

Vernepleieren i eldreomsorgen/ demensomsorgen

God miljøterapi har ingen bivirkninger

MARIT SJØRENGEN

Marit Sjørengen, vernepleier utdannet ved Høgskolen i Lillehammer 1997. Arbeidssted: Demensenheten, Ringsaker kommune.

I demensomsorgen trengs det både varme hender, et godt hjerte og et klokt hode. Har vi disse egenskapene på plass, i tillegg til kompetanse, etisk refleksjon og interesse, begynner vi å nærme oss den gode vernepleieren. Forutsetningen er at vernepleieren viser disse egenskapene i samhandling med pasienten og pårørende, altså i den kliniske hverdagen.

I rammeplanen for vernepleierutdanningen står det blant annet at «vernepleieren må ha kunnskaper, ferdigheter og holdninger som gjør ham/henne sensitiv og lydhør overfor brukernes signaler og være i stand til å omsette vedkommendes ønsker og behov til praktisk bistand og tjenesteyting».

Jeg skal forsøke å konkretisere dette og si noe om hva jeg mener er viktig kunnskap som vernepleieren må inneha i eldreomsorgen.

Begrepet selvbestemmelse er sentralt i vernepleierens vokabular, og det er viktig å ha fokus rettet mot det. Imidlertid er selvbestemmelse som begrep et paradoks i demensomsorgen. Det begrunner jeg i at det er problematisk å bestemme over eget liv, etter hvert som demenssykdommen utvikler seg. Begrepet deltakelse er mer relevant for pasienter med langtkommen demens, og

det forutsetter at personalet legger til rette for *deltakelse* ved å kompensere for svikten på ulike områder.

Selv om jeg i utgangspunktet er spurt om å skrive om vernepleieren i eldreomsorgen, velger jeg å ha fokus mer spesifikt på demensomsorgen. Jeg begrunner det i at ulike studier av pasienter i vanlige sykehjem viser at vel 80 prosent har en kognitiv svikt av en slik grad at de burde hatt en demensdiagnose. Erfaringsmessig vet vi at god demensomsorg også er god eldreomsorg.

Selv har jeg hatt min arbeidsplass i demensomsorgen som vernepleier de siste ti årene, noe jeg trives svært godt med og er stolt over. Jeg tror det er viktig å få fram at vi som vernepleiere har mye å bidra med i demensomsorgen, og da spesielt med tanke på miljøarbeid. Det virker ikke som om alle kommuner ser på vernepleiere som en relevant profesjon innen dette fagfeltet.

Demensomsorgen er et komplekst fagfelt, og jeg er av den oppfatning at det er et minus at enkelte profesjoner tilsynelatende har monopol innen dette fagfeltet. Jeg mener at tverrfaglighet bør få mer fokus innen demensomsorgen, nettopp for å møte den tidligere nevnte kompleksiteten. Det er vel kanskje ikke bevisst at vernepleierne ikke er en like stor del av fagfolkene her? Det handler nok like mye om at vernepleierne er en relativt ny yrkesgruppe i forhold til en del andre profesjoner. Vernepleierne må i større grad vise hva de er gode til for å bli sett i andre sammenhenger enn det fagfeltet vernepleierutdanningen i utgangspunktet var ment for.

Jeg velger å fokusere på følgende sentrale områder:

- Kompetanse i demensomsorgen
- Tverrfaglighet

Kompetanse i demensomsorgen

Demens er som tidligere nevnt et komplekst fagfelt, hvor det er viktig med kunnskap om *geriatri*, *alderspsykiatri*, *etikk*, *miljøterapi* og

sist, men ikke minst, *relasjonskunnskap*. Det betyr at vi må ha en holistisk tankegang i møte med pasienter med demens.

Smerter, depresjon eller uheldige miljøfaktorer kan for eksempel være bakenforliggende årsaker til utfordrende atferd hos pasienter med demens. En av mine begrunnelser for at demensomsorg er et interessant fagfelt, er som sagt at det forutsetter kunnskap på et bredt område og at vi som vernepleiere må ha fokus på det enkelte mennesket, og dette krever detektivarbeid mer enn å finne fasitløsninger på faglige utfordringer. Godt detektivarbeid i denne konteksten handler om at vi eksempelvis observerer at obstipasjon er årsak til pasientens uro og igangsetter de rette tiltak framfor å gi beroligende medikamenter. Når det gjelder *geriatri* må vi ha kunnskap om de vanligste demenssykdommene og ulike tilnærminger. Eksempelvis er egostøttende tiltak som grensesetting og skjerming viktige tiltak for å skape trygghet hos pasienter med frontotemporallappdemens. Dette er viktige individuelle miljøterapeutiske tiltak. Med det mener jeg alle typer tilrettelegging i omgivelsene som er identitetsbevarende, stimulerende og betryggende. Målsetningen med miljøterapien er at den skal bidra til økt livskvalitet og skape gode øyeblikk for pasientene.

Vernepleierens kunnskap om ulike demensformer, med kognitive utfall og praktiske konsekvenser og begrensninger som følger av disse, vektlegges i særlig grad i vernepleierens utdanning.

En av våre viktigste oppgaver i demensomsorgen er å ha fokus på *habiliteringsbegrepet*, i den forstand å finne tiltak som kompenserer for pasientens svikt. *Habiliteringsbegrepet* handler her om å tilrettelegge for mestring, slik at krav som blir satt står i forhold til pasientens ferdigheter. Dette er viktig for at pasienten ikke skal oppleve unødige nederlag. *Rehabiliteringsbegrepet* er ikke så relevant hos pasienter med demens, da demens er en progredierende sykdom. Imidlertid kan *rehabiliteringsbegrepet* være aktuelt i forhold til å trene seg opp etter brudd eller annen somatisk lidelse, samt at det i noen tilfeller kan være relevant i en tidlig fase hos dem som har en vaskulær demens.

Videre må vi ha kunnskap om de eldres sykdommer og behandling (geriatri delen). Vi bør også ha kunnskap om at en del medikamentbivirkninger kan gi økt forvirring hos pasienter med demens. Pasienter med demens er sårbare for både fysiske, psykiske og miljømessige påvirkninger. Eksempelvis kan infeksjoner av ulike slag føre til økt forvirring og uro. Da er det viktig at vi har kunnskap som gjør oss i stand til å igangsette de rette tiltak, i stedet for å gi beroligende medikamenter! Rette tiltak i denne sammenhengen er god observasjon av pasienten og å vurdere CRP (C-reaktivt protein). Proteinet produseres i leveren og har forbindelse med betennelsesreaksjoner i kroppen, og denne prøven er forhøyet ved bakterielle infeksjoner). Resultatet av CRP må rapporteres til sykehjemslegen, som eventuelt ordinerer antibiotikabehandling.

God observasjon krever at vi har kunnskap om den normale aldringsprosessen (gerontologi), for å kunne vite hva som er geriatri og som krever ulike behandlingsformer. Vernepleieren har erfaring med brukergrupper som har begrensede muligheter til å formidle virkning og bivirkning av medikamenter og det er en viktig og nødvendig ferdighet i demensomsorgen.

I tillegg er det viktig å ha kjennskap til pasientens bakgrunnsopplysninger/ biografi, som grunnlag for å møte pasienten på en individuell måte. For at aktivisering skal være vellykket og gi gode øyeblikk for pasienten, må det være kjente og kjære handlinger som «sitter i ryggmargen», og da er det alfa og omega at vi vet hva som har vært pasientens interesser før demenssykdommen.

Kunnskap om *alderspsykiatri* er viktig. Symptomer som angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger forekommer hyppig hos pasienter med demens. Det kan til tider for eksempel være vanskelig å observere at en pasient med langtkommen demens er deprimert, da både demens og depresjon kan ha en del sammenfallende symptomer. Derfor må personalet kunne anvende ulikt kartleggingsverktøy. Dette vil være en hjelp for sykehjemslegen til å stille rett diagnose, igangsette behandlingstiltak og evaluere effekten av tiltakene. Bruk av relevant kartleggingsverktøy er også

en del av vernepleierens fagfelt når det gjelder å observere ferdigheter hos personer med mental svikt. Vernepleierens generelle kartleggings- og registreringskompetanse kommer godt med i demensomsorgens høye krav til observasjon.

Etisk kompetanse er grunnlaget for all god pleie og behandling i eldreomsorgen. Vi har i stor grad livet til pasientene i våre hender, det krever at vi til enhver tid er bevisste på vår maktposisjon som hjelpere og at vi aldri misbruker den! Dette krever refleksjon over hva vi gjør, hvorfor og hvordan. Gode faglige og etiske begrunnelser for våre handlinger er nødvendige for å handle til pasientens beste og forebygger unødig bruk av makt og tvang. Grensegangen mellom unnfallenhet og bruk av mild tvang kan imidlertid være marginal hos pasienter som ikke alltid vet sitt eget beste. Her kommer både plikt- og konsekvensetikken til anvendelse i forhold til eventuell bruk av pasientrettighetsloven kap. 4A. Skal det skrives vedtak etter denne loven, må tillitskapende tiltak være prøvd først. Andre kriterier for at tiltak med tvang skal kunne brukes er:

- Pasienten mangler samtykkekompetanse
- Helsehjelpen må være av nødvendig karakter
- Pasienten må motsette seg helsehjelpen

Generelt er det viktig å huske at det er personalet som må tilpasse seg pasientenes atferd, og ikke motsatt! Jeg mener at avdelinger eller enheter som vektlegger å ha fokus på etikk, får igjen for det på flere måter. Positiv effekt av dette er blant annet økt trivsel og trygghet både for pasienter og pårørende, motiverte og kreative medarbeidere, godt omdømme og bedre muligheter for rekruttering av dyktige fagfolk. Når det gjelder etisk bevissthet i forhold til mennesker med mental svikt, er ikke dette noe nytt innen vernepleierens fagfelt. Vernepleierne har tradisjon for å være gode moralske aktører, er meget bevisste i forhold til bruk av makt og tvang, og har fokus på alternative tiltak som ikke innebærer elementer av tvang.

God miljøterapi er av stor betydning i demensomsorgen. Når det gjelder eksempler på individuelle miljøtiltak, omhandler dette alt fra sang og musikk til måltider og sansestimulering. Det er vel fantasien til personalet som setter begrensning her, men det som er viktig er å finne aktiviteter som pasienten mestrer og trives med. Bakgrunnsopplysningene er til god hjelp her også. Miljøtiltak bør alltid være første prioritet i demensomsorgen. Dette på grunn av at pasienter med demens ofte er sårbare for medikamentbivirkninger, og at effekten av ulike psykofarmaka også kan være variabel. God miljøbehandling har ingen bivirkninger!

Miljøarbeid er en del av fagplanen for vernepleierne, og en svært viktig faktor i demensomsorgen. Eksempelvis har vernepleieren spesifikk kunnskap om ferdigheter knyttet til det å kunne analysere forhold som har sammenheng med utfordrende atferd. I tillegg har vernepleieren mål om å kunne bedre pasientens livskvalitet, hvor aspekter knyttet til å bevare personlig verdighet settes i fokus.

Relasjonskunnskap og kommunikasjon. Ferdighetstrening i kommunikasjon og samspill inngår i fagplanen til vernepleierne. Kunnskap på dette området er helt nødvendig i demensomsorgen, i tillegg til å kjenne pasientens bakgrunn. Etter hvert som demenssykdommen progredierer, vil pasienten få redusert hukommelse og språkevne, og vedkommende vil da i større grad kommunisere via sin atferd, eller på en non-verbal måte. Eksempelvis kan motorisk uro skyldes angst, og kan dreie seg om tidsforskyving, hvor pasienten bekymrer seg over ansvar for gamle foreldre. Da er det viktig at vi kan anvende ulike prinsipper i kommunikasjonen, som:

- Validering, en kommunikasjonsform som møter pasienten på det emosjonelle planet. Det betyr for eksempel at vi verken bekrefter eller avkrefter pasientens verbale utsagn, men prøver å fange opp det følelsesmessige innholdet og kommuniserer ut fra det. Hvis vernepleieren da har gjort seg kjent med pasientens bakgrunn, vet han eller hun hva som var foreldrenes navn

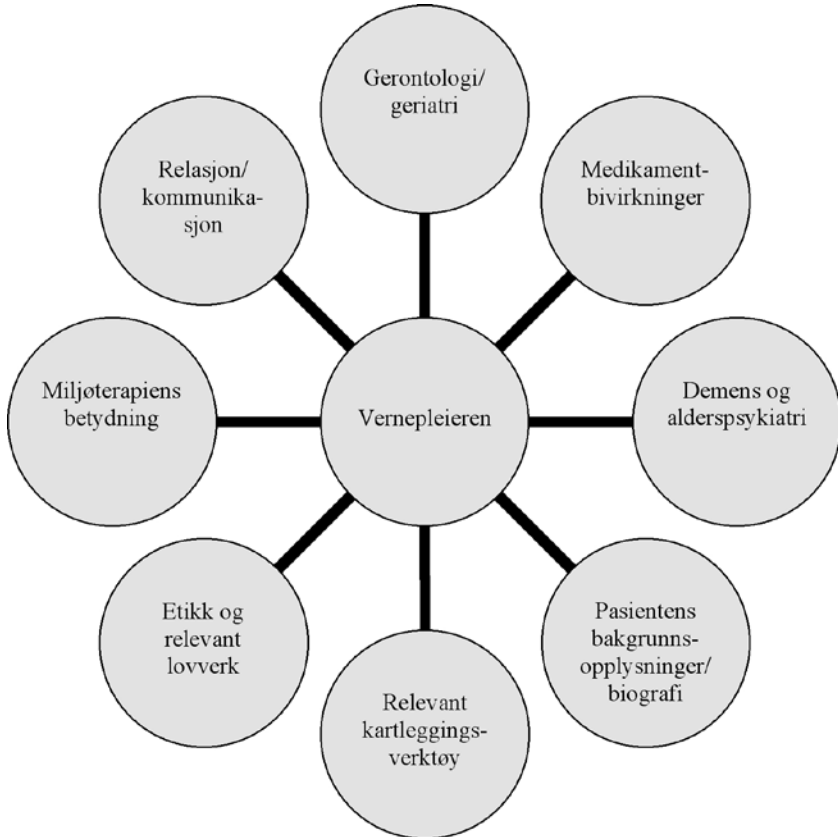
og kanskje litt om hva slags forhold de hadde. Denne kunnskapen er unik i forhold til å få til en god dialog.

- **Reminisens (minneaktivitet).** Reminisens forutsetter også til en viss grad at vernepleieren har kjennskap til pasientens historikk. Å bla i gamle album kan vekke til live mange gode minner. Gammel redskap og bruksgjenstander kan også være et godt utgangspunkt for å få til den gode samtalen. Visualiseringen her er viktig, og har sammenheng med at gjenkjenningsevnen som oftest er bedre bevart enn gjenkallingsevnen.
- **Realitetsorientering.** I det fysiske miljøet er det viktig med skilting på dører etc. for å skape trygghet og oversikt. Som kommunikasjonsform kan realitetsorientering være greit for noen pasienter, mens andre kan føle det provoserende. Personalet må være ydmyke og bevisste på hvordan de i så fall presenterer realitetsorienteringen. Uansett hvilken tilnæringsmåte som anvendes, er vennlighet og respekt grunnleggende ingredienser for å skape gode øyeblikk for pasienten. Personalet har et stort ansvar og muligheter for å øke trivsel og fungering for pasientene til tross for alvorlig kognitiv svikt. Jeg har mange opplevelser av at respekt og vennlighet i møte med pasienten i stor grad kan forebygge utfordrende atferd som er av miljømessig karakter. Vernepleieren har tradisjon for å vurdere tjenestebehovet for pasientene med grunnlag i holistisk tenkning, samt identifisere og tilrettelegge rammebetingelser i miljøet, og dette mener jeg er en forutsetning for å skape gode relasjoner.

Illustrasjonen på neste side viser hva jeg mener er viktig kunnskap og ferdigheter for å arbeide i demensomsorgen. Kunnskapsbredden viser at det både er et interessant og utfordrende fagfelt.

Tverrfaglighet. Jeg anser tverrfaglighet i demensomsorgen som helt nødvendig for å kunne gi en helhetlig behandling og omsorg. Min mening er at tverrfaglighet vil berike mulighetene for å utvikle gode tilnæringer eller metoder for å møte og forstå pasientene. Det er viktig at alle deler kunnskap uansett profesjon, i stedet for

Den kompetente vernepleieren i demensomsorgen bør ha *kunnskap* og *ferdigheter* om:



å bruke energi på profesjonsstrid. Å dele kunnskap og erfaring danner grunnlaget for kompetanseutvikling, som igjen vil komme pasientene til gode. Videre er det en forutsetning at personalet kjenner sin egen begrensning i forhold til ulike ferdigheter, og tar kontakt med andre profesjoner eller nivåer dersom de føler behov for mer kunnskap og veiledning. Samarbeid må være grunnpilaren

for å gjøre hele personalgruppa god; en klok huskeregel er at en avdeling aldri er bedre enn det svakeste leddet. Selv om jeg er av den oppfatningen at alt personale er like viktig på en avdeling, mener jeg at høgskolepersonell skal framstå som gode rollemodeller for resten av personalgruppa. Det gir positive ringvirkninger i forhold til hvordan pasienter og pårørende møtes. Vernepleieren har erfaring med å arbeide tverrfaglig, deler av utdanningen har fokus på nettopp dette.

Jeg har lært mye av andre profesjoner opp gjennom årene, og jeg tror at det har vært gjensidig. Slik jeg ser det, har vernepleiere mange relevante ferdigheter og kunnskap som vil styrke demensomsorgen, både i forhold til økt kompetanse, større grad av tverrfaglighet og økt rekruttering av fagfolk i eldreomsorgen. Videre tror jeg at deler av fagplanen for vernepleierne, som metodisk miljøarbeid og ferdighetstrening i kommunikasjon og samspill, er viktig for å tilrettelegge for pasientens deltakelse i demensomsorgen. Husk at GOD miljøterapi har ingen bivirkninger. Vernepleierens kompetanse er unik i den forstand at den har både sosial- og helsefaglig forankring, noe jeg mener også er en fordel i forhold til ledende posisjoner i pleie- og omsorgssektoren.

Med dette ønsker jeg vernepleieren velkommen til et interessant fagfelt!

*Du vet du er vernepleier når...
barnet ditt forklarer besteforeldrene at «de skal liksom
ikke gi meg oppmerksomhet for det jeg gjør, for da tror
de at jeg slutter med det»*



«Humlesnurr» Herleik Kristiansen