



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Demens i sykehjem - Se meg for den jeg er

Demencia in nursing homes - See me for who I am

Fiskerstrand Eva

Totalt antall sider inkludert forsiden: 36

Molde, 20.05.2016



Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiattkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Helene Hanset Willa

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 20.05-2016

Antall ord:9943

Forord

Treet, bladene og den demente

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt ”faller av”.

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men du som ser meg, kjenner meg.

Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

(Forfatter Kirsti Solheim)

Sammendrag

Tittelen i denne Bacheloroppgaven er : Demens - Se meg for den jeg er.

Formålet med oppgaven er å sette fokus på hva pleierne kan gjøre for å bedre hverdagen i sykehjem, for pasienter med demens.

Problemstillingen i oppgaven er: Hvordan kan pleiere tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid for mennesker med demens i sykehjem? For å kunne besvare spørsmålet har jeg benyttet en litteraturstudie. Jeg bruker flere teorier som belyser temaet demens, pasienter med demens og hva pleierne kan tilrettelegge av miljøtiltak. I drøftingen legger jeg vekt på Bubers etikkens rolle i møte med den andre. Det blir lagt vekt på det mellommenneskelige og hva pleierne må være bevisst på i sin samhandling med mennesker med en demenssykdom.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	2
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.2 Oppgavens formål.....	3
1.3 Relevans for vernepleieryrket.....	3
1.4 Oppgavens disposisjon.....	4
2.0 Problemstilling.....	5
2.1 Presentasjon av problemstilling.....	5
2.2 Avgrensing og begrunnelse.....	5
2.3 Begrepsavklaring.....	5
2.3.1 Demens.....	5
2.3.2 Miljøterapeutisk arbeid.....	6
2.3.3 Miljøtiltak.....	7
3.0 Forforståelse.....	8
3.1 Egne erfaringer.....	8
3.2 Samfunnsmessig aktuelt.....	9
3.3 Teori og kunnskap.....	9
4.0 Metode.....	10
4.1 Begrunnelse for valg av metode.....	10
4.2 Om litteraturstudie.....	10
4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	10
4.4 Litteratursøk.....	11
4.5 Validitet og reliabilitet.....	11
5.0 Teori og funn.....	12
5.1 Å ha en demensdiagnose.....	12
5.1.1 Selvfølelsen.....	13
5.1.2 Hukommelse.....	14
5.1.3 Språket.....	14
5.1.4 Identitetsforvirring.....	14
5.1.5 Relasjoner endres.....	15
5.1.6 Atferdsmessige symptom.....	15
5.2 Å bo i sykehjem.....	16
5.3 Miljø og terapeutisk arbeid.....	18
5.4 Tilrettelegging av terapeutisk arbeid for pasienter med demens i sykehjem.....	19
5.5 Utfordringer ved tilrettelegging av miljøterapeutisk arbeid for pasienter med demens i sykehjem.....	21
6.0 Drøfting.....	23
6.1 Kunnskap om oss selv som pleiere.....	23
6.2 Empati og innlevelse.....	24
6.3 Ikke verbal kommunikasjon.....	25
6.4 Pasienten med demens kan feil stimuleres.....	26
6.5 Utfordrende atferd.....	27
7.0 Avslutning.....	29
Litteraturliste.....	30

1.0 Innledning

Tema for min oppgave er demens. Det er et tema som har opptatt meg lenge og som jeg ønsker å få mer kunnskap om. Jeg tror det å skape mer åpenhet og god kompetanse kan komme de eldre med demens til gode. Mange av oss lever i en hektisk hverdag, der de kanskje ikke har tid til å besøke sine foreldre eller besteforeldre. Har vi blitt så selvopptatt at vi prioriterer dette bort? Eller er det bare vondt å se at sin egen mor eller far har inntatt en ny rolle. Svaret på dette er ikke alltid så lett å vite.

Jeg tror det er viktig at vi pleiere legger til rette for god omsorg og aktivisering av pasienter med en demensdiagnose. En verdig alderdom er noe vi alle bør kunne få og som pleiere har vi en jobb å gjøre for å oppfylle dette.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg ble veldig interessert og inspirert da jeg var ute i min andre praksisperiode, og dette danner min bakgrunn for min oppgave. Jeg var utplassert i et sykehjem og jobbet med mennesker med ulike diagnoser, og opplevde de som svært forskjellige. De som inspirerte meg var de på sykehjemmet som trengte litt mer bistand, og som ofte trengte mer tid for å bli forstått. Det var menneskene med demens. Mennesker med en demensdiagnose i sykehjem kan ofte ses på som vanskelige eller travle. Jeg mener det er vår oppgave som helsepersonell å utføre godt miljøarbeid som kan gagne pasientene. Det blir flere mennesker med demens i tiden som kommer, og utfordringene vil trolig øke. Det er viktig at dette tas på alvor, og at kommunene forsøker å ligge i forkant. Vi har alle rett til et verdig liv selv om vi skulle bli gamle og få en demenssykdom.

Det var en av de første dagene på sykehjemmet og sykepleieren som var min veileder måtte gå midt i stellet til damen. Jeg spurte damen om det var greit at jeg hjalp henne, og damen smilte og nikket. Damen jeg skulle bistå hadde demens, hun lette ofte etter ordene og var til tider forvirret. Damen nærmet seg nitti så jeg valgte å gå forsiktig frem. Jeg hjalp henne med å stille et sår hun hadde, og nynnet litt på en melodi, mens jeg forsiktig tørket henne på ryggen. Jeg spurte om hun hadde vondt, men damen svarte: ”Jeg kjenner ingenting, du er så forsiktig du”. I samme øyeblikk kikket damen meg rett inn i øynene og utbrøt: ”Du er så snill du”. Jeg vart ganske overrumplet av damen, og tenkte at jeg var vel ikke noe spesielt snill. Kunne det være det at jeg tok meg god tid, slik at hun følte seg

trygg og forstått? Jeg svarte damen: ” Du også er snill”. Da kom det kjapt fra damen: ”Nei, jeg er bare stygg, jeg”. Mitt svar tilbake var: ”Jeg synes du er snill”, så nynet jeg på en melodi som mine foreldre spilte da jeg var ung. Plutselig var det ikke bare jeg som nynet, for damen kunne sangen ordrett og sang med stor iver.

Denne situasjonen inspirerte meg til å velge dette temaet, slik vi kan få mer kunnskap om hva pleiere kan gjøre for å bedre hverdagen i sykehjem, for pasienter med demens.

1.2 Oppgavens formål

Oppgavens formål er å sette fokus på hva pleiere kan gjøre for å bedre hverdagen i sykehjem, for pasienter med demens. Økt kompetanse vil kunne komme både pasienter, pårørende og helsepersonell til gode. Det er viktig å tenke at pasientene har levd et liv, og har flere roller som for eksempel mamma, ektefelle, bestemor og venn. Mange pasienter har endret rolle fra å være selvhjulpne til å bli hjelpeavhengige, noe som også kan være en vanskelig overgang for enkelte. Oppgavens kjerne blir å finne gode tiltak som kan være med å bedre hverdagen for mennesker med demens i sykehjem. For å si det som Audun Myskja sier, ”Hjertet mitt har ikke demens”; det er viktig at man har i minne at pasientene først og fremst er mennesker, med tanker og følelser som deg og meg.

1.3 Relevans for vernepleieryrket

I vernepleierutdanningen har vi vært inne på mange forskjellige arenaer. Vi har hatt en variert og allsidig praksis. Noen studenter har vært i skoler, barnehage, i omsorgsboliger for mennesker med utviklingshemning, sykehjem og flere ulike steder.

Owren og Linde (2011) sier det kommer frem i Rammepånen at vernepleierutdanningen skal legge vekt på å utdanne brukerorienterte og reflekterte fagpersonell, som har de kvalifikasjoner til å utføre miljøarbeid, habiliterings- og rehabilitering i lag med mennesker med fysiske, psykiske og eller sosiale funksjonsvansker, som ønsker og har bruk for slike tjenester (Owren og Linde 2011:19).

Ellingsen (2014) sier at vernepleierfaglig arbeid handler om valg man tar i yrkesutøvelsen. *Vi har ikke en entydig og overgripende begreps- og teoristruktur som integrerer faget.* Vi ser på oss selv som ressurs- og handlingsorienterte, med kunnskaper fra flere områder og fag. Kunnskapen blir benyttet til å jobbe for det som er til det beste for gruppen eller den

enkelte tjenestemottaker. Arbeidet vil bli å søke løsninger til de utfordringene personene har, og identifisere og ta i bruk ressursene i omgivelsene. Flere av vernepleierens oppgaver hører med til hverdagen generelt, men utfordringene som kan oppstå krever kunnskap og ferdigheter (Ellingsen 2014:163).

Mange vernepleiere arbeider i sykehjem og innen demensomsorgen. Oppgavens tema er derfor relevant for vernepleieres yrkespraksis. Engedal og Haugen (2009) sier at man i fremtiden kanskje vil få store utfordringer om det ikke utvikles en helbredende eller forebyggende medisin mot demens (Engedal og Haugen 2009:27). I en artikkel av Skogen og Mykletun (2010) sier de at demens utfordrer folkehelsen og velferden. På grunn av demografiske endringer og eldrebølgen vil demens i fremtiden innbefatte stadig flere, både klinisk og privat. Andelen eldre innen 2050 vil være større en andelen yngre noe som vil utgjøre en betydelig velferds- og folkehelseutfordring (Norsk psykolog forening). Det er derfor synlig at stadig flere vernepleiere vil jobbe innen eldreomsorgen og opp mot mennesker med demens.

1.4 Oppgavens disposisjon

I Innledningen av oppgaven sier jeg noe om temaet jeg har valgt og hvorfor. Videre blir det skrevet om temaets relevans for vernepleieryrket. Deretter kommer problemstilling med begrunnelse, og begrepsavklaring med ord fra problemstillingen. Det blir skrevet om forforståelse fra flere sider og valg av metode og litteraturstudie.

I teoridelen skriver jeg om demens og hvordan en demensdiagnose kan oppleves. Deretter blir det presentert å bo i sykehjem i et kapittel. De to neste kapitlene handler om miljø og terapeutisk arbeid, og å tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid i sykehjem med pasienter med en demenssykdom. I siste delen av teorikapitlene handler om utfordringer ved tilrettelegging av miljøterapeutisk arbeid for pasienter med demens.

I drøftingen blir det lagt vekt på hva pleierne må være bevisst på når det skal tilrettelegges for at pasientene får det best mulig. Det blir lagt vekt på det mellommenneskelige i Bubers grunnfilosofi. Tilslutt kommer det en avslutning med refleksjon og konklusjon.

2.0 Problemstilling

Ut fra min interesse for temaet er problemstillingen min som følger.

2.1 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan pleiere tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid for mennesker med demens i sykehjem?

2.2 Avgrensing med begrunnelse

Jeg har valgt i oppgaven å avgrense til sykehjem og pasienter med demens generelt. Disse avgrensingene har jeg valgt fordi det er økende behov for sykehjems plasser for mennesker med demens i fremtiden, og for å belyse teamet slik at flere kan få mer kunnskap. I oppgaven inkluderes alle de ulike demensdiagnosene i begrepet demens, fordi temaet er aktuelt for alle.

Med pleiere menes det i denne oppgaven alle som jobber i sykehjem, uavhengig av utdanning, erfaring, kjønn og lignende. Dette fordi det er like viktig at alle som jobber med pasienter med demens vet hvordan de bør kommunisere og samhandle med dem. Alle pleierne er viktige for at pasientene med demens skal få best mulig omsorg, uavhengig om de samhandler med en pleier med lite eller mye utdanning.

2.3 Begrepsavklaring

2.3.1 Demens

Engedal og Haugen (2009) mener at demens er en samlet fellesbenevnelse på en tilstand, som er forårsaket av forskjellige organiske sykdommer. Demenssykdommene er kroniske, de kan ikke leges og det blir som regel verre med tiden. Noen sykdommer utvikler seg raskt, mens andre kan utvikle seg over flere år. Sykdommen er hjerneorganisk og den svekker personens mentale kapasitet, som medfører svikt i psykologiske prosesser som for eksempel hukommelse, oppmerksomhet, evnen til å lære, tenke og kommunisere. Den mentale svikten kan føre til at de dagligdagse gjøremålene kan være vanskelig å gjennomføre. Mange endrer personlighet og atferd etter hvert som sykdommen utvikler seg. For å kunne bruke ordet demens må redusert hukommelse og svikt i ADL aktiviteter

være knyttet til reduksjon i hukommelsen og ikke delirium, forgiftning eller bivirkning fra medisiner. Videre skriver Engedal og Haugen (2009) at fire mest utbredte er: Alzheimer, vaskulær demens, Lewy-legemer og frontotemporallappdemens. Utviklingen av sykdomsbildet til en person med demens kan deles inn i tre faser, startfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen (Engedal og Haugen 2009: 17ff).

Engedal og Haugen (2009) hevder at de hjerneorganiske skadene som har forårsaket demensen, setter begrensninger for hva pasientens fungeringsevne kan være. Desto større skade som har oppstått, desto mer hjelp og omsorg trenger pasienten. Det blir ofte nødvendig med tilrettelegging. Skader i frontallappene kan være direkte årsak til forandringer i følelser og væremåte (Engedal og Haugen 2009:55).

Engedal og Haugen (2009) mener demens kan ytre seg ulikt fra person til person. Vi må være varsom med å betrakte personer med demens som en gruppe med felles behov og problemer. Personens sykdom kan ha skadet ulike deler av hjernen og gjort mindre eller stor skade, og personer har levd forskjellige liv og kan ha helt ulike holdninger og verdier. En med lett demens kan ha det fleste mentale funksjonene intakt, men opplever sin mentale svikt. En person med alvorlig demens vil kunne oppleve en helt annen situasjon enn den med lett demens (Engedal og Haugen 2009:309).

Engedal og Haugen (2009) mener det er ulike behandlingstilnærmelser for ulike demenssykdommer. Ved vaskulærdemens vil tilnærmingen være å motivere, trene og støtte selvpåfatning. Personalets rolle vil her fungere som trenere.

I motsetning til typen demens med Alzheimer sykdom vil derimot tilnærmingen være preget av å forklare, forstå og lytte. Personalets rolle vil da være den trygge og stabile. Frontotemporallappdemens bør tilnærming være skjerming og grensesetting. Personalets rolle vil være den strukturerte (Engedal og Haugen 2009:310).

2.3.2 Miljøterapeutisk arbeid

Gundersen (1978) hevder at det finnes noen grunnprinsipper i miljøterapeutisk arbeid. Det ideelle miljø vil inneholde alle prinsippene, det kan være med på å skape et rom for individuelle tilnærminger og bygging av relasjoner. I tillegg skal prinsippene gi muligheter for fleksibilitet i det forutsigbare, noe som kan føre til mer trygghet for pasienter,

pårørende og personal. Selv om dette er skrevet for behandling innen psykiatrien, kan det være aktuelt å bruke dette innenfor demensomsorgen. Gundersen fremhever at hvor mye av dette arbeidet man benytter til den enkelte er individuelt og ujevnt. Alt avhenger av hvilket funksjonsnivå og hvilken kontekst pasienten er i. Prinsippene er i utgangspunktet ment som en veiledning og ikke en oppskrift på hva man bør gjøre. De fem prinsippene er: beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og gyldig gjøring (validering). Prinsippene kan være som en basis for å sette den personorienterte tilnærmingen inn i en miljøterapeutisk tankegang (Jakobsen 2007:108).

2.3.3 Miljøtiltak

Engedal og Haugen (2009) hevder at for pasienter med demens kan miljøbehandling ha som mål å tilrettelegge en kvalitativt bedre hverdag og redusere negative følger av sykdommen. Enkelte personer med demens kan få følelsesmessige reaksjoner på sin lidelse og føle seg mindre verdt og mislykket. Miljøtiltak kan dreie seg om et vidt spekter fra små fysiske forandringer til omfattende tiltak som inkluderer hele miljøet. Et annet tiltak kan være rettet mot den enkelte person med demens eller personer med demens generelt. Målet vil være å forsinke utviklingen av demens eller bedre funksjonsevnen på viktige områder. Miljøbehandling kan ikke snu sykdomsutviklingen. Viktige områder for pasienten med demens kan være å legge til rette for å ivareta ADL ferdigheter, eller å gå fra å være passiv og tilbaketrukket til å være med i sosiale aktiviteter (Engedal og Haugen 2009:293).

3.0 Forforståelse

Aadland (2013) er av den oppfatning at når vi møter andre mennesker eller leser en bok, har vi allerede meninger og holdninger som er forutinntatt. Vi kan være interessert og ser frem til å lese en bok, eller vi kan være uinteressert og kritisk. Oppfatningen vi får av innholdet avhenger av hvilke briller vi har på når vi leser boka. Er dette noe jeg vil lese for å øke min kunnskap eller leter jeg bare etter feil? Det er de forutsetningene vi tar med oss som er med på å farge vår forforståelse for om det vi finner i teksten eller i en handling gir mening (Aadland 2013:181f).

3.1 Egne erfaringer

Da jeg var yngre kunne vi høre historier om gamle mennesker som ikke var helt som andre eldre, de ble kalt senile og litt ”utenfor”. De kunne glemme å slå av kokeplaten eller at de ofte ønsket å dra hjem til sin familie, som kanskje ikke lever lengre eller flyttet bort. Noen stakk av fra pleiehjemmet, mens andre kunne bli hissige og skjelte ut familien. Ofte kunne man høre at de var *vanskelige*, eller at de sa og gjorde så mye rart eller uventet. Alt dette er ting som jeg har hørt eller blitt fortalt og som preger min forforståelse.

Etter jeg begynte å jobbe i sykehjem oppdaget jeg at å jobbe med eldre var noe som var både lærerikt og givende. På sykehjemmet fikk jeg en ny forståelse av hvordan gamle mennesker er. Det var som om jeg så de gamle med nye briller. De var ikke vanskelige eller hissige, men de hadde kanskje kommunikasjonsutfordringer eller vansker med å bli forstått. Ved å fordype meg i denne oppgaven, vil det sannsynligvis gi meg mer kunnskap og jeg vil få enda en ny forståelse for temaet.

3.2 Samfunnsmessig aktuelt

I de siste årene har det blitt mye fokus på demens, både gjennom interesseorganisasjoner og innsamlingsaksjoner på TV. Som nevnt tideligere mener Engedal og Haugen (2009) at vi går en utfordrende fremtid i møte om vi ikke finner en helbredende eller forebyggende medisin mot demens (Engedal og Haugen (2009:27).

I en artikkel fra Folkehelsen (2015) skriver generalsekretær i Nasjonalforsamlingen Lisbet Rugtvedt at innen forskning har demens vært underprioritert i forhold til andre alvorlige

sykdommer, men i 2015 vil det betales ut 12 millioner til forskning på demens og Alzheimer. Midlene kommer fra TV aksjoner, noe de vil fortsette med, men Rugtvedt ønsker handling fra politisk hold. Hensikten er å heve den generelle kunnskapen om risikofaktorer, årsakssammenhenger, forebyggende tiltak, diagnostiske metoder og behandlingsmuligheter (Nasjonalforeningen for folkehelse).

Demens har blitt mye omtalt i media også i forbindelse med den såkalte eldrebølgen, noe som viser at temaet er høyst aktuelt i samfunnet. Det kan være at min forforståelse trolig har blitt farget av samfunnsdebatten, men det er noe jeg er bevisst på under arbeidet med oppgaven.

3.3 Teori og kunnskap

Gjennom min utdanning til vernepleier er det flere bøker i pensum jeg har funnet interessante og relevante og som jeg har tatt med i flere oppgaver tidligere. Jeg føler disse bøkene har vært med å påvirke min forforståelse og mitt valg av teori for denne oppgaven. I tillegg har det vært viktig for meg å bruke anerkjente forfattere og artikler for å kunne belyse ulike sider av min problemstilling.

4.0 Metode

4.1 Begrunnelse for valg av metode

Metode sier noe om hvordan vi går frem for å innhente eller etterprøve kunnskap (Dalland 2012:111). Grunnen til å bare å konsentrere seg om en spesiell metode er at vi mener den kan gi oss gode data og vil kunne belyse problemstillingen på en interessant måte (Dalland 2012:111). Jeg har i denne oppgaven valgt en litteraturstudie, fordi det finnes allerede relevant teori og forskning på området som jeg vil belyse.

4.2 Om litteraturstudie

I min bacheloroppgave har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie. Det har blitt lagt vekt på å benytte funn fra tidligere forskning og etablert teori som kan belyse problemstillingen. Jeg har fordypet meg i noen bøker som jeg mener er relevant for min problemstilling der pasienter i sykehjem står sentralt. Ulike miljø og terapeutisk arbeid har vært en viktig del av innholdet i selvvalgt pensum. *Demensguide* av Kirsti Solheim, *Lærebok om demens* av Engedal og Haugen og *Ikke alle vil spille bingo* av Rita Jakobsen har vært noen av bøkene det har blitt fokusert mest på. Selv om det er benyttet mye litteratur fra de bøkene blir det også benyttet andre fagbøker. Det blir også benyttet fagartikler som er relevante for problemstillingen.

4.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier viser hva jeg vil ha med i oppgaven og eksklusjonskriterier sier hva jeg vil utelukke i oppgaven. I datainnsamlingen har jeg vært bevisst på å benytte meg av litteratur som er godkjent av veileder. I mine søk har det vært et kriterium at de omhandler personer med demens i sykehjem, og miljøtiltak i forhold til disse. I oppgaven har jeg prioritert fagartikler som kan være med å sette nytt lys over min problemstilling og tema.

Jeg har prioritert data av nyere dato da det kan være mer aktuelt nå eller for ti år tilbake. Om det ikke finnes aktuelle bøker av nyere dato vil det bli benyttet relevante bøker fra mer enn ti år tilbake.

4.4 Litteratursøk

For å finne aktuell litteratur om demens og hvordan pleiere kunne tilrettelegge miljø terapeutisk arbeid for mennesker med demens i sykehjem utførte jeg litteratursøk på biblioteket. Jeg søkte opp begrep som jeg relaterte til oppgaven. Søkeord som jeg har brukt er miljøarbeid, livskvalitet, demens og aktiviteter. Det var viktig å finne fagbøker, men også historier fra mennesker med en demensdiagnose. Det ble også gitt råd og tips fra faglærere på skolen om fagstoff og kjente forfattere.

4.5 Validitet og reliabilitet

I oppgaven er det viktig å vurdere validitet og reliabilitet. Dalland (2012) mener at kunnskapen må være troverdig. Det som blir målt med validitet er relevans mens gyldighet og reliabilitet betyr pålitelig (Dalland 2012:52).

For å kunne finne troverdighet i min litteratur benytter jeg meg av forfattere som er av solid tyngde og erfaring innen faget. Jeg fikk gode tips og ideer av veileder om relevant litteratur som kan være aktuell i oppgaven. Jeg har vært innom forskningsartikler der demens i sykehjem vil være med å belyse temaet.

Linde og Nordlund (2012) sier noe som må vurderes underveis, er om data som har blitt innhentet preges av forskerens tanker og verdier uten at de er klar over dette. For at de skal være valide må de være pålitelige, relevante og kunne brukes i sammenhengen.

Informasjonen er pålitelig om den gir en oversikt av det vi er opptatt av, med det menes at man måler det som var hensikten (Linde og Nordlund 2012:116f).

5.0 Teori og funn

I dette kapittelet vil jeg ta for meg ulike teorier som er aktuelle for problemstillingen min: Hvordan kan pleiere tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid for mennesker med demens i sykehjem?

For å kunne møte pasienter med demens på en god måte, er det viktig med kunnskap om diagnosen. Jeg vil derfor starte med å presentere en teori som sier noe om dette. Deretter vil jeg se på hva det kan innebære å bo på et sykehjem for pasienter med demens. Dette må jeg også vite noe om for å finne ut hvordan det er viktig at jeg som pleier møter pasienter med demens i sykehjem. I neste underkapittel gjøres det rede for hva som menes med miljø og terapeutisk arbeid, og jeg ser videre på hvordan miljø og terapeutisk arbeid kan benyttes i arbeid med pasienter med demens i sykehjem. Til sist ser jeg på hva som kan være utfordrende for pleiere når de skal benytte miljø og terapeutisk arbeid i sykehjem. Det er viktig å ha kunnskap om hva som kan være utfordrende også, slik at man som pleier kan være bevisst på dette, og eventuelt stiller mer mentalt forberedt i slike situasjoner. Dette vil være til det beste for pasienten.

5.1 Å ha en demensdiagnose

Å ha en demens diagnose kan være ulikt for person til person mener Engedal og Haugen (2009) det kommer an på hvor stor skaden i hjernen er og hvor langt sykdommen har kommet i sykdomsforløpet (Engedal og Haugen 2009:309).

Engedal og Haugen (2009) sier at i undersøkelser med personer med demens har det kommet frem at de fleste har sterke følelser og oppfatninger om sin nye situasjon. Når man har gitt seg god tid til å ha en samtale med personene med demens kommer det frem at de opplever seg som ensom og sin egen utilstrekkelighet, og de er ofte redd for hva som skal skje i fremtiden. De føler seg ofte til ingen nytte, det sosiale fungerer ikke så bra og de opplever at de er en byrde. Engedal og Haugen (2009) sier at de kommer fram fra erfaringer gjort på institusjoner at selv om en pasient med demens er redusert, vil noen av personligheten være intakt. Mange kan fortsette å være stolt som menneske og vil gjerne klare seg selv i hverdagens gjøremål (Engedal og Haugen 2009:54).

Jakobsen (2007) mener at konsekvenser av å ha en demensdiagnose berører den patologiske delen av demenssykdommen, men også den psykososiale erfaringen forbundet til symptomene av lidelsen. Symptomene utfordrer sider og egenskaper ved å være en person. De utfordrer personens selvbilde, identitet og plass i det sosiale livet. Berger og Luckmann (1979) sier at det få kunne oppleve seg som person, med godt selvbilde og identitet, forutsetter at man får bekreftelse og blir akseptert i samfunnet man tilhører eller er en del av. En forutsetning for å oppleve seg som en person må man være medlem et fellesskap. Det vil si det er en type institusjonalisering der betingelsen er forhåndsdefinerte adferdsmønster. Dette innebærer at man må følge visse kriterier for atferd, fysisk og mentalt. Om man ikke oppfyller disse kriteriene vil de underlegges sosiale sanksjons mekanismer. Hos pasienter med demens kan det være vanskelig å takle og mestre en type resonnement fordi hos dem er denne typen svekket (Jakobsen 2007:30f).

5.1.1 Selvfølelsen

Daatland og Solem (2000) og Cars og Zander (2002) sier at for pasientene med demens blir selvfølelsen ofte truet. I et menneskes liv er det vesentlig å utvikle seg og opprettholde et positivt selvbilde. Gjennom hele livet blir selvfølelsen utfordret. Selvfølelsen blir ofte forbundet til egenskaper som gir status som for eksempel arbeid og økonomi. Når eldre opplever redusert mental kapasitet, kan selvbildet også bli redusert. Personer med demens opplever seg ofte mislykket og mindre verdt (Jacobsen 2007:32f).

En av informantene i Wogn- Henriksens undersøkelse fra 1997 sier det slik:

*..Nå e æ ikkje normal.. æ sei så mykje dumt.. Da e det bedre å være død..
..Æ e glemsk. Tom i hodet, det forbaskede hodet. Unormal,- æ går her som en
tulling. Æ veit æ kan si så mye dumt (s.53)*

Wogn- Henriksen (1997) viser her hvordan demensutviklingen truer personen sitt selvbilde og selvforståelse. Gjennom livet har man funksjoner som er med på å opprettholde selvfølelsen og selvbildet, men når de funksjonene blir borte blir hun sårbar og fortvilet. For ikke å dumme seg ut så trekker hun seg tilbake. Følgene av denne reaksjonen kan bli ensomhet (Jakobsen 2007:33) .

Cars og Zander (2002) er av den oppfatning at selvfølelsen kan bli fullstendig ødelagt av en demensdiagnose. Pasientene vil kanskje mangle følelsen av å ha kontroll og det kan være med på å true kontinuitet og forutsigbarhet, og pasientenes avhengighet øker. Det er en rekke faktorer pasienter med demens må forholde seg til. Tankeevnen kan svikte, men den er avhengig av pasientens oppmerksomhet og konsentrasjon, hukommelse, språk og evne til abstrakt tenking. Helsetilstand og sansekapasitet spiller en stor rolle når det kommer til konsentrasjon. Det er viktig å poengtere at hver enkelt pasients kapasitet er ulik (Jakobsen 2007:33f).

5.1.2 Hukommelse

Hukommelsessvikt er også et kjent symptom ved demens i følge Cars og Zander (2002) Hukommelsen skaper forbindelser mellom nåtid og fortiden. Det er den som kjenner til mitt liv, min familie og hvordan jeg har levd mitt liv. Sviktende hukommelse vil ikke bare være med å true gjøremål i hverdagen, men også den sosiale posisjonen (Jakobsen 2007:35ff).

5.1.3 Språket

En demensdiagnose vil på ett eller annet tidspunkt berøre språket hevder Cars og Zander (2002). Det starter som regel med å glemme hva ord eller ting heter, de kan for eksempel si ”det man spiser suppe med ”istedenfor å si ”skje”. Man kan også glemme navn og hendelser fra hverdagen. Manglende sammenheng mellom setninger kan også føre til vanskeligheter med å bli forstått eller ei. Om pasienten med demens opplever han ikke blir forstått, kan det virke isolerende og føre til manglende anerkjennelse i deres sosiale miljø. Dette kan bidra til utrygghet og angst (Jakobsen 2007:36).

5.1.4 Identitetsforvirring

Jakobsen (2007) hevder at en pasient med demens kan oppleve at de ikke kjenner sitt speilbilde, sine egne reaksjoner eller væremåte. Dette kan føre til at pasienten føler seg utrygg og usikker (Jakobsen 2007:37).

5.1.5 Relasjoner endres

Wogn et al (1997) sier at det er ofte pasienter med en demenssykdom ikke klarer å bevare relasjoner på samme måte som før sykdommen. For å kunne være sosial spiller kommunikasjon en sentral rolle. Siden evnen til å kommunisere har blitt redusert, og kanskje språket dårligere, kan det føre til at venner opplever det som vanskelig å ta kontakt. Det kan være vanskelig å kommunisere med personer som har en demenssykdom. Cars og Zander (2002) hevder at relasjonen mellom ektefeller også kan berøres negativt. Dette kan være fordi ektefellen med demens har endret atferd, mangler interesse, motivasjon eller har redusert kommunikasjonsevne. Alle disse faktorene er med å hemme den sosiale kontakten med, og kan føre til misforståelser i samspill med andre (Jakobsen 2007:40ff).

5.1.6 Atferdsmessige symptom

Sviktende evne til å mestre og tilpasse seg tap, sier Engedal og Haugen (2009), kan føre til depresjon og tilbaketrekking. Det kan ofte være vanskelig å diagnostisere alvorlig depresjon siden pasienten ofte har redusert evne til å kommunisere på grunn av vansker med språk og kommunikasjon. I mange av demenssykdommene kan vrangforestillinger som hallusinasjoner og illusjoner forekomme, og mange av pasientene kan oppleve personlighetsendringer. Engedal og Haugen (2009) sier videre det kan være de mister interesse for ting, er rastløse eller aggressive. Andre symptomer kan være repeterende atferd som å rope gjentatte ganger. Noen av pasientene med demens som har skade i frontallappene kan ha en aggressiv atferd uten noen synlig foranledning.

Utfordrende atferd hevder Engedal og Haugen (2009) er en betegnelse der psykiatriske og atferdsmessige symptomer oppstår. Eksempler på atferds symptomer kan være motorisk uro, slåing, spyting, vandring. Psykiatriske symptomer kan være hallusinasjoner, vrangforestillinger, depresjon og angst (Engedal og Haugen 2009:311ff).

Forsvarsaggressivitet hevder Engedal og Haugen (2009) er noe som kan oppstå om pasienten har opplevd noe i en situasjon som pasienten opplever som uforståelig eller krenkende. Pasienter med demens kan også endre døgnrytme. Det kan kanskje komme av at pasienten har tatt seg noen dupper i løpet av dagen og vil ikke være så trett når natten kommer (Engedal og Haugen 2009:45ff).

5.2 Å bo i sykehjem

Det er viktig med en god kommunikasjon med pårørende til pasienten sier Solheim (2009). De kan sitte inne med verdifull informasjon om pasienten som for eksempel: væremåte, interesser og vaner. Hva pasienten liker å spise og gjøremål som pasienten fremdeles mestrer. De kan være behjelpelig med å fylle ut personalia til pasienten og viktige hendinger i pasientens liv (Solheim 2009:49f).

Å flytte til et sykehjem kan for noen føles som isolasjon mener Jakobsen (2007). Det kan stilles krav til å tilpasse seg, og autonomi er ikke alltid noe som blir prioritert (Jakobsen 2007:56).

Solheim (2009) sier at pasienter med demens bør ha et overordnet mål om tilrettelegging for å bevare en rimelig livskvalitet resten av livet, ut fra ressurser som finnes i sykehjemmet. Hva som blir lagt i ordet livskvalitet vil variere fra person til person. Finnes det rom for pasienten med demens til å opprettholde sitt livssyn, egne moralgrep og etikk? Eller er det holdningene til personalet som blir vektlagt? Dette kan være av vesentlig betydning for hverdagen til pasienten med demens. Bevare selvfølelse, egenverdi og et positivt selvbilde blir det lagt vekt på når man snakker om livskvalitet. For å kunne leve et meningsfullt liv i godt samspill med andre er et godt selvbilde en nødvendighet. En god selvfølelse trenger ikke å være at man er glad i seg selv. Det kan være å gi pasienten med demens en mulighet til å akseptere og bearbeide sin nye livssituasjon, legge til rette for å ivareta ressurser og evner pasienten har. Livskvalitet for pasienter med demens kan være opplevelse av mestring og å delta på ulike opplevelser i dagliglivet. Det handler også om egne opplevelser av oss selv, i samhandling med andre. Livskvalitet dreier seg om å finne mening, autonomi, lykke og glede og tilpasse situasjonene til hver enkelt pasient (Solheim 2009:55-57). Jeg mener ut fra dette at det er viktig at personalet i sykehjem bevisst tilrettelegger for at pasienten skal ha best mulig livskvalitet.

Ettersom sykdommen utvikler seg mener Engedal og Haugen (2009) at nettverket til personen med demens bli redusert. Kvaliteten på samspillet med andre personer vil ofte preges av hvordan sykdommen kommer til uttrykk. For noen kan mangel på husk virke negativt i forhold til andre mennesker, og pasienten med demens kan oppfattes som selvsentrert (Engedal og Haugen 2009: 297 ff).

I arbeidet med miljøtiltak er det viktig å jobbe ut fra hver enkelt person. Hvilken bakgrunn har personen og hvordan er og oppleves personen nå. Det er også viktig å evaluere tiltakene fortløpende om det er endringer eller noe personen ikke mestrer, om tiltaket skal endres eller avsluttes (Engedal og Haugen 2009:294).

Solheim (2009) sier det finnes mange flinke og engasjerte pleiere i demensomsorgen. Arbeidsmiljøet kan være preget av høyt arbeidspress, travelhet og lavt kunnskapsnivå noe som kan ha betydning for personalets holdninger og tjenester de gir til pasientene. Pasientene med demens kan bli undervurdert de kan bli ”satt i båser” og man kan overse deres individuelle særtrekk og ignorerer deres synspunkter og væremåte (Solheim (2009:53).

Det kan være en stor berikelse å trene på å være åpen for pasienter med demens sier Solheim (2009), men i tillegg kan det være belastende. Man kan oppleve pasienter som er dypt fortvilet, som er urolig, har angst eller som er dypt resignert. Slike situasjoner kan være belastende for pleierne. Ofte kan man selv føle at man ikke strekker til, hjelpeløshet og avmakt. Men det er også situasjoner som gjør at man opplever nærhet, humor, mestringsforsøk som kan være tapre og ærlige (Solheim 2009:53).

Solheim (2009) sier videre at arbeidsmiljø har mye å si for dem som jobber med pasienter med demens for at de skal være engasjert og aktiv. Det er en viktig at det er rom for å dele erfaringer av både gode og dårlige opplevelser, støtte og utveksling av nye ideer. Solheim (2009) hevder det er en nødvendighet å dele opplevelser med andre medarbeidere. Det vil kanskje gjøre det enklere å sortere, hjelpe å forstå og glede seg over det man har opplevd på jobb. Klarer man dette vil det gagne både pasientene med demens og medarbeiderne (Solheim 2009:53).

Jakobsen (2007) hevder at kultur er uforståelige og tilsynelatende irrasjonelle handlinger som skjer i menneskelige system, som kan kalles et kulturfellesskap. Det hele handler ofte om felles meninger om hva som fungerer, og da blir de ofte sett på som sanne. Løsninger som har virket bra blir ofte brukt på nytt. Etter en viss tid blir det nesten som en oppskrift på hvordan ting skal gjøres. I kulturen finnes uskrevne regler på hvordan dagligdagse gjøremål skal utgjøres. Et eksempel på kulturfellesskap er pleiekulturen. Den kan være både nyttig og problematisk. Det positive kan være at det er trygt og forutsigbart og tidskabelen går som regel opp for de ansatte. Når det kommer til det som er negativt er at

de rituelle atferdsmønstrene ikke alle passer så godt inn i virkelighetens verden. Et eksempel på dette kan være dusjrutiner på sykehjem. De har faste dager på dusjing og de får ofte skryt for å gjennomføre dusjen selv om det ikke alltid behøver å være god omsorg for pasientene (Jakobsen (2007:15f).

5.3 Miljø og terapeutisk arbeid

Målet med miljøbehandling for personer med demens er å minske negative konsekvenser av sykdommen hevder Engedal og Haugen (2009), og legge til rette en bedre hverdag for de som er rammet. Miljøtiltak kan være fra den minste detalj til mer omfattende der hele miljøet blir innbefattet. I hovedsak vil det være å tilpasse behandlingen til den enkelte person med demens med tiltak som vil gagne den enkelte (Engedal og Haugen 2009:293).

Engedal og Haugen (2009) mener at miljøbehandling ikke vil snu sykdomsbildet, men det kan bidra til å forsinke demensutviklingen og bedre funksjonsevnen på viktige områder. Eksempler på viktige områder kan være å legge til rette for selvstendighet ved måltider eller av og på kledning. Eller bidra for de personene som er inaktive eller usosial til at de kan være mer aktiv og delta i sosiale aktiviteter (Engedal og Haugen 2009:293).

Meningen med miljøtiltak er ikke bare å legge vekt på at de skal fungere bedre, men livskvalitet og økt trivsel er også viktige områder for personer med demens. Har miljøet sjanse til å legge til rette for selvbestemmelse, aktivitet og trygghet? En avgjørende faktor i denne prosessen vil være kvaliteten i samhandlingen med andre. Pleierne må spille på lag med pasientene, som å støtte, vise forståelse og gi trygghet når personene trenger det. Om pasientene ikke får den trygghet, støtte og forståelse fra menneskene i miljøet når de er redde og engstelige, kan dette få uheldige utfall (Engedal og Haugen 2009:293).

Rokstad (2012) hevder miljøterapi og miljøbehandling ofte kan bli brukt synonymt om behandling som vektlegger terapeutiske prosesser, som kan mobiliseres og settes i gang i det miljøet pasienten er i. Behandlingen legger vekt på aktivitet som har til hensikt å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. I tillegg til å vareta pasientens selvfølelse og en opplevelse av å mestre. Når det kommer til miljøarbeid for pasienter med demens er målet at pasienten selv kan benytte sine ressurser til det maksimale, og opprettholde selvstendigheten lengst mulig. Målet for arbeidet med pasientene med

demens er å skape glede, trivsel og livskvalitet, og det kan være med på å redusere angst og uro. Målsettingen må til en hver tid være tilpasset pasientens egne forutsetninger (Rokstad 2012:19).

Rokstad (2012) sier at miljøbehandlingen består av flere faktorer: fysiske rammebetingelser inne og utendørs, som for eksempel innredning, utforming, hjelpemiddel og redskap. Psykososiale rammebetingelser kan være enhetens atmosfære, pleiekultur og med det omfattes kunnskap, menneskesyn, holdninger og verdier personalet har. I den sammenheng har personalet en veldig sentral rolle. Personalet må bygge relasjoner med pasientene. De må skape en kultur som legger vekt på støtte, involvering og verdsetting av hver enkel person gjennom kommunikasjon og samhandling. Det er viktig at organisering og gjennomføringen er tilpasset hver enkelt pasient (Rokstad 2012:19).

5.4 Tilrettelegge terapeutisk arbeid for pasienter med demens i sykehjem

Engedal og Haugen (2009) hevder at innfallsporten til miljøbehandling av pasienter med demens, kan ofte være å snakke om gamledager, hva man gjorde, interesser, familie og venner. De husker ofte situasjoner fra da de var unge. Ofte kan det være en trygghet og et godt utgangspunkt til hvem de er og en mulighet for andre å oppnå kommunikasjon med pasienten. Nåtiden kan være vanskelig å forstå og virke ukjent og da kan ”gamle dager” virke både trygt og forståelig. Målsettingen er trygge og oversiktlige omgivelser i nærmiljøet. Det er ønskelig med stabilt personal og et begrenset antall pasienter på hver avdeling. Ta utgangspunkt i pasientens tidligere interesser og erfaringer og legg opp aktiviteter ut fra det. Det er viktig at aktivitetene er enkle og begripelige for pasientene, og at samhandlingen med andre personer kanskje blir økt (Engedal og Haugen 2009:294).

Røkenes og Hanssen (2012) mener at en av våre grunnleggende og medfødte evner er kommunikasjon. Den grunnleggende kommunikasjonserfaringen blir utviklet i samspill med andre mennesker og først og fremst gjennom utvikling av språket. Noe som fører til både flersidig og verdifullt kommunikasjonsfellesskap. Når man jobber med mennesker vil en nyttig ressurs være evnen til kommunikasjon. Det handler om å benytte sin kommunikasjonskompetanse for å gjøre en god jobb (Røkenes og Hansen 2012:9).

Røkenes og Hanssen (2012) sier videre at for å møte kravene i arbeidslivet trenger vi relasjonskompetansen, som innebærer evnen til å forstå og samhandle med de menneskene man treffer i yrkeslivet på en god og hensiktsmessig måte. En relasjonskompetent fagperson er en som kommuniserer med den andre på en god måte som gir mening, og som ivaretar hensikten med samhandlingen. Det er viktig for en fagperson å kunne skape kontakt og etablere en relasjon, vedlikeholde en relasjon og avslutte en relasjon. Relasjonskompetanse innebærer å kjenne seg selv og forstå den andres opplevelser og vite hva som skjer i samhandlingen. Fagpersonen må gå inn i en relasjon og tilrettelegge kommunikasjonen til det beste for personen. Med det menes at man skal se på personen som et selvstendig og handlende individ, og vise respekt for den andres rett til å bestemme selv og integritet. (Røkenes og Hansen 2012:9ff).

Det er viktig å tilstrebe dette, til tross for at pasienten med demens ikke lenger er like selvstendig og handlende som før sykdommen.

Hyldmo, Nordhus og Hafstad (2004) sier at pasienter med demens kan ha vansker med å uttrykke seg på en meningsfull måte i samhandlingssituasjoner, og det kan være en utfordring for andre å kommunisere med dem. En metode som kan være med til å skape bedre kommunikasjon kan være Marte Meo. Metoden legger vekt på kommunikasjon og er løsningsorientert. For veiledning blir video tatt i bruk for å belyse og illustrere temaet. Marte Meo er en veiledningsmetode man anvender i demensomsorgen der personalet får veiledning i sitt samspill med pasienten som er rammet av demens (Norsk Psykologforening).

Jakobsen (2007) sier at demens er ofte grunnen til at eldre kommer i kontakt med helsevesenet. 75 prosent av beboerne ved sykehjem er rammet av demens, men bare 50 prosent har fått stilt en demensdiagnose. Mennesker med demens kan ofte ha utfordringer med kommunikasjon på grunn av deres svekkelser i evnen til å kommunisere (Jakobsen 2007:26).

Eide og Eide (2013) er av den oppfatning at bekreftelse er nøkkelen til god kommunikasjon med pasienter med demens. I stedet for å realitetsorientere og korrigere det pasienten sier, vil det kanskje være bedre å gå en tur med pasienten, lytte og prøve å forstå hva pasienten prøver å formidle. Det kan være å stille åpne spørsmål for å konkretisere, men gi bekreftende og empatiske tilbakemeldinger til pasienten.

Personer med demens kan ha vansker med å orientere seg i forhold til tid og sted, og dette er noe de ofte trenger hjelp til. Personer med demens kan glemme hva ting heter og hva egenskapen til tingen er. På den måten er det viktig at miljøet blir lagt til rette slik at det er lett å orientere seg og bruke en kommunikasjonsform til personen med demens som er tydelig, forståelig og individuelt tilpasset (Eide og Eide 2013:392).

Skau (2012) er av den oppfatning at ordene er en viktig del i kommunikasjon, men også den non verbale kommunikasjonen er av vesentlig betydning. Blikk, kroppsspråk eller annen mimikk, inngår i den nonverbale kommunikasjonen. I god kommunikasjon legges det vekt på at noe er ekte og entydig, empatisk til dem man samhandler med. Det siste elementet kan for noen betegnes som nestekjærlighet (Skau 2012:90).

Hovedpoenget til Løgstrups etikks er at vi som mennesker holder et annen menneskes liv i hånden. Det gjenspeiler også det mellommenneskelige relasjoner kan forstås som maktrelasjoner. En vesentlig ting er hvordan vi håndterer den makten vi har overfor andre mennesker (Lorentzen 2015:149).

5.5 utfordringer når man skal tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid for pasienter med demens

Engedal og Haugen (2009) sier at det fysiske miljøet i sykehjemmet er av stor betydning for pasientene med demens. Om omgivelsene ikke har vektlagt oversiktlighet vil dette kanskje føre til at pasientene mister kontroll og ikke klarer å bruke de ressursene de fremdeles har. Det bør være omgivelser som er trygge og stabile, og det som skjer bør være forutsigbart. Å bruke møbler og eiendeler til å pynte opp i rommet sitt kan være med å skape en trygg og gjenkjennelig ramme. Noen pasienter med demens er avhengig av lys for å orientere seg, om det ikke er tilstrekkelig med lys vil orienteringsevnen bli redusert, men den kan heller ikke være for skarp og blende pasienten. En annen ting for å kunne skape mer egnet miljø for pasientene med demens, er å ha kontraster for eksempel mellom vegg og rekkverk (Engedal og Haugen 2009: 297f).

Engedal og Haugen (2009) hevder at i eget hjem og i sykehjem er ofte dagliglivet for pasientene med demens preget av passivitet og at det er lite som skjer. De kan ofte bli

sittende alene, vandre og man kan være sjelden i kontakt med andre (Engedal og Haugen 2009: 297 ff).

Britt Øvrebø Haugland (2012) sier i en artikkel at beboerne i sykehjemmet er i flere undersøkelser fornøyd med fysisk pleie og omsorg, men de savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet. I denne undersøkelsen ville de inkludere alle beboere med språk og evne til å uttrykke seg, og de tok ikke hensyn til kognitiv funksjon. For at pasientene med demens skal oppleve at aktivitetene på sykehjemmet skal ha mening bør man finne ut hva som interesserer dem, men det er ofte pasienter med demens ikke blir inkludert i dette. Pasientene med demens ønsker å delta i aktiviteter der de selv er aktive kommer det frem i undersøkelsen sier Haugland. Videre var aktiviteter som kunne være lystbetont noe pasientene ønsket å delta i. Aktiviteter som kunne være lystbetont for pasientene med demens var å jobbe i hagen, bake, sang, bingo og trim i følge undersøkelsen (Haugland 2012).

Filosofen Martin Buber mener det er to måter å ha relasjoner på. Den ene relasjonen er ”jeg- det” og den andre ”jeg-du”. Ofte kan den vanlige og dagligdagse samhandlingen med tingene rundt oss foregå i en jeg –det relasjon. Buber sier videre at vi mennesker kan ofte se på våres venn som et det. Det vil si at man ser den andre på avstand som en gjenstand eller en del av miljøet. På den andre side er jeg-du relasjon noe helt annet. Det dreier seg her om at mennesket treffes i sitt indre vesen i en dialog. For menneske kan ha en relasjonen bygges på tillit, en ekte relasjon fordi de er mennesker (Botnen Eide et al 2011:41) Det handler om at pleiere møter sine pasienter med demens i jeg-du relasjon, og at de ser sine pasienter som (subjekt) mennesker og ikke som objekt (ting). Dette kan være utfordrende for mange pleiere i en travel hverdag, og er noe de hele tiden må jobbe bevisst med å tilstrebe.

6.0 Drøfting

I oppgaven har jeg sett på ulike måter pleiere kan tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid for pasienter med demens i sykehjem. I den prosessen kan pleiere komme opp i flere ulike situasjoner som kan være utfordrende. Jeg vil i drøftingen se på hvordan pleiere kan tilrettelegge miljø og terapeutisk arbeid med pasienter som har demens. I drøftingen vil det bli lagt på det mellommenneskelige og hva pleierne bør være bevisst på i sin samhandling med pasientene. Buber sier at det finnes to relasjoner, den ene er jeg- det relasjon og den andre er jeg- du relasjon. Han mener i vår relasjon til andre mennesker er jeg- du relasjon vi bør legge vekt på, den viser det er en relasjon bygd på tillit. En jeg- det relasjon da ser man ofte den andre som en ting eller en gjenstand som er en del av miljøet (Solveig Botnen et al 2011:41f)

6.1 Kunnskap om oss selv som pleiere

Solheim (2009) sier at man ofte kan gå i seg selv og tenke hva vi ville ønske om det var vi som hadde en demensdiagnose. Hvordan ville jeg ha opplevd denne situasjonen om det var jeg som var rammet av en demenssykdom. Vi kan ofte kjenne oss selv igjen på andre. Som oftest vil dypere evne til selvinnsett øke forståelsen av andres opplevelsesverden. Ut fra vår egen opplevelse av å ikke strekke til, avvisning, ikke leve opp til andres forventninger, kan det være med på å forstå hva pasientene med en demenssykdom kan oppleve (Solheim 2009:47).

Kan vi alltid gå i oss selv og få det samme svar? Som mennesker preges vi av normer og holdninger og det er ikke alltid vi har like meninger i en situasjon. Det som andre mennesker tenker og føler behøver ikke være det samme for meg. Noen mennesker tåler å bli avvist av andre, mens andre kan få store vansker og takler dette dårlig. Selv om det kan være noen like svar så vil det kanskje være en mulighet for å forstå hvordan en pasient med demens kan oppleve. Selv om pleiere jobber i samme sykehjem og kanskje har samme utdannelse vil de ikke si at de behandler alle pasientene likt. Vi kan ha med en forforståelse inn og den kan være med å sette preg på relasjonene til pasientene, om hvordan man opplever pasientene. Skau (2012) hevder at noen mennesker tviholder på enkelte handlingsmønstre og virkelighetsoppfatninger livet ut, uten å være klar over dette selv eller hva de går glipp av. De kan virke som buffere mot nytenking om de har en

stilling som innbefatter makt. Dette gjøres gjennom sin avvisende holdning til alt som er nytt, sårbart og voksende både i andre og hos seg selv (Skau 2012: 23).

Noen pleiere er opptatt med å komme gjennom dagens program og da er det kanskje lett for å ikke være der i nuet for pasienten. Hvorfor vente med at pasienten selv skal ta på seg kleda når vi kan bistå dem? Det går jo mye raskere om jeg hjelper til. Da kan jeg rekke alt som er planlagt for dagen og da har jeg vært veldig effektiv. Jeg tror det kan være situasjoner på sykehjemmet som kan utarte seg slik. Og det kan være vanskelige situasjoner der man kanskje må velge hva som må prioriteres og det kan sikkert være belastende. På en annen side er det vel viktig å se personen og tilstrebe god omsorg og pleie for et menneske som er avhengig av din hjelp. Som Solheim (2009) sier i sitt dikt:

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg.

(s. 17)

Det er vel øyeblikket det kan handle om for mange pasienter med demens. De lever i øyeblikket og det som skjedde for en liten stund kan være borte. Og da bør pleieren gripe det øyeblikket slik pasienten føler at han blir sett, hørt og forstått.

Om man ikke griper øyeblikket vil det kanskje være en pasient som ikke forstår hva som skjer, som kanskje er både forvirret og redd. Dette kan kanskje føre til at pasienten vil føle seg som en byrde, eller ikke så viktig, ”pleieren hadde jo så travelt”. De vil kanskje kjenne seg som en gjenstand eller et nummer i rekken, og ikke en person med tanker og følelser som alle andre. Solheim (2009) hevder at i pleiernes samhandlingen med pasienten bør holdningene være preget av respekt, innlevelse og empati. For at pasientens selvfølelse og egenverd skal bli ivaretatt bør det føle seg akseptert, sett og hørt (Solheim 2009:255)

6.2 Empati og innlevelse

Solheim (2009) sier at empati er evnen til å leve seg inn i andres situasjon uten å miste seg selv. Det vil si at man kan leve seg inn i den andres verden og situasjonen og være oppmerksom på signaler som blir sendt. Det kan være stemmeleie, uttrykket i øynene eller kroppsspråket som blir vist når noe blir fortalt. Ut fra signalene pasienten med demens

viser kan jeg som pleier forsøke å forstå pasientens reaksjon, og jeg prøver å forstå hva pasienten prøver å formidle. Som pleier kan det være vanskelig å finne den rette grensen, mellom privat sympati og profesjonell empati. Det kan være lett å bli dratt ned i pasientens fortvilelse eller utilstrekkelighet, men det er viktig å ikke bli lammet eller passivisert. Målet er å vite nok om følelsene og opplevelsene til å handle og møte dem på best mulig måte (Solheim 2009:47).

Vil det alltid være enkelt være empatisk og innleve seg inn i pasienten liv når man opplever at man har tidspress fordi damen på rom 23 har dusjedag? Kan man la alle de andre pasientene bare vente slik damen føler at hun blir sett og respektert? Her burde svaret vært ja. Ta den tiden du trenger, damen på rom 23 kan vente. I det virkelige liv er det ikke alltid rom for dette, i dag står det dusjing og da blir det dusjing, sånn er det her og sånn har det alltid vært. Jacobsen (2007) hevder at slik kan det være i pleiekulturen, den er ofte preget av ritualer og rutiner, selv om det ikke alltid behøver å være til det beste for pasienten (Jakobsen 2007:17f)

Hovedpoenget til Løgstrups etikks er at vi som mennesker holder et annen menneskes liv i hånden, og det gjenspeiler også det mellommenneskelige relasjoner kan forstås som maktrelasjoner. En vesentlig ting er hvordan vi håndterer den makten vi har overfor andre mennesker (Lorentzen 2015:149). Som pleier har man livet til et annet menneske i sin hånd, og det er viktig at man legger til rette for å se skape gode samhandlinger. Og huske at pasienten er et menneske med tanker og følelser som alle andre.

6.3 Ikke verbal kommunikasjon

Etter som demenssykdommen utvikler seg sier Solheim (2009) at pasienter med demens kan få redusert svikt i språkoppfatning eller språklige formuleringer. Vår jobb blir da å være kreativ med ikke språklige kommunikasjonsmåter som mimikk, peking, kroppslige signaler eller illustrasjoner. Når ord og språk ikke kan benyttes i opplevelseshorizontet lenger blir vår varhet veldig viktig overfor pasienten. Det blir opp til oss å tolke hvilke ønsker, motstand og reaksjoner pasienten har. Evnen til å uttrykke enighet, protest og tilslutning vil hos de fleste vedvare lenge, det kan være ja og nei eller vise med kroppsspråk. Når pasienten har kommet i det siste stadiet av sykdommen vil formidling av empatisk kontakt utføres gjennom kroppslige uttrykk som et klapp på kinnet, holde i hånden eller bare stillhet (Solheim 2009:47f).

Denne fasen i sykdommen kan være utfordrende for både pleiere og pasient. Pleieren må være konsentrert for å få med signalene pasienten gir. Noe som er viktig i denne prosessen kan være å observere pasientens atferd. For å kunne få informasjon fra pasienten med demens sier Solheim (2009) at man kan studere hvilken atferd pasienten har. I hvilke situasjoner er pasienten glad eller lei seg, når familien kommer på besøk eller går. Når er pasienten sint, eventuelt rolig, i hvilke situasjoner skjer det? (Solheim 2009:49).

På en annen side vil også pleierens holdninger spille en stor rolle, hvilket relasjon har de til pasienten og hva preger deres samhandling. Om pleieren ikke har tid eller kan ta seg tid til pasienten kan de gå glipp av verdifulle observasjoner.

Solheim (2009) mener at alle de observasjonene til pasienten kan være med å fortelle mer om hvordan pasienten har det eller opplever enkelte situasjoner, men det kan være av mer nytte om man har kunnskap om teorier om dette. Kunnskap om mennesket og demensutviklingen er av vesentlig betydning. I tillegg til forståelse om mennesket, modeller og teorier som viser menneskets følelser og atferd (Solheim 2009:49). De viser at man som pleier bør ha gode relasjoner til pasienten, men det er også viktig med grunnleggende kunnskaper om hvordan man kan se mennesker og ikke bare fokusere på det syke.

6.4 Pasientene med demens kan feil stimuleres

Haugland (2012) hevder at flere undersøkelser viser at beboere i sykehjem er som oftest tilfreds med omsorg og pleie, men de savner dager med meningsfulle dager med aktiviteter og sosial kontakt. Det er viktig at man i forkant kartlegger hvilke aktiviteter som passer den enkelte. Hvilke aktiviteter pasientene liker kan variere fra person til person (Haugland 2012).

Engedal og Haugen (2009) sier om et tiltak har mange personer og mye aktiviteter kan dette virke negativt for pasientene, spesielt dersom aktivitetene gjøres for raskt, og de som leder aktiviteten ikke forklarer eller presenterer aktiviteten bra nok. Om musikken blir spilt veldig høyt eller det er helt ukjent musikk, kan det føre til at pasienten blir både forvirret og engstelig og ikke vil være med i gruppen. Selv om aktivitet kan være bra for noen vil aktiviteter man ikke mestrer lenger kanskje være negativt. Om man for eksempel var en

habil pianist før og blir satt ved et piano, men ikke greier dette lenger kan pasienten føle seg mislykket. I kommunikasjon og samvær med pasienter med demens er det personalet som må yte mest. Det er av stor grad viktig å vite hva pasienten liker og hvilke interesser som fanger pasienten. På den måten er det lettere å ha noe å snakke om sammen med pasienten når man kjenner deres historie (Engedal og Haugen 2009:300ff). Det kommer frem i artikkelen til Haugland (2012) at forskning på personalet i sykehjem viser at flere av de ansatte har ikke tro på aktiviteter kan ha noen nytte eller glede for pasienter med demens (Haugland 2012). Kanskje det er personalet som setter grenser for hva pasientene på sykehjemmet skal delta i? Hvorfor gjøre noe som ikke fungerer?

Det er ikke alltid lett å vite hva man skal gjøre som pleier, skal man bare utføre aktiviteten og håpe på det beste? Selv om ikke alle pasientene likte denne aktiviteten så kan det vel ”kanskje gå seg til?” Hvordan ville du oppleve at ting ble bestemt for deg? Ville du likt at noen hadde ”tvunget deg” til å spille bingo? Hvordan ville du følt det om det var deg som ikke klarte å svare på hva du ønsket? Spørsmålene er mange og kanskje ofte forvirrende, og det er vel noe som kan gjenspeile seg for en pasient med demens. Det er ikke så lett for dem å si fra om de har vansker med å kommunisere. Hva er egentlig bingo? Det har jeg aldri hørt om. Uløste svar på spørsmål og ikke helt skjønne hva som skjer i situasjonen, kan få personen med demens til å føle seg utilstrekkelig og kanskje frustrert. Solheim (2009) er av den formening at dersom pasienten med demens ikke makter å forså ordene som blir sagt kan det føre til økt forvirring (Solheim 2009:42). Har man da tatt hensyn til den enkelte for hvem de er og respektert deres ønsker? Sannsynligvis ikke, kanskje det var gjort uten man ikke tenkte over konsekvensene det kunne ha for noen pasienter.

6.5 Utfordrende atferd

Engedal og Haugen (2009) hevder at i undersøkelser ved de fleste demenssykdommer er utfordrende atferd vanlig, hyppigheten til atferden varierer fra undersøkelse til undersøkelse (Engedal og Haugen 2009:311ff).

Engedal og Haugen (2009) sier at det har vært en del kritikk vedrørende utfordrende atferd. Er det pasienten med demens som er ”vanskelig”? Kan det være noe i miljøet eller omgivelsene som ikke er oversiktlige nok? Eller kan det rett og slett være pleierne som

ikke forstår hva pasienten prøver å formidle? Ved å si at pasienten har utfordrende atferd vil det si at man på en måte legger årsaken til atferden på pasienten selv. En annen faktor kan spille inn som eksempel kan det være pleierne som ikke forstår pasienten. Flere undersøkelser har vist i følge Engedal og Haugen (2009) at det kan være i samhandling med pleiepersonell og pasienter med demens den utfordrende atferden oppstår. Pasienten kan ha kognitive forandringer og det kan føre til at de ikke helt skjønner hva som oppstår i situasjonen eller uttrykke behov og ønsker i situasjonen. Det kan ofte være der personen føler seg sårbar eller truet, for eksempel ved av og påkledning, dusing, stell og intimhygiene (Engedal og Haugen 2009:315ff).

Hvordan skal en person med demens kunne formidle for eksempel smerte? Om pasienten har språk så kanskje de kan formidle dette. Om de ikke har språk hvordan kan de formidle at de har vondt? De kan kanskje formidle sin smerte gjennom for eksempel roping eller slåing. Som pleier bør kartlegge hvorfor gjør pasienten dette og hva vil pasienten formidle. Det blir pleieren oppgave å se hva som ligger til grunn for atferden. På en utenforstående kan de virke både irriterende og frustrerende, ”nå er han utagerende igjen, han som er så vanskelig”. De glemmer at pasienten er et menneske som prøver å formidle noe, med tanker og følelser som alle andre. Selv om de ikke klarer å snakke så kan de som oftest formidle noe, men det er opp til pleierne å tolke signalene. Personen hadde kanskje ikke en utagerende atferd, men kanskje han bare hadde smerte som ikke gikk bort. Solheim (2009) er av den oppfatning at pasienter med demens som ikke klarer å formidle hvordan de har det kan ty til andre kommunikasjonsformer som sinne, roping, klamring, taushet og avvisning (Solheim 2009:48).

Det handler om å se mennesket og ikke bare sykdommen, og det er kanskje en vesentlig del for pleiere, å se hele mennesket og ikke bare demenssykdommen. Ofte kan det være vanskelig, men man må iallfall gjøre et forsøk til å imøtekomme pasienten på en god måte

7.0 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven funnet ut at pleiere kan gjøre mye for pasienter i sykehjem. De kan legge til rette for kommunikasjon, som kan bidra til at pasienter med demens får en god dag ut fra sine egne ressurser og muligheter. Selv om det kan være krevende å jobbe i sykehjem så vil det også være stunder som er verdt å ta med seg videre. Det handler om å se hele mennesket og ivareta pasientens mestring, identitet og selvfølelse så lenge som mulig. På en annen side er det viktig at pleierne møter pasientene med respekt, forståelse og innlevelse. Dette kan bidra til at pasienten og pleierne kan skape gode relasjoner.

Gjennom mitt arbeid med oppgaven har jeg fått mer kunnskap om demens, og jeg syns dette er et spennende og utfordrende tema. Økt kunnskap og kompetanse hos pleiere i sykehjem tror jeg vil være med på å skape bedre dager for pasienter med en demens og mer åpenhet om temaet. Økt kunnskap vil kanskje hjelpe pleierne til å finne pasientens ”grønne blader” som Solheim (2009) beskrev i sitt dikt. Å se menneske og ikke sykdommen. Som igjen vil komme pasientene med demens til gode.

I august i år vil det komme ut en ny Demensbok noe som trolig vil øke kunnskapen til både personell, pårørende og andre

Gjennom min jobbing med temaet demens har jeg fått en ny forståelse, og alt er ikke bare svart hvitt. Det finnes ikke et miljøtiltak som passer for alle personer med demens, det finnes ikke en aktivitet som alle vil delta i. Det kommer helt an på hvem du spør, og jeg tror svaret vil variere fra person til person.

Jeg tenker det er viktig å se det friske hos personen med demens, deres ressurser og det de mestrer. Om man leter dypt så kan man finne. Slik som skjedde med meg når jeg skulle hjelpe den gamle damen med kommunikasjonsvansker. Jeg fant en av hennes ressurser gjennom nynning, og damen sang av full hals og begeistring. Det handler om å vite hvilken bakgrunn pasienten har. Pårørende er en svært viktig ressurs til informasjon og hjelp til å forstå personen med demens. Alle ønsker å leve et liv der de blir sett, respektert og lyttet til, det er viktig å se menneske for den de er og ikke sykdommen.

Litteraturliste

- Dalland, Olav (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utgave, 1. opplag.
Oslo : Gyldendal Akademisk.
- Eide Botnen, Solveig, Grelland, Hans Herlof , Kristiansen, Aslaug, Sævareid Hans (2011)
For di vi er mennesker. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Eide, Hilde og Eide, Tom (2013) *Kommunikasjoner i relasjoner samhandling, Konfliktløsning, etikk*. 2. utgave, 7. Opplag. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Ellingsen, Karl(red) (2014) *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn*.
Oslo: Universitetsforlaget.
- Engedal, Knut og Haugen, Per Kristian (2009) *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*.
5.utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Norsk forskningsråd (2015) *Deler ut 12 millioner til forskning på demens*. Nasjonalforeningen for folkehelsen 21.04.2015.
- Haugland Øvrebø, Britt (2012) *Meningsfulle aktiviteter på sykehjem*.
Sykepleien Forskning 2012 7(1) 40-47.
- Hyldmo, Ingrid, Norhus, Inger Hilde og Hafstad, Reidun (2004) Marte Meo:
En veiledningsmetode anvendt i demensomsorgen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 1, 2004, side 16-20*.
- Jakobsen, Rita (2007) *Ikke alle vil spille bingo*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Linde, Sølvi og Nordlund, Inger (2012) *Innføring i profesjonelt miljøarbeid*.
2. utgave, 5. Opplag. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lorentzen, Per (2015) *Ansvar og etikk i miljøarbeid, en relasjonell tilnærming*. 2. Utgave
Oslo: Universitetsforlaget.
- Myskja, Audun (2013) *Hjertet mitt har ikke demens*. 1.utgave, 1. opplag.
Cappelen Damm AS.
- Owren, Thomas og Linde, Sølvi (red) (2011) *Vernepleiefaglig teori og praksis*.
Oslo: Universitetsforlaget.
- Rokstad Mork, Anne Marie (red) (2012) *Bedre hverdag for personer med demens*.
Utviklingsprogram for miljøbehandling. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per -Halvard (2012) 3.utg. *Bære eller breste*.
Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker. Bergen: Fagbokforlaget.

Skau, Greta Marie (2012) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med*

Mennesker. 4. utgave, 2. opplag. Cappelen Damm.

Skogen, Jens Christoffer og Mykletun, Arnstein (2010) Demens utfordrer både velferden

og Folkehelsen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 47, nummer 11, 2010, side 1038-1040.*

Solheim, Kirsti (2009) *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen.*

2.utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

Aadland, Einar (2013) «Og eg ser på deg...» *Vitenskapsteori i helse- og sosialfag. 3.*

utgave. Oslo: Universitetsforlaget.