Demens og søvn

***Tinna Klingenberg**, udviklingskoordinator, Videnscenter for Demens, Aalborg Kommune, sygeplejerske, SocD og Marte Meo terapeut*

Neuropædagogik

Socialpædagogik

Else sover dårligt - hun vågner hele tiden, og vi har i det hele taget også svært ved at få hende til at falde i søvn, hvad skal vi gøre?

Svarene her kan være mange - hurtige løsninger og metoder der ligger klar til at gøre brug af. Prøv med; en kædedyne, massage, en klud med lavendeldråber under puden, gode relationer og en hyggelig stund før hun sover, en dram, havregrød eller reguleret døgnrytmelys. Hvad man end vælger, vil man anvende trial-and-error-metoden, hvis man udelukkende lader sig forblænde af, hvad der er det nye sort lige nu, eller hvad der er "en evidensbaseret metode". Trial-and-error betyder, når man ser på Wikipedia; "*planløs aktivitet og tilfældige bevægelser, fordi man ikke har overblik over situationen og ikke har nogen meningsfuld forestilling om, hvordan et problem løses, eller et mål nås*".

Det betyder, at det manglende overblik over, hvorfor Else har svært ved at sove, skal skabes først, ellers er det ikke en ordenligt og god, velovervejet pleje og omsorg vi tilbyder Else. Selvfølgelig skal vi arbejde evidensbaseret, og mange siger også, at selvom det ikke er evidensbaseret. betyder det ikke, at det ikke virker. Dette kan der jo være noget om. Men omvendt kan man også sige, at fordi det er evidensbaseret betyder det ikke at det virker… for Else. Fordi Else er mørkeræd og har altid været det, og det døgnrytmelys vi har installeret på Elses stue betyder, at Elses stue henlægges i tusmørke om aftenen, og så bliver Else bange. Else ved jo ikke, hvad der er evidensbaseret.

For at skabe det overblik der kan give grundlag for god omsorg, og hvilke metoder der kan være relevante at inddrage i forhold til søvn og demens, kan man tage udgangspunkt i Tom Kitwoods personorienterede tilgang. Stort set alle der arbejder med demensområdet kender metoden, og ved at bruge den som udgangspunkt sikrer vi os, at vi kommer hele vejen rundt om mennesket, personen "Else". Vi kan arbejde nok så meget med tilknytning og relation, hvis Else er bange, fordi der sidder en dame og kigger på hende hele natten (fejlopfattelse af eget spejlbillede), og har Else en urinvejsinfektion, går den ikke væk med en kædedyne.

Det vil sige, at vi skal se på både: Helbred, neurologiske forandringer, biografi, personlighed og socialpsykologi. Ligeledes skal der kigges rundt om de 5 psykologiske behov. Herunder kan der ligge mulige løsningsforslag, der så kan kombineres til netop den omsorg og pleje, Else har brug for, for at få en god nats søvn.

Neurologiske forandringer:
Ved demenssygdomme optræder søvnforstyrrelser ofte som en del af symptombilledet. Hvilke søvnforstyrrelser der er tale om, varierer alt efter hvilken type demens der er tale om. Der er ikke evidens for at behandle søvnløshed medicinsk. Både sovepille og antidepressiver har en meget begrænset effekt. Så når man taler om søvnforstyrrelser og demens i forhold til at søvnforstyrrelsen er en del af symptombilledet hos personer med demens, så er der ikke meget medicinsk, man kan stille op med(1).

Når det så er sagt, kan man dog se på, om der er nogle af de kognitive færdighedstab, der kan være årsag til, at man ikke sover så godt.

Man bør analysere, om der er noget i forhold til plejen og omsorgen omkring personen der skal justeres.

Hvis vi ikke hjælper personen med demens på en måde, så det er tilpasset ud fra deres kognitive funktionsniveau. Hvis vi "lader dem i stikken", og de er forvirret, fordi de er sat til at løse en opgave, der indeholder for store krav til, at de selv kan overskue det, vil det ofte sætte personen med demens i en tilstand af stress. Stress bevirker, at det bliver sværere for personen at falde til ro og falde i søvn.

Så: får Else tilpas hjælp? Der er mange mulige overvejelser, men gennemgår man de 5 Aér så er man godt dækket.

(1)Søvn og Søvnforstyrrelser ved demenssygdomme, Poul Jennum, dr.med. Læs her.

Amnesi: Husker personen hvad de er i gang med, ellers glemmer de, at de er på vej i seng. Kan man have rutiner, der kan være let genkendelige, der kan støtte hukommelsen?
Adfærd: Afledes personen af andre ting pga. manglende evne til at sortere indtryk? Kan personen der tænker: "jeg tror jeg vil gå i seng! ", selv planlægge og udføre denne tanke uden hjælp og støtte, eller skal der hjælp til?
Agnosi: Kan personen klokken, og kan de orientere sig i tid eller sted, eller skal de have hjælp til dette? Er det nemt at genkende egen stue? kan vi gøre noget for, at det opfattes som et rart sted, eller genkendes bedre som ens eget hjem?
Apraksi: Ved de hvordan de gør sig klar til natten, ved de hvordan de får nattøj på osv. Eller skal der mere støtte og guidning til?

*"Om aftenen er jeg **bange** for, om jeg kan finde ud af at stå op næste morgen og gå i bad og finde tøj og ordne hår og ansigt. **Bange** for om jeg får gjort hvad jeg skal"*
(Kirstens Dagbog)

Afasi: Kan de give udtryk for verbalt, at de er trætte, eller er der tegn vi skal lære at se i stedet? Afpasser vi vores kommunikation, så det er nemt for personen med demens at forstå hvad vi siger til dem? Eller stresser vi dem ved at bruge for mange ord?

Helbred (2)
Er der Delir? Depression? Har man smerter? skal man tisse mange gange om natten? Kan det behandles, lindres? Har man fået aftenkaffe, the eller andet med koffein der er opkvikkende lige før sengetid? Har man lavet noget i løbet af dagen, så man er naturligt træt? er man sulten? Døjer man med meget mavesyre og sure opstød når man ligger ned? har man vejtrækningsproblemer KOL etc. der betyder at man ligger bedre med hovedgærdet let eleveret? Får man medicin med bivirkninger der forstyrre nattesøvnen. Har man det varmt nok Ligger man godt, med puder og aflastning osv.

Brug ikke alkohol som sovemedicin. Man falder ofte hurtigere i søvn, når man har alkohol i blodet, men så længe der er alkohol i kroppen undertrykkes det normale søvnmønster, og søvnen er mere overfladisk med flere opvågninger. Herved forringes søvnkvaliteten, hvilket medfører træthed dagen efter (3).

Men hvad nu, hvis Else hver eneste aften de sidste 60 år har taget et halvt glas portvin før sengetid? Det er en klar markør, som Else kan genkende. Skal hun så have den? Vi lader spørgsmålet stå.

Biografi:
Har man hele livet sovet med sin hustru ved siden af og er man nu flyttet på plejehjem og sover alene? Er man mørkeræd? Skal der være helt stille, eller skal der være lidt lyd omkring en? Har man haft natarbejde hele livet eller været bager og stået op klokken 03? Er man tidligere sygeplejerske og Skal natte af på afdelingen inden man har ro på sig?

Personlighed:
Hvilke vaner har man haft? En øl til aften? faldet i søvn til fjernsynet? Aftensnack før sengetid? Har man haft meget strukturerede sengetider? har man siddet oppe midt på natten og læst lidt og så gået i seng igen? Er man A- eller B-menneske? Skal der være koldt eller varmt i soveværelset, hård eller blød madras osv.

Social psykologi:
Måden jeg bliver mødt på.

De 5 psykologiske behov:
Her er der nogle ting der er alment gældende, som ikke kun gælder Else, eller personer med demens generelt, men os som mennesker generelt. Nogle mangler det mere end andre, men fælles er at hvis vi ikke får opfyldt vores psykologiske behov som tilknytning, trøst, følelse af identitet, at have meningsfuld beskæftigelse og føle os anerkendt, elsket og inkluderet af menneskerne omkring os, så fungerer vi ikke særligt godt

Vi er ikke kun os selv, vi er altid i en relation til en anden. 'Forviklet med hinanden' (4)- siger Kari Martinsen blandt mange andre teoretikere, og hvorfor er det vigtigt i forhold til søvn og demens?

(2) hos ældre med demens OBS de 5 geriatriske giganter; Ellen Astrid Holm og Finn Rønholt (red.) *Geriatri* ,Munksgaard 2016

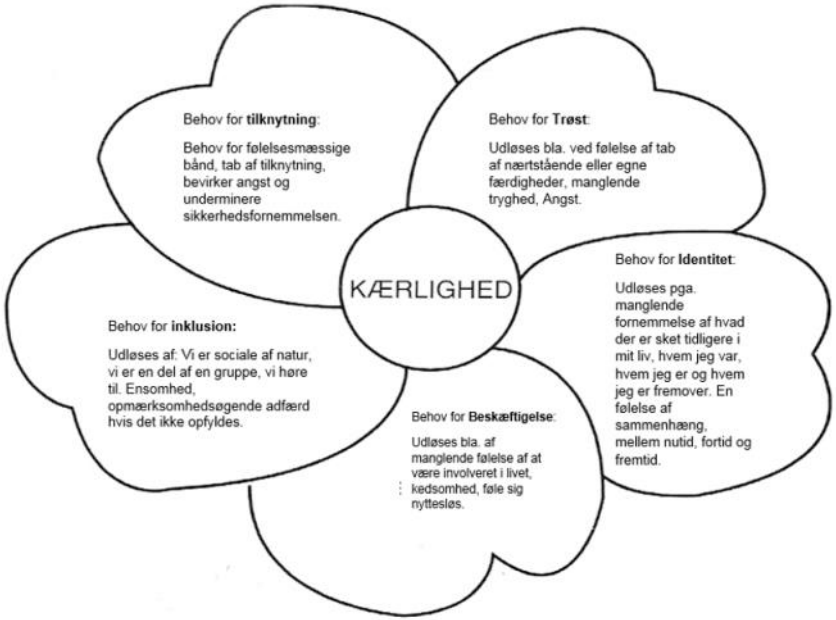
(3) Søvn og søvnproblemer hos ældre, socialstyrelsen 2000 Afdelingslæge, ph.d. Pia Norup Würtzen, Neurologisk Afdeling, Københavns Amts Sygehus i Gentofte
(4) Sanselig sygepleje, Sygeplejersken 1997 ; (7): 18-22. Sygeplejefaglige artikler, Anne Elsebet

Det er det igen fordi, hvis man skal sove/falde i søvn, har man brug for at være afslappet og godt tilpas, at man føler en indre ro. Den indre ro påvirkes af og skabes sammen med andre.
Når vi eksempelvis befinder os i en situation, hvor vi er angste, aktiveres en fight or flight-respons

På baggrund af neurovidenskabelig forskning kan det forklares ved, at når arousal øges, sker der et skift i, hvilke neurale systemer der aktiveres (5). Vi begynder bl.a. at udskille cortisol, og vores krop er i en stresstilstand. Det er ubehageligt, men også kontraproduktiv, hvis vi skal sove. Hvis de psykologiske behov ikke er opfyldte, kan det give anledning til angst følelse (se figur 1). Kittwood siger det samme, selv om han ikke er neurobiolog, han taler blot om den ondartede social psykologi. Mødes vi ikke på de relationelle og emotionelle behov vi har, gør det noget ved os.

Så hvordan bliver Else Mødt? Hvordan er hendes behov dækket over dagen? Mødes hun af et stort smil på gangen eller et vigende fortravlet blik fordi stue 14 har kaldt igen? hvordan er kulturen? ”må man godt stå op klokken 4.30?” Er stedet man bor og hjælpen man får, eksempelvis i eget hjem af hjemmeplejen, indrettet efter dette? Er der faste rytmer og vagtskifter, der kollidere med de vaner den enkelte kan have? Går Elses dag med at vente på næste måltid, eller har hun indhold i sit liv? Modtager Else omsorg? Med andre ord: er de relationer Else møder i løbet af dagen, med til at hun kan gå i seng med ro i sindet og sove trygt?

Så summa summarum handler det om først at finde ud af **hvorfor** sover Else ikke godt, for dernæst at inddrage den **faglige viden** vi har inden for de respektive områder med de metoder, indsatser og hjælpemidler der måtte være. Slutteligt vil jeg citere Dorthe Birkmose, da hele humlen under overskriften Demens og søvn ville kunne samles i de to sætninger nedenfor. Artiklen kunne have heddet demens og ambulering eller demens og hjælpesøgende adfærd eller alt muligt andet, for mig at se er fremgangsmåden, overvejelserne de samme.



Figur 1, frit efter-Tom Kitwood, En revurdering af demens.

…..Faglighed skaber den kreativitet, der kræves for at lave de individuelle strategier, som kan sikre, at man lykkes med at hjælpe andre.
….Vi kan roligt gå i gang med i langt højere grad at bruge al den viden, som allerede er tilgængelig (6).

(5) Fonagy og Luyten 2009

(6) https://dorthebirkmose.dk/wp-content/uploads/2013/07/M%C3%B8det-med-de-forr%C3%A5ede-professionelle.-Autismebladet-endelig-udgave.pdf