.2 Miljøbehandling

For å forebygge, bremse og håndtere APSD med miljøbehandling kreves det flere gjennomtenkte tiltak spredd utover dagen. En samstemt personalgruppe som jobber mot et felles mål, skaper trygge rammer for pasienter og pårørende. For personer med demens kan det være forvirrende å stadig bli møtt med ulike tiltak som gjennomføres av ulike ansatte på ulike måter. Det er derfor helt sentralt at alle ansatte følger opp pasientens tiltaksplan som er bestemt i VIPS-fagmøte (37). Det danner grunnlag for en reell evaluering av hva pasienten har behov for.

Overreaksjoner på grunn av redusert kognitiv kapasitet i dagligdagse situasjoner skjer fordi de oppleves overveldende og uforståelige for personen med demens (2). Det er en sammenheng mellom utløsende stimuli (triggere), reaksjoner fra pasient og pasientens behov. Eksempelvis ser vi at pasientens behov bestemmer tiltak som beskrevet i tabell 6.

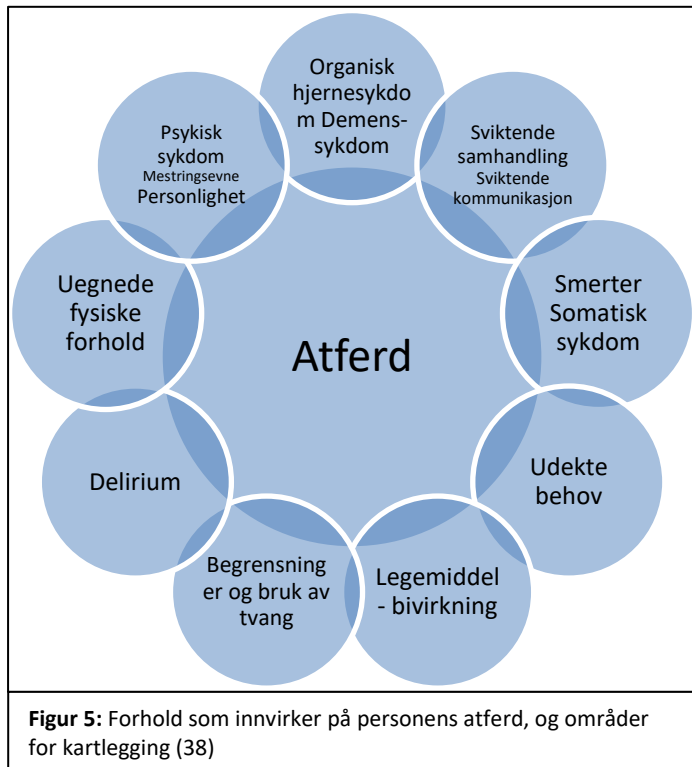
Utløsende stimuli	Følelsesmessige reaksjoner	Pasients behov
<ul style="list-style-type: none">• sviktende mestring i dagliglivet• overstimulering• uoversiktlige fysiske omgivelser	<ul style="list-style-type: none">• Angst• Sinne• Depresjon• fortvilelse	<ul style="list-style-type: none">• Vekk fra situasjonen• Redusere stimuli• Trygghet og stabilitet<ul style="list-style-type: none">○ Hvordan gjøre det i praksis?

Tabell 6: Sammenheng mellom utløsende stimuli reaksjoner fra pasient og pasientens behov (2).

6.2.1 Atferd som kommunikasjon

Utfordrende atferd (APSD) hos personer med demens må ikke betraktes som avvik, men som normale reaksjoner og et forsøk på å formidle noe. I tillegg til å registrere hyppighet og type atferd bør det innhentes bred informasjon om personen. Det er relevant når vi skal planlegge og iverksette behandling rettet mot den utfordrende atferden (21). Figur 5 illustrerer områder vi trenger kunnskap om for å lete frem mulige årsaker til utfordrende atferd (38).

Vi kan for eksempel lete etter mulige årsaker til at Sverre skriker og roper flere ganger i timen. Det kan være flere årsaker, og hver mulig årsak kan ha sin måte å imøtekomme pasientens behov på. Har vi snakket med pasienten om at han roper? Når Sverre er i fellesareal svarer han noen ganger som om han ikke vet selv at han roper; «hva, jeg har ikke ropt» eller «jeg kan ikke for det - det bare skjer». Når vi spør Per som sitter i korridoren sier han «ja, jeg trenger hjelp» eller «jeg er jo helt alene her». Hvordan gir disse forskjellige utsagnene fra pasientene tanker om årsak og tiltak fra figur 5?



Generelle årsaker til en som skriker og roper (39) er at han:

- ofte ikke kan utrykke 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 fra punktene over kan helsepersonellet prøve ut ulike måter å samhandle på for å se hva som treffer det som pasienten har behov for. Smertelindring, toalett, mat og drikke tilbys til riktige tider slik en kjenner pasienten. For å sikre påfyll for psykologiske behov gir vi oppmerksomhet i forkant av skrikingen. Andre måter å imøtekomme de psykologiske behovene som f.eks. opplevelse av egen identitet, inklusjon og tilhørighet kan være lurt å drøfte i VIPS- fagmøte.

Mange små tiltak som hver for seg kan virke ubetydelig, kan i sum utgjøre en stor forskjell for pasienten. Det kan redusere forekomst av triggere til APSD som for eksempel brudd i kommunikasjon, misforståelser, overstimuleringer, stunder med opplevelse av utrygghet, ensomhet osv. Dersom et enkelttiltak hjelper bare en av fire ganger er det verdt å beholde. Har vi mange nok tiltak å velge mellom kan vi raskt prøve et annet når det ene ikke virker.

6.2.2 Agitasjon

Agitasjon (sinne) og apati øker ofte i forekomst etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, og er blant de mest vanlige APSD-symptomene hos personer med demens på sykehjem (21). Det kalles ofte for uro og cirka én av fire sykehjemspasienter har symptomet.

Aggressiv agitasjon er stort sett rettet mot noe eller noen og trenger som oftest tiltak og behandling. Ikke-aggressiv agitasjon trenger ikke alltid tiltak for å bremse forekomst. Vi kan dele agitasjon opp slik (2):

- **Ikke-aggressiv agitasjon (uro)**
 - Verbalt: roper, gjentar seg til stadighet
 - Fysisk: vandrer, reiser seg, setter seg, plukker på ting
- **Aggressiv agitasjon (uro)**
 - Verbalt: pasient skjeller ut beboer, banner, kjefter
 - Fysisk: kaster, sparker, slår, spytter, biter

En rekke former for agitasjon har sammenhenger med skader i fremre deler av hjernen. Agitasjon som uttrykk for et udekket behov er en nyttig tilnærming. Behovene kan være mer åpenbare som å unngå å fryse, være våt, men også mer subtile som å forebygge under- og overstimulering. Somatiske forhold som obstipasjon, smerte og infeksjon vurderes også. Idéen om at agitasjonen er lært og forsterket gjennom helsepersonellens reaksjon hadde betydelig beslutning på 1990-tallet, men i dag betraktes den som mindre relevant (2).

Behandling uten legemidler for å forebygge apati og sinne (21)

- Tilpass krav og aktiviteter: opplevelsen av ikke å mestre kan skape sinne og frustrasjon
- Vis forståelse. Sinne eller tilbaketrekning kan være naturlige reaksjoner på tap som følge av demenssykdommen
- Let etter personen interesseområder og bruk dem aktivt i samtaler og miljøbehandling for å vekke engasjement
- Det kan være godt å få ut sinne, men sørg for trygge rammer slik at pasienten ikke skader seg selv, andre eller gjenstander

Tiltak som handler om å lindre agitasjon bør også inneholde tiltak som støtter personalet og pårørende i sine reaksjoner og følelser.

6.2.3 Vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkning

Vrangforestillinger og hallusinasjoner er de vanligste psykotiske symptomene ved demens. Vrangforestillingene er ofte enkle og tenkbare, ikke bisarre og sammensatte som ved schizofreni. Det kan dreie seg om at ting blir stjålet, utroskap, om sammensvergelse i familien og andre ting. Tidligere trodde vi at psykotiske symptomer kom og gikk på uforutsigbart vis, men senere forskning viser at symptomene er vedvarende når de først har oppstått, og varer i over ett år hos mer enn halvparten av dem som har slike symptomer (2).

Vrangforestilling defineres med at pasienten holder fast på noe som er feil, og holder fast på det til tross på at det finnes bevis på at det er feil. Det kan være vanskelig å skille vrangforestillinger fra kognitive symptomer. Ideer om at man befinner seg på et annet sted i en annen tid, kan være uttrykk for desorientering. Spesielle former for vrangforestillinger er misidentifisering/ feiltolkning, for eksempel at man ikke gjenkjenner sitt eget speilbilde, at man tror pårørende er erstattet av en annen person, eller at personer som opptrer på TV, er til stede i rommet (2).

Feiltolkning er en vrangforestilling forårsaket av persepsjonssvikt. Personen kan se ting, men oppfatter det som noe annet. For eksempel et nybonet gulv som et gulv med vann på. Det

kan også være vanskelig å gjenkjenne kjente ansikter, også eget speilbilde. Gjenkjenne og assosiere farger kan også bli vanskelig som for eksempel at rødt lys betyr stopp eller piktogrammer som skal symbolisere toalett (21 s. 285).

Synshallusinasjoner er vanlig hos personer med demens, men ekstra vanlig hos dem som har demens med Lewylegemer (21). Mange ser dyr, barn eller ting fra tidligere i livet.

Behandling for vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkninger (21)

- Vis respekt for personens oppfatning selv om de ikke stemmer med virkeligheten din. Det er lov å understreke at omgivelsene har en annen oppfatning
- Gjør situasjonen rundt personen så trygg som mulig og sørg for at han får sosial kontakt. Hallusinasjoner kan dempes eller bli helt borte
- Hvis hallusinasjoner er plagsomme for personen kan en forsøke å behandle med medisiner (kolinesterasehemmere eller antipsykotiske legemidler)
- Personer med demens med Lewylegeme har lav toleranse for antipsykotika, og det må derfor vises stor forsiktighet med å behandle disse med legemidler
- Ved feiltolkninger kan helsepersonellet med respekt og varsomhet forsøke å orientere personen og avkrefte vedkommende sin feiltolkning

6.2.4 Manglende impuls kontroll og hemninger

Symptomet er spesielt vanlig hos personer med frontallapsdemens, men finnes også hos personer med andre demenssykdommer. Det skyldes manglende evne til å sortere impulser og regulere stimuli fra omgivelsene. Personen kan da få en uhemmet sosial atferd og et ukritisk språk. Upassende handlinger og kommentarer kan virke sårende på menneskene rundt.

Tiltak ved manglende impuls kontroll og hemninger (21 s. 282)

- Planlegg godt og ha god struktur i personens hverdag. Unngå store grupper. Enkle spill eller håndarbeid kan fungere godt som aktivisering. Uke- og dagsplaner gir forutsigbarhet og trygghet.
- Vær bevisst hvordan du kommuniserer med personen. Både verbal og nonverbal kommunikasjon må være tydelig. Bruk korte, enkle og tydelige setninger og underbygg med det nonverbale språket ditt
- La personen få færrest mulig valg. Unngå å stille kompliserte spørsmål
- Gi pårørende støtte. Forklar at manglende impuls kontroll og hemninger skyldes hjerneskaden og ikke at personen viser «sitt sanne jeg» nå når hemningene er svekket

6.2.5 Kartleggings skjema

Noen ganger er den utfordrende atferd ikke så åpenbar i type, varighet, hyppighet og i hvilke situasjoner det skjer i og vi kan oppleve at alt er forsøkt uten effekt. Det er behov for å kartlegge fakta og ikke kun stole på det kliniske blikket vårt (21 s. 278). I kartlegging av utfordrende atferd kan det være klokt å begynne med å samle inn fakta som (21):

- Hvilken type atferd er det?
- Hvor ofte har personen denne atferden?
- Hvilke tidspunkt på døgnet opptrer atferden?
- Kan atferden knyttes til enkeltsituasjoner (før, under eller etter)?
- Hvem er atferden rettet mot (helsepersonellet, medbeboere, pårørende)?

Skjemanavn	Formål	Vedlegg
Bakgrunnsopplysninger		
Personopplysninger beboer korttid	Kartlegge personopplysninger til bruk i personorientert tilnærming, kortversjon. Egnert for korttidsopphold	1
Personopplysninger Min livshistorie	Kartlegge personopplysninger til bruk i personorientert tilnærming. Egnert for langtidspasienter, og rullerende korttid.	2
Kartlegge atferd		
Døgnregistrering	Over flere døgn kartlegges hyppighet, tidspunkt og varighet av atferd. Se etter mønstre, evaluere effekt av tiltak	3
Trivselsregistrering	Kartlegge tid og sted for positive opplevelser, for å vurdere om vi kan skape flere.	4
Kartlegging av APSD		
NPINH	Hyppighet, intensitet og belastning knyttet til symptomer som psykose, angst, depresjon, agitasjon, apati og søvn.	5
BARS - kortversjon	Kartlegge agitasjon/uro og hyppighet siste to uker	6
C-MAI - Langversjon	Kartlegging av type agitasjon og hyppighet, grundigere.	7
RAID	Kartlegge angstsymptomer ved demens. Veiledning	8
MOBID2	Kartlegge smerter når pasient ikke kan formidle egen smerte	9
Cornell	Skala for depresjonsvurdering. Veiledning	10
CAM	Screening av delirium. Spesielt nyttig når beboer er ukjent. Konferer med sykehjemslege om skjema skal brukes	11
Belastningskala		
Helsepersonell	Leder sitt verktøy for kartlegging av personalets subjektive opplevelse av utfordrende atferd mht. tiltak	12
Pårørende	Verktøy for å vurdere pårørendes opplevde belastning av å være omsorgsgiver.	13
Kartlegging av livskvalitet		
QUALID	Livskvalitet ved alvorlig demens, basert på informasjon fra personale eller pårørende. Kan kombineres med trivselsregistrering.	14

Tabell 7: Oversikt kartleggingsverktøy og deres formål.

Kartleggingskjemaene i tabell 7 egner seg til å samle inn fakta. Funn fra kartleggingskjema kan drøftes i VIPS fagmøte for å finne tiltak.

For å samle inn fakta om atferdens hyppighet, tidspunkt og varighet er det hensiktsmessig å bruke skjemaet «døgnregistrering». 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 f.eks. 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 f.eks. være større forekomst av uro på morgener, vaktskifter eller fredag før helg enn på dagtid i hverdager.

Leder må sørge for en felles forståelse for hvorfor og hvordan kartleggingen skal skje og hvem som følger opp dataene. Mangler det for eksempel mye i skjemaet Døgnregistrering blir det vanskeligere å si noe om mønstre og sammenhenger i det som er registrert. Registrering er basert på opplevelsen hos dem som fyller ut skjemaet, og på den måten alltid en subjektiv vurdering (21). Likevel trenger vi en felles forståelse for hva som skal registreres. Vi kan f.eks. bestemme oss for å registrere uro. Hvor går grensen for hva som er uro og ikke? Er vandring frem og tilbake i korridoren uro, eller blir det uro først når Sverre kommer i konfrontasjon med medbeboere? Det er en fordel å drøfte hvilken spesifikk atferd som skal observeres og registreres. [Kompetansesenter for demens](#) kan bistå med veiledning og opplæring i bruk av skjemaene.

Valg av kartleggings skjema i tabell 7 er basert på VIPS-manualens (16) forslag, «Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd» forkortet TID (38) og nasjonale anbefalinger fra Nasjonal kompetansetjeneste Aldring og helse.

6.2.6 Tips for praksis

Vedlegg med tips for praksis egner seg godt til å skrive ut og gi til pårørende og bruke i sykehjemsavdelingen. Du finner alle vedlegg i [Almenningen](#) under fagtema demens der metodeboken er publisert.

Tips for praksis		
Til pårørende	Råd for kommunikasjon	A1
Til pårørende	Råd for mestring og å ta vare på seg selv	A2
Til helsepersonell	Funksjonsstøttende kommunikasjon med pasient	A3
Til helsepersonell	Eksempler på aktiviteter i gruppe og en-til-en	A4
Til helsepersonell	Mal for musikkstund	A5
Til helsepersonell	Tema for samtale reminisens	A6

6.2.7 Prosedyrer og retningslinjer

Prosedyrer og retningslinjer		
Utfordrende atferd	Forebygge utfordrende atferd som er belastende for pasient, helsepersonell og pårørende	15
HMS	«Prosedyre for forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler»	Almenningen
Tvang	Sikre brukermedvirkning og at tvang skjer i samsvar med lovverket: «Samtykke til helsehjelp, pasientrettigheter og tvang, etter pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3, 4 og 4A»	Almenningen
Velferdsteknologi	Metodebok for vedtak og bruk av pasientalarmsystem i sykehjem	Kommer i 2020

6.3 Beskyttelsestiltak og nødverge

Bruk av beskyttelsestiltak og nødverge defineres i prinsippet ikke som tvang. Ved beskyttelsestiltak skal pasient samtykke. Ved nødverge er det ikke et krav om å innhente samtykke.

I følge [Forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie](#), § 3-3 (40) 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 nødvendig, dels for å beskytte beboerne mot egen adferd, dels av hensyn til andre beboere (41 s. 111).

Dersom beboeren motsetter seg beskyttelsestiltaket kan ikke tiltaket opprettholdes, med hjemmel i sykehjemsforskriften. 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.

Dersom pasienten er til fare for *andre* kan det etter omstendighetene være aktuelt å anvende [straffeloven §§ 17 og 18](#) (nødrett og nødverge). Nødverge 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 på og ødelegge større materielle verdier i sykehjemmet. Etter inngrep journalføres hva som antageligvis forårsaket hendelsen, og på hvilken måte en brøt inn og forhindre eller forminsket skade. Det er avgjørende at den som bryter inn ikke bruker mer makt enn nødvendig for å avverge skaden.

6.4 Tvang

Tvang i sykehjem reguleres i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#). Begrepet «tvang» omfatter tiltak som blir brukt for å overvinne eller omgå motstand fra pasienten. Tvang kan være å holde pasient i armer og ben for å få gjennomført helsehjelpen, og det kan være å gjennomføre tiltak for å slippe motstand en ellers vet ville oppstå (41 s. 107). Tvang er ikke et entydig begrep, og i loven brukes det som kalles et «smalt» tvangsbegrep. Det vil si at personen må motsette seg tiltaket for at det skal regnes som tvang. Hva som er motstand kan variere i grad og omfang – alt fra at en person setter seg til fysisk motverge mot tiltak, dytter vekk personell som vil hjelpe, spytter ut medisin, sier «nei», «slutt», «kom deg vekk!» eller bruker mer subtile uttrykk som å snu seg vekk, riste på hodet eller bli helt passiv (resignere) (42). Tiltak kan gjennomføres uten at motstanden kommer til uttrykk. Slike tilfeller omfattes av loven dersom bakgrunnen for at tiltaket blir gjennomført på denne måten, er å omgå motstand, jf. § 4A-3 andre ledd. Et praktisk eksempel er å røre legemiddel inn i syltetøyet til pasienten når helsepersonellet vet at vedkommende kommer til å motsette seg den nødvendige medisineringsen om han visste at han fikk legemidler (41).

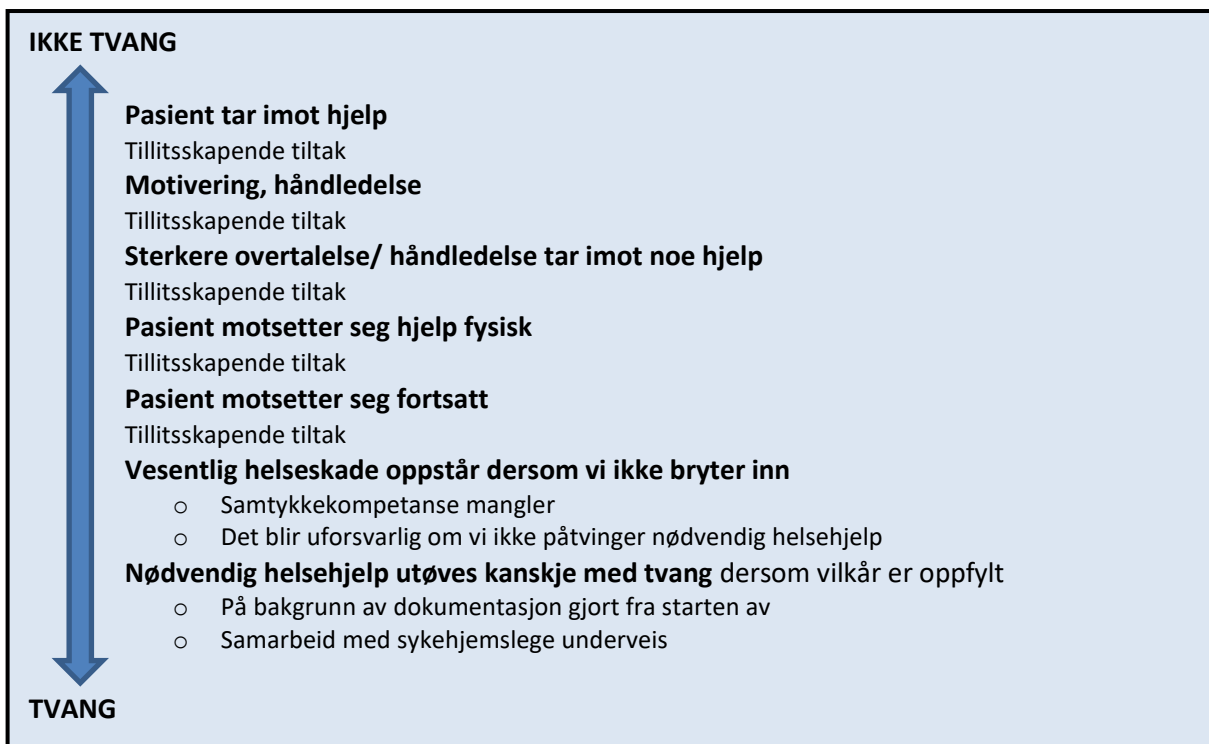
6.4.1 Grensen mellom frivillighet og tvang

Pasient skal samtykke til all helsehjelp som gis. Selvbestemmelse innebærer en rett til å gjøre egne valg, selv om disse valgene synes dårlige for omverdenen. Bestemmelsene i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A](#) gir i stor grad åpning for manipulering av personer, og ikke alle handlinger overfor en person som viser motstand, er tvang. Håndledning, milde fysiske påvirkninger, overtalelser, og muntlig veiledning for å få pasienten til å oppgi motstanden er tiltak som ikke vurderes om tvang.

I praksis kan det derimot være vanskelig å skille mellom lovlig veiledende bistand og tvang. Det kan være vanskelig å tolke om pasienten viser motstand, om motstanden er på grunn av misforståelse eller et aktivt valg. Det er derfor nødvendig å utvikle bevissthet rundt egne handlinger, den enkelte pasientens evne til å uttrykke seg og grensen mellom frivillighet og tvang i praksis (42).

6.4.2 Tillitsskapende tiltak kan gjøre tvang unødvendig

Figur 6 illustrerer forsøk gjennomført på ulike måter for å imøtekomme pasientens behov uten tvang. Ifølge kap. 4A skal tvangstiltak benyttes som siste utvei for å hindre vesentlig helseskade på pasienten og sikre forsvarlighet.



Figur 6: Tillitsskapende tiltak forsøkes i flere runder, før tvang kan benyttes etter Kap. 4A

Før en kan iverksette tvangstiltak skal tillitsskapende tiltak vært prøvd ut på en systematisk måte. Unntaket er dersom det åpenbart ikke er til nytte å prøve dette. Det trengs en helhetlig tenkning med dokumentasjon rundt følgende punkter (41):

Helhetlig tenkning. Det behøver ikke være manglende vilje eller motivasjon som ligger bak motstanden mot helsehjelpen, men at pasienten ikke oppfatter hva som skjer eller skal skje. Dette kan føre til at personene opplever stell, bad, munhygiene, forflytning osv. som skremmende og at atferden er en måte å beskytte seg på. En viktig målsetning blir å få

pasienten til å forstå hva som skjer eller skal skje. De fysiske omgivelsene må være gjenkjennbare og være slik at de i seg selv gir informasjon om hva som skjer: Et bad bør ligne på et bad, håret legges hos «frisør» eller i omgivelser som ligner en frisørsalong, måltidene serveres i omgivelser og på en slik måte at det er lett å oppfatte hva som skjer. De forskjellige situasjonene må tilrettelegges slik at de øker pasientens mulighet til å klare mest mulig selv og på den måten øke mestring. Det må være en helhetlig tenkning i hvordan omsorgsmiljøet skal fungere. Rolige omgivelser hvor aktiviteter er gjenkjennbare og trygge, samtidig som det er mulighet for stimulering og samvær med medpasienter og ansatte, vil da være en del av de tillitsskapende tiltakene.

Kjennskap til pasienten. Helsepersonell som kjenner pasienten, vil lettere kunne yte helsehjelp uten at pasienten yter motstand. I tillegg har personalet ofte nyttig kunnskap om hvordan pasienten kan motiveres for å motta helsehjelpen – hva som virker og hva som ikke virker. Det kan ta tid å bli kjent med en pasient. Det bør derfor være tilstrekkelig opplæring.

Veiledning og erfaringsoverføring. Det kan være hensiktsmessig at en uerfaren som skal yte helsehjelp får veiledning over tid av erfarent og fagutdannet personell. Tillitsskapende tiltak som viser seg å ha god effekt for den enkelte pasient dokumenteres i journal, slik at disse opplysningene er tilgjengelig for de som yter helsehjelp til pasienten. Det skal alltid lages en tiltaksplan når det er utfordrende å identifisere og imøtekomme pasientens behov. Tiltaksplanen gjør det lettere å dele kunnskap av hva som trigger og trygger pasienten.

Refleksjonsgrupper og VIPS-fagmøte. Det har flere steder vist seg svært nyttig å ha jevnlige møter i refleksjonsgrupper, hvor helsepersonell får anledning til å drøfte situasjoner som er vanskelig, både juridisk og helsefaglig. Dette kan medføre større bevissthet og trygghet i forhold til forståelse av hva som er motstand og hva som oppleves og defineres som tvang. Kunnskapsoverføring mellom helsepersonellet for hvordan den enkelte kan håndtere de vanskelige situasjonene på best mulig måte for pasienten er svært viktig.

Kartlegging av årsaker. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen, bør om mulig årsaken til motstanden kartlegges. Kunnskap om årsaken kan gi helsepersonell mulighet for å tilrettelegge på en slik måte at pasienten oppgir motstand. Kilder til kunnskap kan være familie, pårørende eller personell i institusjoner, omsorgsboliger og lignende. Årsaker til motstand kan for eksempel være brudd i kommunikasjon pleier-pasient, manglende funksjonsstøttende kommunikasjon, personlighet, smerter ved bevegelse og andre ting.

Tid. Invester sekundene der de har størst uttelling. Pasienten bør få nødvendige pauser til å respondere og til å forstå hva som skjer og innstille seg på å motta helsehjelpen. Vent på respons, legg inn noen sekunders pauser i overgang av aktiviteter og underveis i gjennomføring.

Informasjon. Sjekk ut om kort informasjon til pasienten for hvorfor helsehjelpen er nødvendig og hva konsekvensene av å unnlate helsehjelp vil være kan avverge motstand. Dersom helsehjelpen er beskjeden, kan det legges vekt på å formidle dette. Gi løpende og tilpasset informasjon om situasjon, tilstand og prosedyre. Dersom dere er flere under helsehjelpen pek ut én som informerer/snakker mens de andre har sine roller.

Kommunikasjonsform. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelpen av frykt for at hjelpen skal påføre smerte eller ubehag, kan helsepersonellet forsøke å avdramatisere helsehjelpen gjennom sin opptreden. Det kan for eksempel være gjennom stemmeleie og bære pasienten gjennom ubehag «Dette kommer til å gå bra» eller på andre måter gi pasienten opplevelse av å bli sett til tross for ubehaget.

Samarbeid med pårørende mv. Familie eller nærmeste pårørende kan gjennom sin tilstedeværelse være viktig for å unngå motstand, for eksempel i forbindelse med lege- og tannlegebesøk eller ved innkomst. Pårørende har ofte ekspertkunnskap som kan bistå helsepersonellet i utformingen av en tiltaksplan som virker.

Litt om gangen. Der pasienten har motivasjon for å gjennomføre noe av helsehjelpen, men ikke alt på en gang, bør det vurderes om helsehjelpen kan ytes i doser som er tilpasset motivasjonen, i stedet for å gjennomføre hele behandlingen på én gang under tvang.

Tilvenning til helsehjelpen. Gradvis tilvenning til helsehjelpen når det er definert hva pasienten motsetter seg vil si at en trinnvis tilvenning iverksettes, der hvert trinn er et skritt nærmere selve behandlingssituasjonen som for eksempel hjelp til personlig hygiene nedentil. Eksponeringen på hvert trinn vekker ubehag, men ikke så mye at pasienten yter motstand. Frivillighet på hvert trinn er viktig.

6.4.3 Vilkår

Hvis det ikke er mulig å få gjennomført nødvendig helsehjelp etter at tillitsskapende tiltak er forsøkt eller det er åpenbart formålsløst å prøve det, kan tvang gjennomføres dersom vilkår a) til g) er oppfylt:

- a) Tillitsskapende tiltak skal være forsøkt, uten nytte
- b) Pasient motsetter seg nødvendig helsehjelp
- c) Pasient mangler samtykkekompetanse
- d) Pasient påføres vesentlig helseskade dersom vi ikke hjelper til
- e) Helsehjelpen anses som nødvendig
- f) Tvangstiltaket står i forhold til behovet for helsehjelpen
- g) Etter en helhetsvurdering fremstår tiltaket som den klart beste løsningen

Det anbefales å lese lovens rundskriv med lovgivers [kommentarer](#) til hvert vilkår. Vilklårene er beskrevet i [pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A \(Pabrl\)](#) i «Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen».

Det er pasienten selv som skal vernes mot vesentlig helseskade, og det er derfor ikke hjemmel til å bruke tvang for å verne medpasienter mot f.eks. vond lukt i Pabrl kap 4A.

Eksempler på alvorlig inngrep med tvang:

- Inngrep i kroppen
 - Nødvendig stell; personlig hygiene, sår, munnhule
 - Bevegelseshindrende tiltak som å holde fast
- Bruk av reseptbelagte legemidler
 - Legemidler gis uten at pasient vet det, for å omgå motstand
- Innleggelse eller tilbakeholdelse i institusjon

Pårørende kan ikke samtykke til bruk av tvang på vegne av pasienten. Ved alvorlige inngrep skal alltid pårørende høres om hva de tror beboeren ment om tvangstiltaket som helhet.

6.4.4 Vedtak

Sykehjemmet skal vurdere og begrunne når det er behov for tvang etter vilkårene i Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Sykehjemmet trenger ikke å [søke](#) Fylkesmannen om lov til å fatte vedtak eller få vedtaket godkjent. Vedtaket fattes av sykehjemmet, og gjelder fra vedtaket er ferdig fattet. Fylkesmannen skal ha kopi av vedtaket for å oppfylle sin rolle som tilsynsmyndighet. I situasjoner som f.eks. angår pleie og omsorg kan høgskoleutdannet personell som er ansvarlig for helsehjelpen ha myndighet til å fatte vedtak. Ved spørsmål om medisinsk behandling og odontologisk behandling er henholdsvis lege og tannlege den som har ansvar for vurdering av tvangsvedtak (6).

Statens helsetilsyn ser svært alvorlig på at pasienter i sykehjem utsettes for tvang uten at helsepersonell har vurdert om forutsetninger for å bruke tvang er til stede, og uten at vedtak er fattet. Når helsepersonell ikke fatter vedtak før tvungen helsehjelp blir iverksatt, fører det til redusert rettssikkerhet for pasienten. Pasienten/pårørende får ikke informasjon om at tvang er brukt og blir dermed fratatt mulighet til å klage. Fylkesmannen får heller ikke mulighet til å gjennomgå og eventuelt overprøve vedtaket (43).

6.4.5 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 (44).

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 (41).

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

Momenter i vurderingen av samtykkekompetanse

Det finnes flere veiledere for å vurdere samtykkekompetanse, som fokuserer som regel på følgende fire områder (41):

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 behandlingsoalternativene
4. evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene

Ressurser

- E-læringskurs om [Pasient og brukerrettighetsloven Kapittel 4A](#)
- Retningslinje i Bergen kommune for Pabrl kapittel 4A på Allmenningen
- [Pasient og brukerrettighetsloven med kommentarer](#) til lovparagrafene i Kap.4A
- [Kompetansesenter for demens](#) kan bistå med drøfting av problemstilling
 - 53 03 29 75 / 76
- [Fylkesmannen i vestland](#) kan gi juridiske vurderinger og råd
 - Sentralbord, 57 64 30 00
 - Martin Haugen, 55 57 22 21
 - Katarina P. Aarsnes, 55 57 20 90
 - Beate Tollefsen, 57 64 31 77
- Lovverk med kommentarer for «[Hvem som har samtykkekompetanse](#)»
- E-læring om [Samtykke til helsehjelp](#)

7.0 Ledelse og veiledning

Virksomheten skal tilby miljømessige og psykososiale tiltak basert på personsentrert omsorg og behandling som førstevalg ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (1). 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 sykehjem og sykehjemmet lokalt (6). Miljøbehandlingen til den enkelte pasient må settes i system, og det må for eksempel planlegges hvordan identifisert risiko knyttet til utfordrende atferd kan forebygges og håndteres.

7.1 Krav til kompetanse

Sykehjemmet skal sørge for at ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevet, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig (1). Ansatte har gode kunnskaper om:

- demenssykdommer
- kommunikasjon, miljøtiltak og aktiviteter
- personsentrert omsorg, kartleggingsverktøy
- oral helse, ernæring, lindrende behandling,
- forebygging og avdekking av vold og overgrep, legemiddelbehandling,
- etikk og lovhjemler for bruk av tvang og varsling om vold og overgrep

I tillegg bør helsepersonellet ha kjennskap til andre tjenester som er relevante. Pasienter og pårørende som bor på korttid og er fastboende kan begge ha nytte av tilbud hos Kompetansesenter for demens. Eksempelvis samtalegruppe for pårørende, pårørendekurs og rådgivning/familiesamtaler.

Ressurser

- Grunnopplæring i demens: [Demensomsorgens ABC](#)
 - Kursoppstart årlig
 - Påmelding hos Kompetansesenter for demens demens@bergen.kommune.no

7.2 Organisasjonskultur

Forskning viser at det kan være stor forskjell i kvaliteten på omsorgen pasientene får. Det kan gis en godt planlagt omsorg eller en god omsorg mer som tilfeldigheter og enkelttilfeller.

Organisasjonskulturen hos de ansatte har innflytelse på omsorgen. God organisasjonskultur skapes ikke bare ved personsentrerte verdier, eller å ansette den «rette» leder eller helsepersonell. Det må også være en praksis der avdelingen løser daglige utfordringer i tråd med de personsentrerte verdiene. Forskere har funnet syv indikatorer på hvordan leder og ansatte kan skape god omsorg (45):

1. Ha et felles mål om å gi best mulig personsentrert omsorg. Krever vedvarende definerte mål på organisasjonsnivå og individnivå
2. Ledelsen er tydelige rollemodeller. Demonstrert i holdning, ferdigheter og oppførsel
3. Personalet er bemyndiget til å ta ansvar for beboers trivsel gjennom organisering og ledelse, styrt av organisasjonens verdier og holdninger
4. helsepersonellet og leder er endringsvillige til fordel for pasientene og viser det i holdning og atferd
5. En følelse av fellesskap blant alle ansatte
6. Personsentrert aktivitet og engasjement er innlemmet i omsorgsarbeidet, som støttes av organisatoriske forhold som holdninger, verdier, prosedyrer, kunnskap og ferdigheter.
7. Sykehjemets areal brukes aktivt til fordel for pasientene ved hjelp av personalets kjennskap og forståelse

7.3 Ansatte og håndtering av stress

Som med andre utfordringer i arbeidsmiljøet, må det også jobbes forebyggende og systematisk med uheldige belastninger som følge av kontakt med pasienter i arbeidssituasjoner hvor man arbeider med andre mennesker, vil arbeidstaker kunne være utsatt for emosjonelle belastninger. Dette er spesielt vanlig i yrker hvor man må undertrykke egne følelser i yrkesrollen, for eksempel i arbeid med pasienter. Dette forekommer ofte i arbeidssituasjoner hvor arbeidstaker må kontrollere og regulere egne følelser og følelsesuttrykk for å imøtekomme krav i jobben (46). 55 prosent av sykepleiere generelt møter i høy grad sterke følelser hos pasienter som sorg, sinne, fortvilelse eller oppgitthet. Samme antall opplever i høy grad å måtte skjule egne lignende negative følelser ovenfor pasienten. Gjennomsnittet for alle yrker som var spurt i undersøkelsen var 16 prosent (47).

Arbeidstakere som ofte opplever en ubalanse mellom egne følelser og de følelser som må vises utad opplever emosjonell dissonans, og har økt risiko for legemeldt sykefravær. Forskning har vist at hvis du har en dårlig dag, kan det hjelpe å legge egne følelser til side for å kunne smile. Slik sett kan jobben være helsebringende. Men over tid, og hvis du ikke får en endring på et dypere nivå i følelsene dine, vil en slik maske bare opprettholde den emosjonelle ubalansen eller dissonansen. Det kan føre til helseplager (47).

Det kan handle om å smile når en egentlig er frustrert. Å holde tilbake tårer etter å ha fått kjeft av pasienten eller å takke høflig nei til gjentatte forespørsler om seksuell intimitet underveis i morgenstellet. Emosjonell dissonans innebærer at helsepersonellet må simulere eller undertrykke egne følelsesuttrykk, i samsvar med pasientens behov. Målet er at pasienten skal føle seg vel, trygg og ivaretatt som også er i tråd med plikt til forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i Helsepersonelloven §4. Helsepersonellet må fremstå på en måte som bidrar til at pasientens opplevelse blir positiv. Emosjonelt arbeid omfatter det å bruke sine egne følelser og følelsesuttrykk som redskap, og utføres oftest ansikt-til-ansikt med personen som har demens (48).

Der hjelp til håndtering av helsepersonellens følelser ikke foreligger, beskriver helsepersonell ulike strategier for å unngå å engasjere seg følelsesmessig i pasientens situasjon. Forskning på emosjonelt arbeid peker på viktigheten av å håndtere egne følelser i arbeidssituasjonen, og hvordan leder kan legge til rette for dette (48).

Leder kan (48)

- Ha klare retningslinjer for hvem som tar avgjørelser innad i avdelingen
- Sikre grunnopplæring i demens, f.eks. demensomsorgens ABC. Det gjør at de ansatte er mer rustet mot utbrenthet og kan øke jobbtilfredsheten (49)
- Unngå faglig usikkerhet; det kan medvirke til utbrenthet
- Gi ansatte anerkjennelse, konstruktiv kritikk og god veiledning
- Sørge for at det er en kultur for støtte når ting ikke går så bra
- Fordele tunge saker på flere
- Forsøke å skape et klima der de ansatte kan gi ros og konstruktiv kritikk til hverandre
- Sørg for godt tverrfaglig samarbeid; det minsker belastningen på det enkelte helsepersonell
- Sende henvendelse til bedriftshelsetjenesten for veiledning av pasientrelatert stress

7.4 Vold, trusler og uheldige belastninger

«Vold og trusler» er hendelser hvor arbeidstakere blir fysisk eller verbalt angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydningstrussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære (50).

Det er blant personer som jobber innenfor helse- og sosialtjenester at andelen som opplever vold, trusler eller trakassering, er størst. Kvinner og menn rammes i likt omfang og det vanligste er at vold og trusler utøves av pasienter og ikke kollegaer eller leder (51; 52). I en undersøkelse svarer for eksempel 47,5 % av sykepleiere under 30 år at de har opplevd uønsket seksuell oppmerksomhet fra pasienter som oppleves krenkende eller plagsomt (53).

Et sykefravær på 21 dager eller mer kan reduseres med inntil 13 prosent ved å arbeide forebyggende mot vold og trusler på arbeidsplassen (51). Ifølge HR-konsern vil opplæring og andre forebyggende tiltak på sikt bidra til redusert fravær i enheter med høy risiko. I forlengelse av at årsaken til atferden stammer fra en demenssykdom, trengs det videre tanker om hvordan både HMS og pasienten kan ivaretas samtidig.

Å samarbeide med personer som har utfordrende atferd kan føre til at ansatte opplever en eller annen form for vold og trusler i sitt arbeid. Det kan gi alvorlige konsekvenser for det enkelte helsepersonell i form av redusert helse og lavere livskvalitet. Det kan også gå utover arbeidsmiljøet, og påvirke tjenestekvalitet negativt. Bergen kommune skal være en trygg og sikker arbeidsplass. Personer med demens kan ha risiko både for å bli utsatt for vold og overgrep, og for å forårsake vold mot andre. Personer med demens får etter hvert redusert evne til å ivareta egne interesser og å forsvare seg selv når medbeboere utfordrer (1). Arbeidstakere og pasienter skal beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre (6). Ifølge HMS-prosedyren innebærer det å kartlegge risiko og samle inn fakta som det bygges tiltak på. [Tavlemøter](#) kan være et daglig verktøy for planlegging, oversikt, arbeidsfordeling, identifisering av risiko og evaluering av utfordrende atferd. «[Prosedyre for forebygging, håndtering, og oppfølging av vold og trusler](#)» peker på

nødvendigheten av å lage en plan for forebygging, håndtering og nødvendig opplæring/ trening (54):



7.5 Uønsket hendelse

Et avvik er en uønsket hendelse. Avvik oppstår når noe ikke går som normalt eller forventet. Uønskede hendelser registreres elektronisk i BKKvalitet. Hendelsen registreres som HMS-hendelse dersom det gjelder f.eks. agitasjon rettet mot helsepersonell, og som «Prosess og tjenestekvalitetshendelse» dersom konsekvensen gjelder pasienten eller medbeboere. Se «[Prosedyre for å melde uønsket hendelse](#)» i BKKvalitet.

Utskjelling, kjefting, kniping, kloring, slag, spark og lignende fra pasienten rettet mot helsepersonellet er å regne som HMS-avvik. Avvikene er nyttig for ledelsen å få registrert i arbeidet med å forebygge, håndtere og følge opp ansatte og pasienter i slike hendelser.

Ifølge lokal «[Veileder for arbeidsmiljøgrupper \(AMG\)](#)» er det av betydning at arbeidsmiljøgruppene følger med på status og tiltak rundt vold og trusler. I tillegg til leder, er det naturlig at verneombud og personalet for øvrig er bevisst sin rolle med å forebygge og håndtere vold og trusler. Nye verneombud melder seg på "grunnkurs arbeidsmiljø" hos HR-konsern.

7.6 Veiledning og henvisning

Bergen kommune har omtrent 2450 sykehjems plasser og cirka 4200 ansatte i 34 sykehjem. Det er mange som skal være god på mye. Leders kontinuerlige arbeid med å bygge og vedlikeholde kompetansen er viktig og ekstern bistand til sykehjemmet kan noen ganger være nyttig. I kompliserte pasientkasus bør spesialisthelsetjenesten kontaktes.

7.6.1 Kompetansesenter for demens

[Kompetansesenter for demens](#) er en ressursbase for hjemmesykepleien, dagsentrene, institusjonene og innbyggere i kommunen. Vi tilbyr undervisning, råd og veiledning. Veiledning generelt kan bidra til utvidet forståelse av egen praksis med økt bevissthet om egen væremåte i det daglige arbeidet. Veiledningen kan skje før og/eller etter en utfordrende praksissituasjon.

Kontakt oss dersom:

- Du er ansatt i sykehjem eller student
- Trenger råd og veiledning innen demens
- Ønsker internundervisning til din avdeling
- Har behov for bistand til individuelle samtaler med demensrammede/pårørende
- Har behov for informasjonsmateriell om demens

7.6.2 Bedriftshelsetjenesten

Bedriftshelsetjenesten (BHT) bistår ledere og ansatte med individuell og gruppebasert oppfølging ved særs utfordrende atferd som skaper pasientrelatert stress. Det kan for eksempel være pasienter med fysisk eller verbal agitasjon eller pasienter med symptomer på personlighetsforstyrrelser. Leder [sender henvisning](#) med ønske om bistand fra BHT via lenke på Allmenningen.

Den individuelle oppfølgingen BHT bistår med, er både direkte etter alvorlige hendelser, og når ansatte over tid har hatt høy belastning og en krevende arbeidshverdag. Den ansatte vil etter alvorlige hendelser bli gitt individuell oppfølgingstime så raskt som det lar seg gjøre. Leder kan i disse situasjonene kontakte BHT pr telefon. Hvis ansatte har hatt en mer langvarig belastning som de opplever gir et helse- eller mestringstap, kan leder sende henvendelse via henvendelseskjemaet til BHT. Dersom det er behov for ytterligere bistand utover det BHT kan tilby, vil BHT gi råd og veiledning til ansatte om mulighet for annen bistand, for eksempel kontakt med livskrisehjelpen, fastlege og psykolog. BHT vil også gi råd og veiledning til leder for videre oppfølging av enkeltansatte på arbeidsplassen hvis dette er hensiktsmessig.

Gruppebaserte henvendelse om veiledning er aktuell der flere i personalet har stor emosjonell og psykososial belastning i arbeidet. Tema for samlingene kan være bearbeiding etter alvorlige hendelser og langvarig belastning, og det vektlegges refleksjon omkring normale følelser og tanker som kan gi dårlig samvittighet, frustrasjon, skyld, skam eller «gjør vi det riktige her?». Et viktig tema er mestring, og viktige grep for å håndtere emosjonell belastning. BHT kan komme til sykehjemmet for én eller to samlinger, der gruppen / avdelingen selv følger opp videre. Kompetansesenter for demens kan bistå i oppfølgingen.

7.6.3 Forsterket skjermet avdeling

Fyllingsdalen sykehjem har forsterket skjermede plasser til pasienter med alvorlig grad av demens og atferdsmessige utfordringer der andre sykehjemsavdelinger ikke egner seg. Disse er foreløpig de eneste plassene i kommunen. Pasientene skal i hovedsak være utredet for sin kognitive svikt. Årsakene til atferdsendringene skal være forsøkt kartlagt og behandlet. Pasienter med demensdiagnose med bakgrunn i en rusrelatert skade, er i utgangspunktet ikke i målgruppen. Pasientene blir flyttet tilbake til ordinært sykehjem når behovet for opphold ikke lenger er nødvendig (55).

Avdelingen har regelmessig gjennomgang av pasientbehovet sammen med Vurderingskontoret. Ved ledig plass informeres alle sykehjem, sammen med en frist for å levere søknad om plass. Søknadene behandles med utgangspunkt i at pasienten som har størst behov får plassen. Søknaden styrkes ved bruk av kartleggingsverktøy og oppsummeringer av resultat samt dokumentert tiltaksplan for hva som allerede er forsøkt av miljøbehandling.

7.6.4 Spesialisthelsetjenesten

I samråd med sykehjemslege kan spesialisthelsetjeneste kontaktes.

Rådføring med alderspsykiater

Aktuelt ved stort lidelsestrykk, betydelig funksjonstap, problemer med samarbeid og vanskelig håndterbar agitert/aggressiv atferd. Poliklinikken ved Olaviken alderspsykiatrisk sykehus (56 15 10 00) og alderspsykiatrisk avdeling ved HUS ([55 97 45 85](tel:55974585)) har tilbud om telefonkonferanse og besøk fra ambulante team som kan vurdere eventuell indikasjon for innleggelse i alderspsykiatrisk institusjon (3).

I Helse Bergen HF sitt opptaksområde er det to enheter som gir tilbud innen alderspsykiatri på sykehusnivå (56)

- 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 henvises HBE:

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

Øyeblikkelig hjelp-innleggelser

Ved behov for øyeblikkelig hjelp-innleggelse relatert til APSD bør dette i all hovedsak skje ved Psykiatrisk Akuttmottak (PAM). Olaviken og HBE har ikke ØH-plasser, men tar imot pasienter snarest mulig (56).

Ressurser

- Faghjelpen om demens på [Allmenningen](#)
- Kompetansesenter for demens
 - demens@bergen.kommune.no
 - 53 03 29 75/76
 - Musikkerapeuter
 - Psykologtjenester
 - sykehjempsykolog@bergen.kommune.no
- [HR-konsern](#) HMS kurs for [ledere](#), [verneombud](#), [nettkurs for alle](#)
 - [Prosedyre](#) for forebygging, håndtering og oppfølging av vold og trusler
- Arbeidstilsynet.no og [mal](#) for kartlegging av risikovurdering og diagram med fargeskala
- RESIMA-kurs: Ressurser i møte med vold og aggresjon
- Henvisning til [Bedriftshelsetjenesten](#) ved ansattbelastning
- Prestetjenesten
 - Ronny.heimli@bergen.kommune.no

Referanser

1. **Helsedirektoratet.** *Demens. Nasjonal faglig retningslinje. Sist faglig oppdatert 3. januar 2020.* [Internett] 16. August 2017. [Sisert: 21. Januar 2020.] <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.
2. **Engedal, K. og Haugen, PK. (red).** *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling.* 4. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2018.
3. **Engtrø, E., et al.** Metodebok for sykehjemsleger. [Internett] 2015. <http://sykehjemshandboka.no/>.
4. **Nasjonal kompetansetjeneste, aldring og helse.** *ABC opplæringen: Demensomsorg Perm 2, Hefte 2: Hva er viktig for deg? Kapittel 1: Å ha demens: det fenomenologiske perspektivet.* Tønsberg : Forlaget aldring og helse, 2019.
5. **Brooker, D.** *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester.* Norsk utgave. Oslo : Forlaget Aldring og helse, 2013.
6. **Forskrift.** fra 28. oktober 2016 om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. [Internett] [Sisert: 14 Januar 2020.] <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>.
7. **Helsedirektoratet.** Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. *Helsedirektoratet.no.* [Internett] 2017. Sist oppdatert oktober 2018. [Sisert: 14 Januar 2020.] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten>.
8. **Ballard, C., et al.** Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *Plos Medicine.* DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>. 2018, Vol. 15, 2.
9. **Moseng, H.** Effekter på omsorgskvalitet for personer med demens ved bruk av personsentrert omsorg [Mastergradsoppgave]. Tromsø : Universitetet i Tromsø, 2014.
10. **Bergen kommune.** Prosedyre Mottak av beboer med vedtak om langtidsopphold i institusjon i Berge kommune. Revidert juni 2016. Gyldig til mars 2020. [Internett] [Sisert: 13 Januar 2020.] Intranett: Allmenningen.
11. —. Mottak og oppfølging av pasient med tildelt vedtak om korttidsopphold i institusjon i Bergen kommune. Publisert oktober 2019. Gyldig til mars 2020. [Internett] [Sisert: 14 Januar 2020.] Intranett.
12. —. Prosedyre: Kvalitetskrav for pleie og omsorgstjenestene, Byrådsavdeling for eldre, helse og frivillighet. Revidert nov. 2019. Gyldig til nov 2020. 2019.
13. **Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste.** Demens, behandling og oppfølging. *Miljøbehandling.* [Internett] [Sisert: 16 mars 2020.] <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/miljøbehandling/>.
14. **Sandvik, R.K. Selbaek, G. Seifert, R. Aarsland, D. Ballard, C. Corbett, A. Husebo, B.S.** Impact of a stepwise protocol for treating pain on pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial. *European journal of pain.* s. 1490-1500. 18, 2014, Vol. 10.
15. **Sandvik, R., Selbaek, G., Kirkevold, O., Aarsland, D. & Husebo, B. S.** Analgesic prescribing patterns in Norwegian nursing homes from 2000 to 2011: trend analysis of four data samples. *Age and Ageing.* Side 54-60. doi: 10.1093/afv184, 2016.
16. **Røsvik, J. og Mjørud, M.** *VIPS-manualen for tjenester i hjemmet. Personsentrert omsorg for personer med demens. Kap. 6 side 55.* Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2017.
17. **Nasjonal kompetansetjeneste, aldring og helse.** *ABC-opplæringen: Musikkbasert miljøbehandling. Hefte 5: Terapeutisk lyd miljø. Kapittel 1- 2.* . Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2019.
18. **Statped.** Sansetap. *Syn og hørsel hos eldre.* [Internett] [Sisert: 23 mars 2020.] <http://eldre.sansetap.no/syn-og-hoersel>.
19. **Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer.** Helse Bergen. Haukeland universitetssjukehus. *Søvn hos eldre.* [Internett] [Sisert: 24 mars 2020.] <https://helsebergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-sovnsykdommer-sovno/sovn-hos-eldre>.
20. **Sandvik, R.** Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien.* s. 92-96. DOI nr 10.4220/Sykepleiens.2020.80594. 2020, 02.

21. **Tretteteig, S. (red.), et al.** *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2016.
22. **Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse.** *ABC-opplæringen: Demensomsorg Perm 2. Hefte 1. Kapittel 1 - En utvidet forståelse av å leve med demens*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2019.
23. **Rokstad, AM og Smedbye, KL.** *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo : Akribe, 2008.
24. **Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse.** *ABC opplæringen: Demensomsorg Perm 1, Hefte 4: Personsentrert omsorg som verdigrunnlag i møte med personer med demens. Kapittel 3: Kommunikasjon - en forutsetning for personsentrert omsorg*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2019.
25. **Røsvik, J. og Mjørud, M.** *VIPS-manualen for ledere. Personsentrert ledelse - fra visjon til praksis*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2017.
26. **Munch, M., Storjord, MB. og Andersen, A.** *Arbeidshefte for Marte Meo-veiledere. 2. utgave. s.l. :* Forlaget Aldring og helse, 2015.
27. **Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse.** *ABC opplæringen: Musikkbasert miljøbehandling, Hefte 1: Musikkbasert miljøbehandling - en innføring. Kapittel 1: Hva er musikkbasert miljøbehandling*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2019.
28. **Røsvik, J., et al.** *Implementering av personsentrert omsorg. Fire metoder som utfyller hverandre. [Temahefte]*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2016.
29. **Røsvik, J.** VIPS praksismodell –personsentrert omsorg inn i rutineene på avdelingen. *Demens & Alderspsykiatri*. 2013, ss. 11-2.
30. **Rokstad, AM., et al.** 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*. 36, 2013.
31. **Lichtwarck, B., et al.** Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. s. 26-38, 2018, Vol. 26, 1 <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.05.015>.
32. **Myhre, J., Lichtwarck, B. og Bergh, S.** Delt forståelse og felles forpliktelse. En kvalitativ studie av personalets erfaringer med TID-refleksjon i en alderspsykiatrisk avdeling. *Tidsskriftet Aldring og helse*. 22, 2018, 1.
33. **Helsedirektoratet.** *Pårørendeveileder. Nasjonal veileder*. 2017. Sist oppdatert 28.januar 2019.
34. **Jakobsen, R. og Homelien, S.** *Pårørende til personer med demens - om å forstå, involvere og støtte*. Oslo : Gyldendal Akademisk, 2011.
35. **Selbæk, G. og Kirkevold, Ø.** 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, Vol. 7, 16, ss. 528-36.
36. **Selbæk, G., Engedal, K. og Benth, JS.** The course of neuropsychiatric symptoms in nursing-home patients with dementia over a 53-month follow-up period. *Int Psychogeriatr*. 2014, Vol. 26, 1 s. 81-91.
37. **Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse.** *ABC opplæringen: Demensomsorg Perm 1, Hefte 9: Demensomsorg i sykehjem. Kapittel 4: Nevropsykiatriske symptomer*. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2019.
38. **Lichtwarck, B., Væringstad, A. og Hoel, KA.** *Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens og andre psykiske tilstander. Manual, 3.utgave. s.l. :* Sykehuset Innlandet HF. Divisjon psykisk helsevern. Forskningscenter for Aldersrelatert Funksjonssvikt og Sykdom (AFS). Helse Sør-Øst., 2019.
39. **Røsvik, J.** *VIPS-manualen. Personsentrert omsorg for personer med demens. [Hefte]*. Oslo : Aldring og helse Nasjonal kompetansetjeneste, 2011.
40. **Forskrift.** fra 1.juli 2013 For sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. [Internett] [Sisert: 13 Januar 2020.] <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>.
41. **Helsedirektoratet.** Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer. Rundskriv 04/2015. Sist oppdatert 01/2018. [Internett] [Sisert: 13 Januar 2020.] <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer>.

42. **Nasjonal kompetansetjeneste, aldring og helse.** *ABC-opplæringen: Demensomsorg Perm 2, Hefte 6: Om bruk av tvang og varsling av overgrep.* Kirkevold, Ø.; Sandmoe, A. Tønsberg : Forlaget Aldring og helse, 2019.
43. **Helsetilsynet.** Tvil om tvang. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp [RAPPORT]. [Internett] 5/2013. [Sisert: 30 mars 2020.] https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2013/helsetilsynetrapport5_2013.pdf.
44. **Pedersen, R., Hoffmann, B. og Mangset, M.** Pasientautonomi og informert samtykke i klinisk arbeid. [Oversiktsartikkel]. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2007, 127, ss. 1644-7.
45. **Killett, A., et al.** Digging deep: how organisational culture affects care home residents' experiences. *Ageing & Society*. 2016, Vol. 36. s. 160-188.
46. **Arbeidstilsynet.** Arbeidstilsynet. Tema: Psykososialt arbeidsmiljø. [Internett] [Sisert: 21. Januar 2020.] <https://www.arbeidstilsynet.no/tema/psykososialt-arbeidsmiljo/>.
47. **Indregard, A.M., Knardahl, S. og Nielsen, M.B.** Emotional dissonance and sickness absence: a prospective study of employees working with clients. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2016, Vol. 90, 89-92 (2017). DOI: <https://doi.org/10.1007/s00420-016-1176-9>.
48. **Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. og Skaug (red.), EA.** *Grunnleggende sykepleie. Bind 3 - Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. Oslo : Gyldendal Norsk Forlag, 2011. ss. 181-190, kap. 23.
49. **Rokstad, AMM., et al.** The impact of the Dementia ABC educational programme on competence in person-centred dementia care and job satisfaction of care staff. *International Journal of Older People Nursing*. Published online, October 2016. DOI: [10.1111/opn.12139](https://doi.org/10.1111/opn.12139). 2016.
50. **Bergen kommune.** BK Kvalitet, Intranett. *Prosedyre for å melde uønsket hendelse*. [Internett] [Sisert: 20. Januar 2020.] <https://bergen.extend.no/cgi-bin/document.pl?pid=bergen&DocumentID=1571&UnitID=3196>.
51. **Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI).** Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø (NOA). *Ifølge arbeidsmiljøloven skal arbeidstakere beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følger av kontakt med andre*. [Internett] [Sisert: 21. Januar 2020.] <https://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/psykososialtorganisasjon/vold-mobbing-trakkasering/vold-og-trusler/>.
52. **SSB.** *SSB Analyse: Vold, trusler og trakassering i arbeidslivet. Kvinner og menn i helseyrker møter mest vold og trusler*. 2018/22.
53. **Bergsagel, Ingvald.** Sykepleien. *Seksuell trakassering - En av tre unge sykepleiere trakassert av pasienter siste år. Undersøkelse av over 20 000 sykepleiere i NSF*. [Internett] [Sisert: 21. Januar 2020.] <https://sykepleien.no/2018/02/en-av-tre-unge-sykepleiere-trakassert-av-pasienter-siste-ar>.
54. **Bergen kommune, HR konsern.** Allmenningen. *Prosedyre for forebygging, håndtering, og oppfølging av vold og trusler*. [Internett] [Sisert: 20 Januar 2020.] <https://allmenningen.bergen.kommune.no/ansatthjelpen/hr/hms-arbeidsmiljo-og-bedriftshelsetjenester/systematisk-hms/hms-prosedyrer-og-veiledere/prosedyre-for-forebygginghandtering-og-oppfolging-av-vold-og-trusler>.
55. **Bergen kommune.** Kriterier for tildeling av pleie- og omsorgstjenester. *Allmenningen*. [Internett] [Sisert: 12 mai 2020.] <https://allmenningen.bergen.kommune.no/styringsdokument/SD-18-1094>.
56. **Helse Bergen, Haukeland Universitetssykehus.** Alderspsykiatrisk tilbud i Helse Bergen HF sitt opptaksområde. Rettleiar for tilvising. [Internett] [Sisert: 13 Januar 2020.] <https://helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psykiatrisk-klinikk/alderspsykiatri/alderspsykiatri-tilvisning>.
57. **Røsvik, J., et al.** *Dette må jeg kunne - Introduksjon til helse og omsorgsarbeid. [Hefte]. 2.* Tønsberg : Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2013. 978-82-8061-213-7.