



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for helse- sosialfag

Anita Fredriksen og Alina Ness

Kari Kvigne

“Livets øyeblikk”

“Moments of life”

12 556 ord

Bachelor i Sykepleie - BASY 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Sammendrag

Tittel; Livets øyeblikk. Engelsk tittel; Moments of life. Formålet med denne bacheloroppgaven er å få et større kunnskapsgrunnlag, for å finne ut hvilke tiltak som sykepleiere kan tilrettelegge for å bidra til å opprettholde trivsel og mestring i demensomsorgen. Problemstillingen er som følger; Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å opprettholde trivsel og mestring, hos mennesker med Alzheimer sykdom i en demensenhet i sykehjem? Problemstillingen begrenser derfor oppgaven med Alzheimer sykdom hos pasienter i sykehjem. Oppgaven er en litteraturstudie som er bygget på anerkjente forskere sine studier, våre egne erfaringer fra praksis, selvvalgt litteratur og pensumlitteratur. Funnene blir drøftet opp mot teori, forskning og vår egne praksis erfaringer, for å finne en best mulig fremgangsmåte der vi oppnår trivsel og mestring hos pasientene. Resultatene vi kom frem til i litteraturstudien, baserer på at det er individuelt hvilke tiltak som fremmer trivsel og mestring hos den enkelte.

Hva ser du søster?

*Hva ser du søster, her på din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
Usikker på hånden og fjern i blikket,
Litt griset og rotet hvor hun har ligget.
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,
Hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
Men klager og syter, har dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øyne opp og se – det er mer!
Nå skal jeg fortelle deg om hvem jeg er,
Den gamle damen som ligger her:*

*Jeg er en pike på ti i et lykkelig hjem
Med foreldre og søsken – jeg elsker dem!
Jeg er en ung mø på seksten med hjerte som banker
Av håp og drøm og romantiske tanker.
Jeg er brud på tyve med blussende kinn.
I mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.
Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem-
Mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser, med gråt og latter.
Så blir de stor, og så er vi atter
To voksne alene so nyter freden
Og trøster hverandre og deler gleden
Når vi ble femti og barnebarn kommer
Og bringer uro og latter hver sommer.*

*Så dør min mann, jeg blir ensom med sorgen
Og sitter alene fra kveld til morgen,
For barna har egne barn og hjem-
Det er så mye som opptar dem.*

*Borte er alle de gode år,
De trygge, glade og vante kår.
Nå plukker alderen fjærene av meg,
Min styrke, mitt mot blir snart tatt i fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter-
Jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og mitt hår er grått.*

*Med hørselen skranter det også så smått.
Men inne bak skrøpeligheiene finnes
det ennå så meget vakkert å minnes:
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrden tynger meg ned
Så synger allikevel minnene med.*

*Men det som er aller mest tungt å bære
Er det at evig kan ingenting være.
Hva ser du søster? – En tung og senil
Og trett gammel skrott? Nei prøv en gang til.
Se bedre etter- se om du kan finne
Et barn, en brud, en mor – en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne.
Det er meg du må prøve å se- og finne!*

(Samuelsen, 2008, s.42- 43)

Innhold

Sammendrag	1
Hva ser du søster?	2
1.0 Innledning	5
1.2 Hensikten med oppgaven.....	6
1.3 Problemstilling:.....	6
1.4 Avgrensninger.....	6
1.5 Sentrale begreper	7
2.0 Metode	8
2.1 Definisjon av hva metode er	8
2.2 Kvantitative og kvalitative tilnærminger	8
2.3 Valg og begrunnelse av metode	9
2.4 Litteratursøk	9
2.5 Presentasjon av funn fra forskning	10
2.6 Kildekritikk.....	12
3.0 Sykepleie til mennesker med Alzheimer sykdom	13
3.1 Å rammes av demenssykdom.....	13
3.2 Hva er Alzheimer sykdom?.....	14
3.3 Årsaker til Alzheimer sykdom.....	14
3.4 Symptomer ved Alzheimer sykdom.....	15
3.5 Behandling av Alzheimer sykdom	17
3.6 Å være dement.....	17
3.7 Interaksjoner som er viktige for personer med Alzheimer sykdom.....	18
3.8 Miljøterapi ved trivsel & mestring.....	21
4.0 Drøfting	25
4.1 Trivsel & Mestring	25
4.2 Sykepleieren som terapeut	32
5.0 Konklusjon	39
Referanseliste.....	41
Vedlegg 1 Søkehistorikk	44

1.0 Innledning

I Norge er det nå 71 000 mennesker som er rammet av demenslidelser, dette vil øke med årene fordi det blir stadig flere eldre i befolkningen. Det regnes med at allerede i de nærmeste årene vil bli en kraftig økning av eldre mennesker over 90 år med demenssykdom. Etter 2020 vil man trolig se en kraftig økning av eldre mennesker ned mot 80 år som får demenssykdommer. Antall mennesker med demens vil fordoble seg frem mot 2035 – 40. (Helsedirektoratet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2011)

På grunn av demenssykdommer er det ikke bare personen som rammes av sykdommen, men også de som står nær personen. Man regner 4 nære personer per menneske som rammes av demenslidelsen, derfor betyr dette at det er 350 000 mennesker i Norge totalt som er berørt direkte eller indirekte av sykdommen (Helsedirektoratet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2011).

Det første kjennetegn på Alzheimer sykdom, er at man har sviktende korttidshukommelse og etter hvert blir langtidshukommelsen svekket. Den rammede kan få nedsatte kommunikasjonssevner, orientering, motivasjon, oppleve vansker å formidle tanker og opprettholde de daglige funksjoner (Moksnes, 2010). Dette kan føre til at personen kan miste meningen med livet, og sykdommen kan forverres. Vi som sykepleiere skal yte omsorg og hjelpe den enkelte med å gi tilbake den gleden, øke trivsel og bidra til mestring i hverdagen (Sosial- og helsediretoratet, 2007). Det er også sentralt å ha fokus på å fremme helse, forebygge sykdom eller utvikling av sykdomstilstanden. Der vi som sykepleiere skal ivareta de grunnleggende behov, bevare funksjonsnivå til pasienten som bidrar til å fremme pasientenes trivsel og mestring (Moksnes, 2010).

Miljøterapi er en av dagens behandlingsmetoder som ofte blir benyttet i sykehjem hos eldre mennesker som er rammet av Alzheimer sykdom. Det er viktig at vi som sykepleiere har en terapeutisk funksjon for å finne hvilke ressurser pasienten har, tilpasse dagligdagse oppgaver som pasienten kan delta i og sørge for å opprettholde pasientens funksjonssevner. (Berentsen, 2010) I følge Moksnes (2010) har demenslidelse påvirket menneskets evne til å klare seg i dagliglivet. Det er veldig viktig at vi er tilgjengelig og gir nødvendig hjelp, pasienten har behov for. Pasienter med Alzheimer sykdom har behov for et tilpasset miljø, som kan øke

stimuleringen, og gi hjelp til å gjennomføre de daglige gjøremål slik at pasienten kan bli mer selvstendig i det daglige (Moksnes, 2010).

1.2 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å få kunnskap om hvordan sykepleier kan bidra til trivsel og mestring hos pasienter med Alzheimer sykdom, som er innlagt i demensenhet i sykehjem.

1.3 Problemstilling:

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å opprettholde trivsel og mestring, hos mennesker med Alzheimer sykdom i en demensenhet i sykehjem?

1.4 Avgrensninger

Vi har valgt å begrense oppgaven med Alzheimer pasienter som er innlagt i en demensenhet på sykehjem, mestring og trivsel er sentralt i vår oppgave. Ved at vi som sykepleiere bidrar til å hjelpe pasienten til å mestre i et aktivt tilpasset miljø, vil det hjelpe pasienten til å opprettholde sin mestringsfølelse. Vi vil ha fokus på miljøterapi som en behandlingsfunksjon, der vi skal hjelpe den rammede til å finne mening og skape gode dager for pasientene på sykehjemmet. Vi kommer også til å nevne viktigheten av å ha god tid til hver enkelt pasient, og det er viktig at vi som sykepleiere ser hele mennesket bak sykdommen. Vi vil ikke gå i dybden i form av medikamenter, prosedyrer eller dokumentasjon, selv om dette også er en del av de viktige sykepleier oppgavene. Vi vil heller ikke ha så mye fokus på de pårørende, selv om de er viktig i forhold til pasientenes velvære. Det er viktig med et tverrfaglig samarbeid av forskjellige yrkesgrupper innen helsevesenet, noe vi kommer lite innom i vår oppgave.

1.5 Sentrale begreper

Vi har valgt å definere de sentrale begrepene, som er knyttet opp mot vår problemstilling.

Travelbee (2014) definerer sykepleie som:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. (s.29)

Trivsel kan oppfattes som en tilstand der personen opplever positive hendelser, ved at omgivelser og aktiviteter rundt personen er tilpasset. Atferd hos helsepersonellet har også en stor betydning for å fremme trivsel. Å utvikle trivsel er en prosess der pasienten får brukt sine ressurser som et sosialt individ (Bleken, 2011).

I Følge Hvinden (2011) blir mestring definert som:

«Mestring dreier seg i stor grad om opplevelser av å ha krefter til å møte utfordringer og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med på å endre.»(s.54)

Et menneske er et « unikt og uerstattelig individ, lik og samtidig ulik alle andre mennesker som noen gang har levd eller vil komme til å leve.» (Travelbee, 2014)

I følge Engerdal og Haugen (2009) defineres demens slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid. (s.20)

2.0 Metode

2.1 Definisjon av hva metode er

I følge Dalland (2012) kan man defineres metode slik:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» (s.111)

2.2 Kvantitative og kvalitative tilnærminger

Det finnes to typer metoder kvantitative og kvalitative. Metode skal hjelpe oss med å finne frem til de data vi trenger, som et redskap til å hjelpe oss med å finne den informasjonen som er viktige i vår studie. Herunder vil vi beskrive litt om hva disse metodene innebærer (Dalland, 2012, s.111-122).

Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, som gir oss mulighet til å gjennomføre en statistisk analyse, der vi har et ønske om å finne ut av hvor stor del av befolkningen som trenger hjelp, eller hvor mye befolkningen tjener gjennomsnittlig i året. Funnene presenteres i form av statistikker, grafer eller tabeller, undersøkelsen tar et utgangspunkt i å studere flest mulige forekomster. Informasjonen som blir samlet inn er ikke i direkte kontakt med deltagerne, da undersøkelsen blant annet blir utført ved spørreskjemaer med faste svaralternativer, det vil oppstå et jeg- det – forhold (Dalland, 2012, s.111-122).

Kvalitativ metode er en metode der man samler inn data gjennom intervjuer av færre forekomster og undersøker disse grundig. Funnene ved denne metoden vil bestå av å fange opp mening og opplevelse hos deltakerne. Ved bruk av denne metoden vil den bidra til å bedre forståelse av samfunnet vi lever i og forholdet til institusjoner, hvordan hvert enkelt individ som handler og samhandler. Det oppstår et jeg- du- forhold ved direkte kontakt med deltakerne. Kvalitativ metode lar seg ikke tallfeste eller måle (Dalland, 2012, s. 111 -122).

2.3 Valg og begrunnelse av metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie som regnes som en kvalitativ forskningsmetode, fordi vi tolker funn og konklusjoner som forskningsartiklene har kommet frem til. Dette fordi vi har fokus på opplevelse og mening med funnene som har blitt utført. Vi ville finne frem til hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å opprettholde trivsel og mestring hos pasienter som er rammet av Alzheimer sykdom. Vi har også benyttet forskningsartikler som bruker både kvalitativ og kvantitativ tilnærming.

2.4 Litteratursøk

For å finne forskning har vi valgt å benytte bibliotekets database Oria, Google Scholar og helsebibliotekets databaser som Cinahl. Vi har også brukt yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, for å underbygge oppgaven vår med krav og kriterier som er relatert til vårt tema. I oppgaven har vi benyttet pensum og selvvalgt litteratur, for å kunne besvare vår oppgave og begrunne kunnskaper og praktiske ferdigheter. De bøkene vi har forholdt oss mest til er ; Geriatrisk sykepleie (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2010), Lærebok Demens – Fakta og utfordringer (Engerdal, & Haugen, 2009), Personer med demens – møte og samhandling (Henriksen, 2009), Mellommenneskelige forhold i sykepleie (Trawelbee, 2014) og En dements dagbok (Wyller, 2013)

For å finne frem til de relevante artiklene brukte vi både norske og engelsk søkeord. For å kombinere ordene har vi brukt OG på norsk, AND på engelsk.

- Norske søkeord: demens, omsorg, trivsel, Alzheimer demens, demenssykdom, sykehjem, refleksjoner.
- Engelske søkeord: dementia, care, nursing home, spiritual needs, engagement.

Vi har avgrenset artiklene, vi har søkt opp med årstall, artikler og fulltekst. Der vi har brukt søkeordene i forskjellige kombinasjoner. Vi har lest over overskrifter etter treff, og abstraktene på forskningsartiklene. Og deretter valgte vi forskningsartiklene som var relevant

til vår oppgave. Vi har valgt å bruke Pico skjema for å få et best mulig resultat av våre søk, som begrenser seg til vår problemstilling. Fullstendig søkehistorie presenteres i Vedlegg 1. Ut fra veiledninger har vi fått råd av veileder om forskning og aktuell litteratur, som vi ha hatt god nytte av i oppgaven.

2.5 Presentasjon av funn fra forskning

«Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review». Hensikten med artikkelen var å undersøke og beskrive hva forskningslitteraturen rapporterer på bruk av sansehager, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs for mennesker med demens. Funnene i artikkelen viser at denne type miljøterapeutiske tiltak kan redusere urolig atferd, alvorlig fall, bedre søvn, redusere bruk av psykofarmaka og øke funksjonsnivå og trivsel. De konkluderte med målrettet bruk av planter innendørs ved terapeutisk hagebruk hadde en positiv innvirkning på funksjonsnivå, trivsel og atferd hos pasienter med demens (Kirkevold & Gonzalez, Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens, 2012).

«Hendene husker ulla's uttrykk- Om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem». Hensikten med artikkelen var å kunne få en dypere innsikt og det betydningsfulle innenfor det angitte temaet. Der man gjennom samtale med deltagerne kunne få frem opplevelsen, hvilke tanker og vurderinger som kom frem gjennom en interaksjon med deltagerne. Funnene de fant frem til gjennom å samle seg felles, gav dette hjelp til å føle tiden som verdifull og kunne reflektere sammen med andre over sine egne hendelser i livet. I denne artikkelen konkluderer de med at sanse-hage, arbeidsstue, minnerom og velværebud som tilrettelegges for å gjøre tilværelsen forståelig, kan dette være et rom som gir sterke sanse-inntrykk. Forståelige omgivelser kan bety styrke identitetsfølelse og mestringsevne, der det skapes livsmot og verdig liv (Balteskard, Storli, & Martinsen, 2012).

«*Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet*». Hensikten med studien var å kunne få en større innsikt i hvordan man kan bli bedre kjent med den enkeltes identitet, gjennom personens livshistorie. Funnene som ble gjort i studien presenteres gjennom fortellinger hos hver enkelt person. Historiene var uklare med halve setninger, mange gjentakelser og mange pauser. Det var mange likhetstrekk ved historiene deltagerne bidro med, men mange trekk av livshendelsene var også forskjellige. De konkluderte med at det er viktig at mennesker med demens får muligheten til å fortelle om livet sitt, for dette kan bidra til å ivareta personens interesser, aktiviteter og vaner som personen har hatt hele livet. (Drageset, Normann, & Elstad, 2013)

“*Nurses’ and care workers experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study*”. Hensikten med denne artikkelen var å kunne studere sykepleiernes og andre helsearbeideres opplevelser av åndelige behov hos demente beboere i sykehjem. Sykepleiernes krav til å praktisere holistisk sykepleie. Likevel er det liten kunnskap om hvordan man skal se og kjenne igjen de åndelige behovene hos demente beboere i sykehjem. Funnene som ble gjort gjennom studien av opplevelsen om hvordan man kan dekke de demente beboernes åndelige behov besto av tre kriterier 1) behovet for ro, indre ro og ble beskrevet som «tankefulle og fredfulle øyeblikk» og « ro på grunn av familie» 2) behovet for å få bekreftelse, beskrives som «nærhet og kjærlighet» 3) Behovet for å uttrykke tro og håp, beskrives som «å delta i gudstjenesten og be» og « tilnærme seg døden». De konkluderte med at sykepleieres og helsearbeideres opplevelser av åndelige behov hos mennesker med demens, er veldig likt det man finner av åndelige behov ellers i befolkningen uansett hvor alvorlig de er rammet av demens. Studiens relevans til klinisk praksis indikerer viktigheten av å utvikle større kunnskaper innen mennesker med demens i sykehjem, hvordan de uttrykker åndelige behov og hvordan man skal observere og tolke slike behov (Ødbehr, Kvigne, Hauge, & Danbolt, 2014).

“Agreeableness and Activity Engagement in Nursing Home Residents with Dementia - A pilot Study” Hensikten med artikkelen var å analysere forholdet mellom personlige egenskaper som tøffhet og engasjement når aktiviteter er tilpasset etter interesser. Funnene som ble gjort var ved individuell tilpasning av aktiviteter til beboere i sykehjemmet, ble pasientene mere engasjert uavhengig av beboernes modighetsnivå. De konkluderer med at ved å skreddersy aktiviteter opp mot beboernes interesser og funksjonsevner, vil dette være med på å oppnå deltagelse og engasjement hos beboerne i sykehjem (Hill, Kolanowski, & Kürüm, 2010).

2.6 Kildekritikk

Kildekritikk er en vurdering av det materiale vi har funnet til vår oppgave, og i forhold til hvor troverdig denne kilden er (Dalland, 2012, s. 63 – 81). For å kunne vurdere kvaliteten kritisk på de forskningsartikler vi har tatt inn i vår litteraturstudie, har vi brukt sjekklister fra kunnskapssenteret.no. Kunnskapssenteret skal bidra til å sikre at forskningene er kvalifiserte og gir et godt kunnskapsgrunnlag. De kildene vi har brukt har vært basert på hvordan sykepleieren kan opprettholde trivsel og mestring i sykehjem hos mennesker med demens, samt hvordan vi som sykepleiere kan utføre terapeutisk miljøarbeid. Vi har gått gjennom kildene for å finne hensikten, og hva som ble oppnådd i forhold til disse kriteriene. Vi var også interessert i opplevelsen av hvordan disse metodene virket inn på pasientene, og hvilke funn som fant sted ut fra disse resultatene.

Av funnene vi gjorde i forskningsartiklene, fikk vi svar på oppgavens problemstilling, slik at vi kunne komme til en konklusjon. I forskningsartiklene påpekte de viktigheten av at den demente pasienten skulle føle økt trivsel og velvære, ved at de tok for seg forskjellige metoder, men mye var også likt. Forskningsartiklene, faglitteratur og selvvalgt litteratur underbygget også hva vi tidligere har erfart i praksis.

3.0 Sykepleie til mennesker med Alzheimer sykdom

3.1 Å rammes av demenssykdom

Vi vil starte med å si litt kort om de forskjellige demenssykdommene som er mest utbredt blant befolkningen.

Dette er demenssykdommer som *vaskulærdemens*, der dette trolig er den som er hyppigst blant befolkningen selv om den også er knyttet sammen med Alzheimer sykdom. Vaskulær demens opptrer tidligere enn Alzheimer sykdom, men den kan også debutere sent (Berentsen, 2010).

Frontotemporallappsdemens kan ramme både kvinner og menn, dette er en av demenssykdommene som ofte debuterer sent (Berentsen, 2010).

Demens med lewylegemer er det 10- 15 % av befolkningen som får, da de har en demenssykdom. Pasienten har like symptomer som ved Alzheimer sykdom og Parkinson sykdom, men det kan også forekomme symptomer som ligner delirium (Berentsen, 2010).

Parkinson sykdom med demens er en av demenssykdommene som en del pasienter med Parkinson sykdom kan utvikle etter å ha hatt sykdommen en stund. 25 % -30 % har demens av de som har fått en lett kognitiv svikt (Berentsen, 2010).

Alle disse demenssykdommene har felles trekk ved Alzheimer sykdom, og vi vil beskrive symptomene ved sykdommen senere i oppgaven (Berentsen, 2010).

3.2 Hva er Alzheimer sykdom?

Alzheimer sykdom er den mest kjente demenslidelsen, og ble oppdaget av den tyske legen Alois Alzheimer i 1901. Sykdommen er uavhengig i forhold til når den debuterer i livet, dette er fordi sykdommen kan ramme mennesker helt ned i 30 års alder, samt mennesker senere i livet etter fylte 65år (Engedal & Haugen, 2009, s.63- 90).

Alzheimer sykdom deles opp i to hovedgrupper, tidlig debut og sen debut. Det beskrives andre navn på disse hovedgruppene i Engedal & Haugen (2009), som presenil demens og senil demens. Vi velger å bruke tidlig og sen debut på sykdommene.

Tidlig debut opptrer oftest før fylte 65 år, og sykdommen kan oppstå i tidlig alder som fra 30-50 år. Tidlig i sykdomsforløpet opptrer demenssymptomer som er veldig tydelige og det er ofte flere symptomer. Sykdommen progredierer raskt. Det er like mange kvinner og menn som blir rammet av den tidlige debuten av demenstilstanden (Berentsen, 2010).

Sen debut opptrer oftest etter fylte 65 år, her er det færre symptomer hvor sykdomsutviklingen er mindre dramatisk. Det mest framtreddende symptomet ved sykdommen er hukommelsessvikt fra starten av (Engedal & Haugen, 2009, s. 63- 90). Det er flere kvinner enn menn som blir rammet av den sene debuten i Alzheimer sykdom (Berentsen, 2010).

3.3 Årsaker til Alzheimer sykdom

I følge Engedal og Haugen(2009) kan den tidlige debuten i noen tilfeller være arvelig betinget. Det kommer frem at det ikke finnes spesifikke årsaker til Alzheimer sykdom. Det finnes risikofaktorer som høy alder, arvelig disponerte personer, høyt blodtrykk, høyt kolesterol, diabetes og lav utdanning som mulig kan føre til Alzheimer.

3.4 Symptomer ved Alzheimer sykdom

Symptomer ved tidlig debut kommer snikende, og det er ikke alltid man kan si når sykdommen startet. De første tegnene er gjerne hukommelsessvikt, men det kan også starte med andre tegn som endret personlighet, passivitet, tilbaketrekning og svekket kommunikasjonssevne der man har vanskeligheter med å finne ord. Ofte sees det at symptomene blir tydeligere når pasienten får en akutt somatisk lidelse (Engedal & Haugen, 2009, 63 – 90).

Symptomer ved sen debut er mindre dramatiske og utvikler seg gradvis, der personen får nedsatt evne til å utføre daglige gjøremål. Det blir vanskeligere å bo hjemme, og kreves kontinuerlig oppfølging 24 timer i døgnet. Det blir store belastninger på de pårørende, da personlighetsendringene blir fremtredende og hjelpebehovet vil bli større. Personen med Alzheimer sykdom får problemer med å orientere seg om tid og sted, og finne frem i kjente omgivelser. Det er vanskelig å forstå klokken, og etter hvert er det vanskelig å kjenne igjen venner og naboer, samt nære slektninger på grunn av sviktende hukommelse (Engedal & Haugen, 2009, s.63 – 90).

Pasienten får nedsatt evne i forståelse og innhold av samtalen, klarer ikke å uttrykke sine behov. Flyten i samtalen blir etter hvert borte og pasienten benytter seg av enkle ord og setninger. Kroppsspråk og holdninger er av større betydning enn innholdet av samtalen. Pasienten vil ha behov for veiledning til å dekke de grunnleggende behov, som personlig hygiene, matsituasjoner og sosial kontakt. Atferdsproblemer kan oppstå, dette kan være atferd som hallusinasjoner, aggressivitet og mistenksomhet (Engedal & Haugen, 2009, s. 33-50).

Når hukommelsen er sviktende kan man få språk og/eller skrivevansker. Dette skyldes at det har oppstått skade i det ene eller begge språksentrene i venstre hjernehalvdel. Her påvirkes evnen til å forstå, tenke logisk, oppfatte språk og evnen til å uttrykke seg. Det finnes ulike former for afasi. Ved motorisk afasi, klarer ikke pasienten å uttrykke det han/hun ønsker, men forstår mye av innholdet som blir formidlet. Pasienten gjentar seg selv ofte, det blir dårlig flyt og vanskelig å forstå hva pasienten formidler. Her må vi som sykepleiere gi tid til pasienten,

slik at det som pasienten vil formidle kommer frem. Pasienten har evne å bruke kroppsspråk, mimikk og tonefall. Sensorisk afasi er formen der forståelse er dårlig, og sammenheng i setningene blir feil, men pasienten klarer å uttale ord riktig. Sammenhengen blir ufullstendig og faller lett ut av samtalen, og pasienten begynner med nytt tema (Engedal & Haugen, 2009, s.33- 50).

Ved anomisk afasi har pasienten problemer med å finne ord som gir mening i setningens innhold, dette er et særdeles vanlig symptom hos pasienter med Alzheimer sykdom. Pasienten begynner setninger uten å kunne fullføre, på grunn av at vedkommende glemmer hva han/hun skulle si. Ved global afasi er alle språkevner nedsatt. Pasienten klarer ikke å oppfatte det som blir sagt, og har problemer med å uttrykke seg på en forståelig måte, men enkelte ord kan være korrekte. Samt at man kan få symptomer på agnosi, som innebærer at pasienten har svekket evne til å identifisere eller gjenkjenne forskjellige gjenstander, til tross for fungerende sanseoppfatningsfunksjoner. Pasienten kan også få symptomer på apraksi, der pasienten kan oppleve sviktende evne til å gjennomføre praktiske gjøremål, til tross for at pasienten er fullt oppegående og har forståelse av hva som skal utføres (Engedal & Haugen, 2009, s.33- 50).

Engedal og Haugen (2009) beskriver symptomene som vanskelig å se i forhold til hvert enkelt individ, da det er individuelt i forhold til de kognitive funksjonene. Forskningsartikkelen «*personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet*» trekker inn at man bør ta hensyn til personens bakgrunn, se det hele menneske, og ha en forståelse av menneskets sosiale omgivelser. Symptomene sees bedre etter 3 – 4 år da sykdommen har progrediert, da vil de komme bedre til syne (Drageset, Normann, & Elstad, 2013).

3.5 Behandling av Alzheimer sykdom

I følge av Berentsen(2010) finnes det ingen behandling for å helbrede demens, men aktuelle tiltak som medisinerings ved depresjon, angst, vrangforestillinger og aggresjon kan hjelpe pasienten til et bedre funksjonsnivå. Det er enkelte medikamenter som kan bidra til å bremse symptomene. De beste tiltakene ved demenssykdommer er å tilrettelegge miljøet og gi god omsorg. Sykepleie til den demente pasienten er en viktig del av omsorgen ovenfor den rammede, og her er det viktig at vi som sykepleiere kan bruke oss selv terapeutisk, noe vi vil beskrive nærmere videre i oppgaven.

3.6 Å være dement

Wyller (2013) fikk sin diagnose i 2009, han ble rammet av Alzheimer sykdom. Han beskriver i dagboken sin, og har fokus på at andre mennesker skal få et innblikk og kanskje bli bedre kjent med sykdommen. Der både alminnelige mennesker uten fagkompetanse, og mennesker som er helsepersonell, som leser boken kan ta lærdom av dette. Han forteller om sykdommen som individuell, hvordan mennesker blir rammet av symptomenes utvikling. Wyller forteller at språk og skriveferdigheter er ikke et problem for han, selv om mange blir rammet av vansker med språket. I dagboken forteller Wyller om den første episoden han opplevde ved sykdommen, der han sitter i et fly og tenker på hvordan huset hans ser ut innvendig, men det eneste han klarer å se for seg er hvordan hans barndomshjem så ut.

Han skriver ikke daglig i dagboken, det kan gå både dager, uker og måneder. Han beskriver om en dag han er med sin sønn på butikken for å handle, der han ikke klarer å orientere seg i butikken, fordi han ikke kjente seg igjen. Wyller (2013) har sine nærmeste pårørende rundt seg hele sykdomsforløpet, og de støtter han fullt ut. Han bor sammen med sin kone, og får etter hvert som sykdommen progredierer daglig hjelp av hjemmesykepleien, der han får hjelp til å få på og av støttestrømper. Etter hvert som sykdommen utvikler seg forteller han at noen dager kan han være deprimert, han kan lett falle til tårer uten helt å vite hvorfor. Etter å ha fortalt dette beskriver han en historie som hendte i krigstider 1940 – 45. Der han og hans far satt inne i fengsel, etter å ha blitt tatt inn av tyske soldater. Han forteller om en episode da

faren og Wyller sikret seg et lager med sardiner. Dette ble oppdaget og faren ble tatt av de tyske soldatene og ført bort på grunn av hendelsen (Wyller, 2013).

Han kommer med flere slike historier i løpet av boken, og forteller at han ikke klarer å huske ting som har blitt gjort i senere tid som ferier, teater, og mange andre aktiviteter. Av legen fikk han beskjed om å la være å skrive, på grunn av sin sykdom, da han kunne bli utslitt, frustrert og trist over sin egen situasjon. Formen til Wyller er veldig svingende, dette sees i boken da formen er dårlig, han må konsentrere seg veldig og skriver kun korte sitater fra dagens hendelser. Han viser til dager da han er trett, sliten, føler seg deprimert og har vansker med å høre ting som blir sagt. Andre dager kan han føle seg glad og lykkelig, har en stor motivasjon til å glede sin kone, med frokost og kaffe. Etter hvert som sykdommen progredierer, føler han på seg at tilstanden hans er i en fase, der den stadig forverres. Han beskriver at han får dårligere hørsel, og klarer ikke å henge med i samtaler der det er flere tilstede, dette på grunn av konsentrasjonsvansker som gjør at han blir sliten og trekker seg mer tilbake (Wyller, 2013).

3.7 Interaksjoner som er viktige for personer med Alzheimer sykdom

I Travelbee (2013) sin teori har hun fokus på utviklingen av relasjoner mellom sykepleier og pasienten. Hun er opptatt av hvert enkelt individ, der alle mennesker er unike. Mennesker utvikler og endrer seg gjennom hele livet. Der hun minner på at sykepleie handler om mennesker, relasjon mellom sykepleier, pasient og familie. Sykepleie er ikke bare et mål, men et aktuelt tiltak for å gi helhetlig omsorg til hvert enkelt individ (Travelbee, 2014).

Med tanke på den rammede Alzheimer pasienten, er det viktig at vi som sykepleiere skaper en relasjon til pasienten og hans/hennes familie. Gjennom samarbeid med pasienten og vedkommende familie, kan vi kartlegge pasientens bakgrunn og interesser, samt pasientens funksjonsevner. Vi som sykepleiere skal gi omsorg, dekke grunnleggende behov, samt tenke på familien rundt pasienten. Det er ikke bare pasienten som trenger støtte, men de pårørende kan også oppleve vanskeligheter, der vi bør gi den støtte de trenger. Å gi sykepleie til pasienter som er rammet av Alzheimer sykdom, betyr å hjelpe pasienten med å finne en mening i tilværelsen for å kunne mestre situasjon (Travelbee, 2014).

I følge Travelbee(2014) tar hun for seg den mellommenneskelige prosessen. Med dette mener hun det handler om mennesker som sykepleiere står ovenfor, der mennesket har behov for sykepleie. Dette er viktig i forhold til den rammede Alzheimer pasienten, der vi som sykepleiere skal hjelpe pasienten til å mestre erfaringer og finne en mening. Samtidig er det viktig at vi tar vare på deres familie og besøkende samt har et tverrfaglig samarbeid innen helsesektoren. Dette innebærer erfaringer og hendelser som er opplevd, og som inntreffer mellom sykepleier og pasienten som har behov for sykepleie.

Travelbee (2014) skriver om hva profesjonell sykepleie er, der hun trekker frem at man skal tilegne seg en anstendig intellektuell tilnæringsmåte ovenfor individets problemer. Hun mener også at vi som sykepleiere skal lære å bruke oss selv terapeutisk i behandlingen ovenfor pasienten. Hvordan kan vi som sykepleiere bruke oss selv terapeutisk? Dette belyser Travelbee (2014) som å være bevisst på sin egen personlighet og egne kunnskaper, der man har som mål å kunne forandre pasientens situasjonsbilde. Endringene vil virke terapeutisk når den klarer å lindre eller forebygge pasientens plager. Det er sentralt for sykepleiere å skape en relasjon mellom sykepleier og pasient, for å kunne bidra til at pasienten finner mening i hverdagen og føler trivsel og mestring.

For å etablere et menneske- til- menneskeforhold mellom sykepleier og pasienter med Alzheimer sykdom, må vi som sykepleiere gå forbi rollene sykepleier og pasient. Menneske-til-menneske-forholdet utvikles gjennom omsorgen sykepleieren gir, etter at hun har gjennomgått fire sammenhengende faser. Disse fasene omhandler det innledende møtet, fremvekst av identitet, empati, medfølelse og sympati (Travelbee, 2014).

Det innledende møtet handler om det første møte med pasienten, det er her førsteinntrykket av hverandre dannes. Sykepleieren observerer pasienten og danner seg et bilde av vedkommende, og det samme skjer fra pasientens side. Grunnlaget dannes etter tolkninger av viktige observasjoner og beslutninger. Gjennom verbal og non verbal kommunikasjon, kan personen vise både positive og negative følelser, på grunnlag av hvilke opplevelser mennesket har hatt til andre mennesker, som han/hun knytter vedkommende til (Travelbee, 2014).

Fremvekst av identitet. I denne fasen vil vi som sykepleiere skape en relasjon til pasienten og pasienten vil føle seg unik og verdsatt. Identiteten til Alzheimer pasienten vil vokse frem gjennom tanker og følelser. Vi vil se hele mennesket, og kunne forstå pasientens tanker og følelser rundt sin situasjon. Pasienten utvikler en tillit til sykepleieren, og dette gir oss sykepleiere mulighet til å hjelpe vedkommende. Her skapes grunnlaget for empatifasen (Travelbee, 2014).

Empatifasen er fasen hvor man er i stand til å føle med den som lider, og har en forståelse for pasientens opplevelse av sin situasjon. Her utvikler det seg en forståelse av pasientens opplevelse og tanker, ved at vi som sykepleiere går forbi ytre atferd. Vi vil tilnærme oss pasienten og skape interaksjoner, slik at vedkommende opplever nærhet, uten at han/hun føler at sykepleieren er for nærgående (Travelbee, 2014).

Evnen til empati er erfaringer som sykepleieren har gjort seg, og likheter i hendelser hun har opplevd. Det er mulig å utvikle empati over tid, men det grunnleggende ved empati er hendelser man har opplevd før og ser en likhet ved. Resultatet av evnen til empati er at man kan forutsi personens atferd. Men dette er ikke tilstrekkelig, for sykepleieren må over i en fase der hun har et ønske om å hjelpe den rammede (Travelbee, 2014).

Sympati og medfølelse innebærer et sterkt ønske om å hjelpe pasienten til lindring. Vi som sykepleiere er i stand til å sette oss inn og forstå opplevelsen av den rammede Alzheimer pasientens situasjon og lidelse. Der vi har et ønske om å kunne hjelpe pasienten til å finne en mening i hverdagen, og lindre personens plager. Ofte blir sympati og medfølelse kommunisert verbalt, men den kan også virke inn non-verbalt. Sykepleieren viser omsorg via berøring, et smil, blikk, bevegelser og ansiktsuttrykk. Det er atferden og handlingene til sykepleieren som viser medfølelse i sykepleiesituasjoner (Travelbee, 2014).

Disse fasene er en prosess som hjelper oss sykepleiere til å etablere et menneske- til – menneske -forhold til pasienten med Alzheimer sykdom. Dette bidrar til at vi kan se hele mennesket, med personens bakgrunn, som vil hjelpe oss til å bidra til at pasienten finner mening i hverdagen og mestre sin situasjon (Travelbee, 2014).

For å opprette pasientenes velvære og trivsel, er det også viktig med et godt tverrfaglig samarbeid, som kan gi større ressurser og muligheter, for at alle forutsetninger skal lykkes. Dette krever mange kunnskaper, empati og innlevelse, for å takle utfordrende atferd til pasienter med Alzheimer sykdom. Det er viktig at vi som sykepleiere har evne til å være utholdende, forutsigbare, har gode holdninger og har gode arbeidsforhold med andre helsearbeidere (Fjørtoft, 2012).

3.8 Miljøterapi ved trivsel & mestring

Ved å bruke miljøterapi for å hjelpe den rammede Alzheimer pasienten til å kunne mestre hverdagen, kan vi som sykepleiere dra nytte av den informasjon vi innhenter under kartleggingen av pasienten. Når vi vet hva pasienten har av interesser, kan vi bruke dette i det daglige til å oppnå mestring. Miljøterapi er en behandlingsform som består av å kunne hjelpe pasienten i dette tilfellet. For pasienter som er rammet av Alzheimer sykdom, vil det være viktig at vi som sykepleiere setter han/henne i stand til å bruke sine ressurser optimalt og bidra til at pasienten bevarer sine funksjoner så lenge som mulig (Henriksen, 2009).

Det å bruke seg selv terapeutisk i sykepleien, betyr å lære noe mer om seg selv og andre, for å få en større selvinnsett. Videre å kunne utvikle mestrings- og problemløsende metoder. Miljøterapi blir ofte brukt i forhold til å kunne tilrettelegge et behandlingsmiljø som tilrettelegges systematisk og en kultur som bidrar til å fremme personens evne til læring, personlig ansvar og mestring. Ved bruk av miljøterapi som en behandling, kan dette virke behandlende på sykdom, fremme funksjonsevne og lindre lidelse. Miljøterapi kan defineres som *«reflektert, aktiv og kreativ nyttiggjørelse av de til enhver tid tilgjengelige ressurser i en gitt situasjon»*. Målet er å kunne legge til rette for utvikling, modning og vekst å kunne gi positiv overførbare interaksjonserfaringer og gjennom dette fremme og tydeliggjøre samhandlingsmønstre (Nysveen, Nordby, Brattrud, & Granerud, 2011).

Bleken (2011) definerer miljøterapeutiske tiltak som lyder:

«Å gi god omsorg forutsetter at man bygger på enkeltmenneskets historie for å få kunnskap om hva som gir mening og livsinnhold for den enkelte. Regjeringen vil gjennom miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegging av kultur og aktivitetstilbud, stimulere til økt livskvalitet» (s.44)

Gjennom miljøbehandling kan vi som sykepleiere sette den enkelte i stand til å benytte sine ressurser optimalt, og hjelpe pasienten til å ivareta sin selvstendighet så lenge som mulig. En variert og aktivitetsrettet behandlingsform vil være med på å vedlikeholde sosiale, kognitive og praktiske ferdigheter. Det å kunne skape trivsel og mestring i hverdagen vil det være viktig at vi som sykepleiere skaper strukturerte og oversiktlige miljøforhold. Ved bruk av musikk og natur har det vist seg å virke positivt inn på pasienter med demenslidelser, dette kan brukes i form av terapi der pasienten kan utvikle en mestringsfølelse i dagliglivet. Miljøbehandlingen kan tilrettelegges i form av ulike aktiviteter, musikkterapi, reminisens, sansehager og tverrfaglighet. (Bleken, 2011) Det varierer hvilken metode som brukes i forhold til hvordan pasienten skal mestre de daglige gjøremål. Vi mener det er naturlig å presentere de ulike kommunikasjonsmetoder som er reminisens, realitetsorientering og validering (Henriksen, 2009).

Reminisens er en av kommunikasjonsmetodene, der man bruker minnene som et verktøy. Ved svekket hukommelse kan minnearbeidet hjelpe med å hente frem personlige og betydningsfulle situasjoner, som har hendt tidligere i livet. Når man hører andres historier om personlige hendelser, kan dette gjenskape minner. Og dette kan føre til at personer med demens gjenvinner en følelse av glede og identitet, og en følelse av tilhørighet (Henriksen, 2009).

Hummelvoll (2012) skriver at reminisens er en metode som er godt egnet for dagsenter og gruppesamlinger, eller institusjoner. Vi som sykepleiere må kjenne til pasientenes bakgrunn, for å skape et miljø pasienten kjenner seg igjen i. Det kan brukes kjente objekter som vekker minner hos pasientene, for eksempel bilder og gamle gjenstander. Målet med reminisens er å kunne bearbeide minner og øke pasientenes selvfølelse og gi en følelse av integritet og verdighet. Minnearbeidet skal føre til at pasienten styrker tillit og får en sammenheng i forhold til hendelser før i livet, som kan bidra til en gjensidig forståelse (Hummelvoll, 2012, s.413- 414).

Realitetsorientering. I følge Henriksen (2009) ble realitetsorienteringsmetoden opprettet i 1960 årene. Her skriver hun om at man ofte ser at personer med demens ikke klarer å orientere seg for tid og sted. Man ser også at mennesker med demenslidelse kan miste oversikten, eller endrer den virkelige hendelsen med egne oppfatninger av hvordan

situasjonen er. Det kan være til god hjelp hos noen at miljøet tilrettelegges godt, ved at objekter som godt lesbare klokker, skilter, orienteringstavler og kalendere (Henriksen, 2009).

Validering er en kommunikasjonsmetode som betyr å være bekreftende og gi aksept ovenfor pasientenes mening. Budskapet med validering er å gi mulighet til pasienten, og uttrykke sine følelser og ikke avbryte eller korrigere pasienten. Målet med validering er å gi mulighet til pasienten å føle seg verdifull. Det er viktig at pasienten blir hørt og forstått, ved å lytte uten fordommer, men med innlevelse. På denne måten vil vi som sykepleiere vise at vi aksepterer pasientenes opplevelser og atferd. Dette kan bidra til å skape tillit hos pasienten, som kan hjelpe til å uttrykke seg slik pasienten ser virkeligheten på (Berentsen, 2010).

For å skape trivsel i hverdagen er det viktig at vi møter pasienten med et smil, en vennlig berøring eller et tilstedeværende blikk og tilstedeværelse i sin helhet. Ved at vi lytter og er nær pasienten stiller oss åpen og delaktig etter pasientens premisser. Samt at vi holder oss tilbakeholden i møte med pasienten, der det er viktig med å gi plass og rom, for å opprettholde grensene mellom nærhet og avstand. Dette kan bidra til at pasienten får en positiv opplevelse, og møter sykepleieren med tillit og følelse av å bli forstått av sin egen oppfattelse av verden (Samuelsen, 2008, s.61- 128).

Når pasienten får rom og grenser rundt seg, vil dette føre til at pasienten motiveres til å virkeliggjøre seg selv i det daglige. Vi som sykepleiere hjelper pasienten til å trekke noen røde tråder, som hjelper pasienten til å finne seg selv gjennom minner. Vi trenger alle å oppleve at livet er meningsfullt og virkelig, det er derfor viktig at vi ser hele mennesket og ikke bare en sykdom. Ved å oppnå trivsel og tillit hos den rammede Alzheimer pasienten, vil han/hun ha mulighet til å gi pasienten hjelp til å finne seg selv, og gjøre livsrommet rommelig (Samuelsen, 2008, s.128 -130).

Vi vil vise til forskning som beskriver forholdet mellom å gjøre tilværelsen rommelig. Erfarte øyeblikk og øyeblikksrom, dette er viktig å holde fast ved i livet. På denne måten kan man åpne et fiktivt rom der det er plass til å ta vare på øyeblikket, som er der og da. Det er viktig å holde på de positive følelsene hos pasienten, i den virkelighet han/hun befinner seg i. I et tankerom for stemning, som er av betydning og skaper rom for utfoldelse. Det å reflektere over hendelser som har skjedd tidligere, sammen med andre mennesker i samme situasjon. Vil det skape en felles forståelse, og på denne måten vil den demente gjenskape sin identitet, i

det gode øyeblikket. Ved engasjement vil man utvikle en styrke til å løfte opp livsmotet, og gi en identitetsfølelse, mestringsevne og et verdig liv (Balteskard, Storli, & Martinsen, 2012).

Ofte ved Alzheimer sykdom vil man ha behov for god og tilrettelagt hjelp, som tilpasses hvert enkelt individ. Dette kan innebære og klare å beherske ulike følelser, ta vare på selvfølelsen sin og dette kan føre til et sosialt forhold sammen med andre mennesker, hvor man kan dele egne livserfaringer ved bruk av minnearbeid. Målet med de sosiale gruppesammenkomstene er å løse ulike problemer hos hvert enkelt individ (Drageset, Normann, & Elstad, 2013).

Minnearbeid skaper gode opplevelser av mestring. Metoden er nyttig i forhold til å skape ro og harmoni hos pasienten, i forhold til det åndelige behovet, som herunder kan føre til pasientens velvære, og deretter fører til mestring. Realitetsorientering kan brukes i noen situasjoner, men skal ikke brukes i form av negative hendelser som kan føre til tap av mestring (Ødbehr, Kvigne, Danbolt, & Hauge, 2012).

4.0 Drøfting

I drøftingsdelen skal vi diskutere for å finne ut av «*Hvordan vi som sykepleiere skal bidra til å opprettholde trivsel og mestring, hos mennesker med Alzheimer sykdom i en demensenhet på sykehjem?*» Og her vil vi til slutt komme frem til en konklusjon om hvordan vi som sykepleiere kan skape trivsel og mestring, ved bruk av våre erfaringer, kunnskaper og ferdigheter.

Når vi ser på statistikken over hvor mange som blir rammet av demens og i henhold til hva som forventes av økning blant demensrammede, mener vi at det er viktig å ha gode kunnskaper i forhold hvordan vi kan arbeide terapeutisk. Det er viktig å være observant og se etter tegn til depresjon, for å kunne forebygge dette. Dødeligheten er 6 – 7 ganger så stor, med en demensdiagnose koblet sammen med en depresjon, i forhold til mennesker som er friske (Engerdal & Haugen, 2009, s. 90).

4.1 Trivsel & Mestring

Hvordan kan vi som sykepleiere skape trivsel hos mennesker med Alzheimer sykdom? Kan dette føre til at pasienten føler mestring? Det som ble beskrevet i forhold til mestring, der hvor pasientene får være en del av gruppens samhørighet, i teoridelen pkt.3.7. Og der pasientene deler sine livshistorier og klarer å finne en sammenheng i tilværelsen.

Ut av våre erfaringer fra praksis, har vi opplevd at pasienter med demens opplever glede under samhandling med andre mennesker i aktiviteter som er arrangert på sykehjemmet. Som sykepleierstudenter var vi med på gruppesamlinger og bidro til at pasientene fikk aktivisering, gjennom fysisk aktivitet som ble tilrettelagt for pasientene. Vi hadde musikk i bakgrunn der pasientene var med og sang og bevegde armer og bein, reiste seg opp og ned fra stolen, vi holdt hender og danset på gulvet. Vi observerte at dette skapte engasjement og glede hos pasientene, og ved å delta på disse aktivitetene så vi at pasientene følte en samhørighet og det oppstod trivsel og en glede av å mestre. Vi mener at ved kroppsbevegelser og kroppsspråk samt gleden de viste ved å være i fysisk aktivitet, i samvær med flere pasienter og helsepersonell reduserte de negative følelser. Dette skapte trivsel som er en del av det psykiske velvære.

I følge Erikson(2012), blir mestring definert som et forsøk på å redusere de fysiske eller psykiske smertene som er koblet til negative hendelser. Det handler om alt fra følelser, håndtere ulike følelser, bevare egen selvfølelse, utvikle sosiale interaksjoner med andre mennesker, løsninger i forskjellige problemer eller i å utføre ulike handlinger. Vi ser at det fysiske og psykiske velvære er knyttet mye sammen, og som har stor betydning i forhold til å opprettholde trivsel og mestring hos pasienter med Alzheimer sykdom.

I følge av forskningsartikkel « *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens*» trekkes det frem at miljøterapi kan gi et bedre funksjonsnivå, og skape velvære og trivsel. Det vektlegges at bruken av miljøterapi skaper gode relasjoner og en mulighet for terapeutiske intervensjoner, som handler om tilrettelegging av det fysiske, psykiske og sosiale forhold. Det beskrives i forskningsartikkelen om sansehager og tilrettelagte sikre omgivelser, der pasientene får mulighet til stimulere sansene som syn, følelser og lukt. Det å stimulere sansene ved bruk av sansehager innebærer bruk av naturen der pasienten får lukte på blomster, kjenne på plantene, plukke bær eller å vandre i hagen. Forskningen viser at bruken av sansehager har en positiv effekt på pasienter med Alzheimer sykdom, den bidro til at søvn og sosial kontakt bedret seg. Men de så ingen forandringer ved urolig atferd og man så at pasientene hadde en økning i aggresjon, selv da de hadde tilgang til bruk av sansehagen (Kirkevold & Gonzalez, *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens*, 2012).

Ut i fra denne studien ser vi at pasientene fremdeles opplevde urolig atferd og aggresjon, selv om sansehager er tilgjengelig. Det viser seg at individuelt tilpasset miljøarbeid krever mer oppmerksomhet, for å skape ro og trivsel hos pasienter. Det er ikke tilstrekkelig med den fysiske opprettholdelse for å skape trivsel hos pasientene, det skal også være harmoni med det psykiske velvære (Kirkevold & Gonzalez, *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens*, 2012). Men vi mener at ved en grundig kartlegging av pasienten, der man finner pasientenes historie, interesser og funksjoner, kan vi bidra til å tilrettelegge miljøet for at den enkelte person skal trives og med tanke på å forebygge aggresjon og urolig atferd.

Når vi har blitt kjent med pasienten og vi som sykepleiere har en erfaring med lignende hendelser fra før, vil dette skape empati for pasienten som bidrar til trygghet og tillit. På denne måten kan vi komme over i fasen der vi føler medfølelse og sympati hos den enkelte.

Dette vil kunne hjelpe pasienten og bidra til å lindre hans/hennes plager. Vi vil skape et bånd mellom sykepleier og pasient hvor man har et ønske om å hjelpe pasienten, lindre og gi omsorg for den enkelte. Vi som sykepleiere har en rolle der vi skal styrke pasientenes selvfølelse ved å tilrettelegge, for å opprettholde pasientenes ressurser å bruke disse for at pasienten skal føle mestring gjennom de aktiviteter som blir tilrettelagt. Da er det viktig at vi ivaretar pasientens interesser og fremmer de ressurser pasienten mestrer i hverdagen (Travelbee, 2014). Pasienten må få bestemme selv hvilke aktiviteter vedkommende har ønske om å utføre, for å bidra til at pasienten føler kontroll over livet sitt. Dette kan være aktiviteter som matlaging, personlig hygiene, skrive dagbok, lage kaffe og bake kaker. Dette er eksempler på aktiviteter som kan øke pasientens mestringsfølelse og gi en mening i hverdagen (Fermann & Næss, 2010). Å kunne oppfylle pasientenes ønsker om å bli sett, hørt og behandlet med respekt, mener vi er viktig. Vi vil møte pasientene med åpenhet og respekt, for å tilegne oss pasientens livshistorie som gir oss et bilde av individet. Med dette vil vi være mer åpne, imøtekommende, å vise empati og sympati ovenfor personer med demens. Dette vil kunne gi et grunnlag for trivsel, tilhørighet og bidra til mestring.

I følge av forskningsartikkelen “Nurses and care workers’ experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing home: a qualitative study” kommer det frem at individuelle åndelige tilnærminger er veldig viktig for sykepleiere, for å kunne møte pasientenes behov. Det legges vekt på pasientenes kognitive opplevelser og det åndelige behov for beboere med demens. Fokus på pasientens individuelle interesser og engasjement opprettholder følelse av mening i livet til beboere. Studien viser at pasientene som opplevde rastløshet, fortvilelse, angst og ensomhet, tolket sykepleiere en reaksjon, som udekte verdier de trenger. I denne situasjon møter sykepleierne innbyggernes behov ved å engasjere dem i kjente aktiviteter, som en avledende metode. Det ble observert at pasientene dro nytte av aktiviteter, som ble tilpasset dem individuelt og dette skapte positivitet og en følelse av lettelse og ro. Passende aktiviteter, som for eksempel, vandring i hagen, syngesanger, snakke om gamle gjenstander eller bilder og lytte til kjente historier og musikk. Formålet med passende aktiviteter er beboernes opplevelse av å mestre sin utfordrende adferd. Dersom pasientens atferd ble endret, tolket de at meningen i livet ble oppfylt (Ødbehr, Kvigne, Hauge, & Danbolt, 2014).

Fra selvbiografien av Wyller (2013) beskriver han opplevelsene av en dements hverdag, hvordan sykdommen hans utvikler seg og at denne dagboken er en motivasjon for han. Legen anbefalte han å slutte å skrive, da dette kunne føre til utmattelse og frustrasjon. Dagboken var

en stor motivasjon for ham siden han hele sitt liv hadde vært forfatter. Vi som sykepleiere mener ut i fra våre kunnskaper at dette er viktig, og at Wyller fortsetter med skriveingen, da hans store betydning i livet var å kunne skrive og fortelle til folket. Gjennom å skrive gav det han en mening i hverdagen, ved å kunne dele sine historier med andre. Det å kunne berike folk med mer kunnskaper, selv om Wyller ikke var noen ekspert innenfor temaet, som han selv beskrev. Vi mener som sykepleiere at vi ikke skal ta i fra pasientene de verdier et menneske har i livet, som bidrar til å fremme meningen i hverdagen med det han mestrer og trives med.

Men vi mener at det finnes også motargumenter i forhold til dette, legen mente nok godt med å fraråde Wyller med å skrive dagboken. I forhold til hans progredierende sykdom, som gjør at han glemmer og blir påminnet om dette når han leser sin dagbok. Det er individuelt om hvordan sykdommen progredierer, der mange kan få både lese og skrivevansker. Også i forhold til å komme på ord, setninger og å se sammenhenger kan være en utfordring (Engerdal & Haugen, 2009, s.33-50). Når vi leste boken oppfattet vi at Wyller (2013) ikke hadde noe problem med språket, og det gav han mening med å skrive dagboken. Noen dager var han sliten og trist over sin egen situasjon, der han trakk seg tilbake og et ønske om å være mer for seg selv. Konsentrasjonsevnen ble etter hvert svekket, og det ble en utfordring i å forstå hva som ble sagt i større folkemengder.

Forståelsen av at alle mennesker har individuelle behov, for sykepleie ligger tett sammen i forhold til å opprettholde trivsel og mestring. Vi vil trekke dette inn mot Trawelbee (2014), som fremhever at hvert eneste menneske er unik, og at mennesket er et enestående og uerstattelig individ i denne verden. For å lykkes med våre mål er det viktig å ha evner til å se mennesket som et individ, som har levd et liv og har egne verdier. Forståelsen av denne teorien gir et grunnlag, for å etablere et godt forhold mellom sykepleier og pasient. Der vi som sykepleiere kan få mulighet til og indentifisere pasientenes individuelle behov, for å kunne opprettholde trivsel og kunne fremme mestring.

I følge av forskningsartikkelen « Agreebleness and Activity Engagament in nursing home Residents with Dementia» fant de ut, at det var mangel på fritidsaktiviteter og engasjement i sosiale aktiviteter blant personer med demens på sykehjem. Engasjement ble undersøkt i fem ulike land, hos nesten 400 000 beboere på sykehjem. Studien viser at beboere med kognitiv svikt var minst aktive. Ut i fra denne undersøkelsen kommer det også frem en rekke faktorer som hadde stor betydning, blant annet kognitiv svekket funksjon og kvaliteten ved aktiviteter hos pasienter med demens. Aktiviteter er et viktig tiltak for pasienter med demens. Ved deltakelse av meningsfulle aktiviteter har dette stor betydning for å opprettholde velvære og øke de kognitive prosesser. Betydningsfulle aktiviteter hos personer med demens påvirker både den fysiske og psykiske velvære. For å bidra til at aktivitetene blir meningsfulle for hvert enkelt individ, er det viktig at sykepleiere legger vekt på relevante opplysninger. Sykepleieren må se personens bakgrunn og legge vekt på personens individuelle interesser samt personlige funksjonsevner. Ut av funn som er kommet frem i forskningsartikkelen viser det seg at tilpasset aktivitet øker deltagelse i aktiviteter og reduserer passivitet hos personer med demens (Hill, Kolanowski, & Kürüm, 2010).

Ut i fra de fire fasene i den mellommenneskelige prosessen, mener vi at det er viktig å bli godt kjent med pasienten, slik at vi kan se individets behov for forståelse av sykdommen. Da vi har en forståelse av den rammede Alzheimer pasienten, vil det oppstå en relasjon som bidrar til en aksept, der pasienten tillater sykepleieren å gi omsorg, åpner seg for sykepleieren og viser sin identitet via kommunikasjon som verbal og non- verbal (Travelbee, 2014). Gjennom blick, smil, ansiktsuttrykk og kroppsbevegelser både bevisst og ubevisst vil vi kommunisere og påvirke pasientens oppfatning av hva vi vil formidle. Dette kan virke inn både positivt og negativt, som om vi ser på klokken og virker stresset vil pasienten oppfatte at vi har dårlig tid. Gjennom den non-verbale kommunikasjonen viser vi mer av våre holdninger og atferd, og det er viktig at vi er bevisste og klare over vår egne væremåte i forhold til overføringer av følelser (Eide & Eide, 2011, s.84).

Det er viktig at vi skaper gode relasjoner i forhold til den rammede Alzheimer pasienten. Det er en utfordring i forhold til de rammede Alzheimer pasientene, som kan bli deprimerte og dette kan blant annet føre til sosial isolasjon. Ved denne sykdommen kan pasienten miste sine kognitive ferdigheter og klarer ikke å formidle erfaringer i sin hverdag. Derfor er det viktig at vi som sykepleiere har evne til å kommunisere med pasienten, slik at pasienten kan føle en samhørighet (Ødbehr, Kvigne, Danbolt, & Hauge, 2012).

Trawelbee (2014) trekker frem at det finnes forskjellige kommunikasjonsteknikker. Det er viktig at vi som sykepleiere finner en teknikk som fungerer for oss. Det er ingen fasit på hvilken kommunikasjonsmetode som vi skal bruke for at den skal virke hjelpende, det viktigste er at vi har funnet en metode som bidrar til at sykepleieren når inn til pasienten. Men i forhold til pasienter med Alzheimer sykdom ser vi at det er viktig at vi innehar kunnskaper, om de forskjellige kommunikasjonsteknikkene. Henriksen(2009) beskriver om kommunikasjon i forhold til mennesker som er rammet av demens. Her ser vi at de forskjellige kommunikasjonsmetodene fint kan brukes på tvers av hverandre, og at visse ting ved realitetsorientering ikke egner seg hos pasienter som er rammet av Alzheimer sykdom.

Reminisens er en god kommunikasjons metode å bruke for å hente frem gode minner på, og metoden kan skape mening, trivsel og mestring. Det vi påpeker med å skape mening i livet her, er i forhold til tilrettelagte tiltak for trivsel og mestring. Hvert enkelt individ som er rammet av Alzheimer sykdom, har alle individuelle behov (Henriksen, 2009). Vi har erfaring fra praksis, ved å bruke minnearbeid skaper dette glede hos pasienten. Ved å bruke album og snakke om bilder som pasienten har gode minner om fra tidligere i livet. Som sykepleierstudenter opplevde vi at pasienten ble engasjert, når vi sammen så i albumet. Pasienten fortalte historier som vedkommende selv hadde opplevd tidligere i sitt liv. Dette skapte både latter og glede, der pasienten fikk en følelse av mening i dette øyeblikket. Hvorfor i øyeblikket? Pasienter med Alzheimer sykdom har nedsatt korttidshukommelse, og husker ikke hendelser fra nær fortid. Derimot så har pasienten fremdeles evnen til å huske hendelser som har skjedd tidligere i livet, dette blir kalt langtidshukommelse (Engerdal & Haugen, 2009, s. 33- 40).

Vi ser også at validering blir brukt i praksis, der det i noen tilfeller kreves å bruke metoden, der pasientene ikke vil akseptere hva virkeligheten innebærer. Vi må forholde oss til at pasienten vil se verden på sin egen måte, slik at pasientens selvfølelse og følelse av identitet bevares. I følge Berentsen(2010) er validering en metode som er basert på aksept fra sykepleieren om pasientens «virkelighet», selv om realiteten er noe helt annet. Vi skal være bekreftende ovenfor pasienten, slik at pasienten opplever seg verdifull (Berentsen, 2010).

Vi har i praksis opplevd hendelser med realitetsorientering, der pasienten opplever vanskeligheter med å oppfatte virkeligheten. Pasienten ble påminnet om sykdommen, og dette førte til at pasienten ble trist og frustrert, og som igjen førte til at pasienten trakk seg tilbake. Men i sykehjemmet blir realitetsorientering brukt som en orienteringskilde, ovenfor pasienter som er rammet av Alzheimer sykdom. Ved for eksempel å sette opp skilter som viser hvor pasienten bor, har klokker med store tall på veggen og kalendere som orienterer pasienten om hvilken dag det er.

I følge av forskningsartikkelen «*Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet*» ble det gjort en undersøkelse der de har intervjuet en pasient med en demenssykdom, om opplevelsen av endringer i hverdagen. Han ville selv snakke om sin sykdom, men synes det var vanskelig. Etter hvert synes han det ble alt for krevende å gå i dybden, dette var det to grunner til. Han hadde problemer med å finne ord for å utrykke sine opplevelser. Det var vanskelig for han å snakke om sykdommen, og å bli minnet på endringer som hadde skjedd. Der hvor han måtte flytte fra sin kone og sitt hjem. Dette viser at det å bli minnet på, bruke realitetsorientering ikke alltid egner seg hos mennesker med Alzheimer sykdom. Flere pasienter i denne studien opplever at det er et sårbart tema å snakke om (Drageset, Normann, & Elstad, 2013).

4.2 Sykepleieren som terapeut

Vår styrke som sykepleiere er å kunne tilrettelegge for at pasienten skal kunne opprettholde sine grunnleggende behov. Gjennom vår rolle kan vi påvirke miljø, ved å bruke oss selv terapeutisk. Vi innehar kunnskaper som hjelper oss til å observere pasientenes behov og kartlegge gjennom å kommunisere med både pasient og pårørende, og ivareta pasientens ressurser så lenge som mulig. I dette ser vi viktigheten av hvordan sykepleiefunksjon kan bidra til å skape trivsel og mestring, hos den rammede Alzheimer pasienten.

Her vil vi henwise til de yrkesetiske retningslinjene der det står:

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende, og retten til ikke å bli krenket.»

I følge de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, har sykepleieren et etisk ansvar i forhold til omsorg for pasienter. Vi har plikt blant annet til å yte god omsorg, sørge for rettferdig behandling og vise respekt til hver enkelt pasient (Norsk sykepleierforbund, 2011).

Sykepleieren har det hele og fulle sykepleiefaglige ansvaret ovenfor pasienten. Vi er den som står pasienten nærmest og kjenner han/henne best. Dette er fordi vi er nær pasienten døgntilgjengelig og det er vi som tar i mot og kartlegger pasienten. Vi er de som er der for pasienten i tunge og gode tider, der vi som sykepleiere skal være den som støtter og gir omsorg til pasienten. Det er her enn forutsetning at vi klarer å se hele mennesket (Travelbee, 2014). Vi mener at diktet som vi tok med oss helt i starten, er en fin start til et forord, og passer veldig fint i henhold til vår problemstilling. En tanke til refleksjon. Den beskriver en dame som har blitt glemsk og er fortvilet og trist over sin situasjon, men bak all tristhet og fortvilelse var hun en gang en jente som var livsglad og sprudlende. En mor som var omsorgsfull og gjorde alt hva som godt var for sine barn, en god hustru ovenfor sin mann, hun hadde delt et helt liv med (Samuelsen, 2007, s.42-43).

Sykepleiere skal se mennesket og ikke en pasient, det skal foregå en kommunikasjonsprosess, der en etablering av relasjoner som skapes i et menneske- til- menneske forhold. Den profesjonelle sykepleierens oppgave er å planlegge, tilrettelegge og lede interaksjonene med den syke. Alle relasjoner som skapes med pasienten gir oss en mulighet til å bli kjent med den

rammede Alzheimer pasienten. Det å kunne se hele mennesket og ikke sykdommen pasienten lider av, at vi får de små øyeblikkene som er verdifulle, der vi skaper relasjoner til pasienten slik at han/hun føler en sammenheng. Vi vil her bli kjent med personen som et menneske, og herunder få tillatelse til å gi hjelp og omsorg til pasienten, i den mellom menneskelige prosessen (Travelbee, 2014).

Vi har selv opplevd i praksis at det er viktig å planlegge å strukturere hverdagen, slik at det skaper trygge omgivelser rundt pasienten. Dette bidrar til at pasienten får en følelse av kontroll, som skaper ro hos pasienten. Når vi startet dagen forberedte vi alt før morgenstell, sjekket ut planen for dagen, og var orientert om hvilke aktiviteter som skulle forgå i tilrettelagte omgivelser. Vi må også være forberedt på hvordan dagsformen til pasienten kan utvikle seg, være klar over endringer i atferd hos pasienten, hvor vi må ha kunnskaper for hvordan man håndterer utfordrende atferd. Vi har opplevd forskjellige episoder i praksis der pasienter gråt og var trist, utløste aggresjon og ble overstimulert, der pasienten fikk urolig atferd. Ved å håndtere utfordrende atferd, ble pasienten skjermet på rommet sitt, for å kunne skape ro. Der vi ved hjelp av våre ferdigheter i kommunikasjon avledet pasienten, gav pasienten støtte, slik at atferden endret seg og vedkommende følte ro og trygghet.

Skjerming kan oppleves som en straff og tap av sin autonomi. Dette med skjerming bør diskuteres med pasienten slik at behov og ønsker blir ivaretatt. Ved skjerming vil det innebære grensesetting, et begrenset miljø som er oversiktlig, tar for seg struktur og stimulusbegrensninger, der sykepleier oppholder seg sammen med pasienten. Hensikten med dette er å kunne støtte pasienten, gi vedkommende kontroll over seg selv og gjenvinne autonomi (Hummelvoll, 2012, s. 235- 236).

Vi mener det er viktig å skjerme pasientene når atferden er utfordrende. Dette for å kunne dekke pasientens behov for å bli skjermet for den atferden vedkommende viser. Der pasienten ønsker å trekke seg tilbake i roligere omgivelser, kan dette bidra til at pasienten opplever dette som meningsfylt. Vi må bruke oss selv terapeutisk, for å oppnå interaksjoner med pasienten. Dette for å kunne avlede og hjelpe vedkommende til å finne en mening og opprettholde det som er verdifullt for pasienten.

Relasjoner til pasienten foregår når sykepleier og pasient utveksler følelser og tanker. Vi ser at kommunikasjon er et nyttig verktøy for oss som sykepleiere å ha kunnskaper og evner om. Kommunikasjon benyttes i alle sammenhenger, om den er verbal eller non- verbal. Det er her viktig at vi er bevisst over hvilke holdninger og følelser vi har i enhver situasjon vi kommer borti. Den non-verbale kommunikasjonen sier mer enn den verbale kommunikasjonen, der vi uttrykker oss med kroppsspråket. Alle mennesker er unike og gjennom kommunikasjon vil man se menneskets verdier og personens identitet. Det er viktig å kunne etablere et menneske til menneske forhold. For å kunne yte omsorg og se behovene til pasienter med Alzheimer sykdom, er det viktig at vi har evne til å kommunisere for å tilnærme oss pasienten og skape tillit (Travelbee, 2014).

Henriksen (2009) trekker også frem at det er viktig med kommunikasjon, desto viktigere hos en pasient med demenssykdommer som Alzheimer sykdom. Det å kunne kommunisere med andre gjør at man føler en sammenheng og en tilhørighet. Alle mennesker har vi et behov for å bli møtt og godtatt for den vi er, der vi ønsker å bli sett og hørt, samt det å bli forstått.

Vi må bruke de kunnskaper og evner vi har i kommunikasjon med den rammede Alzheimer pasienten. Vi har opplevd i praksis at det er utfordrende å kommunisere med pasienter som er rammet av Alzheimer sykdom. Kommunikasjonsprosessen er viktig for å kunne se mennesket, det som er det helt unike ved personen. Vi som sykepleiere skal skille mellom egne behov og hva som er til det beste for pasienten. Om man skal kunne hjelpe pasienten, må sykepleieren bli kjent med pasienten, for å bedre kunne gi hjelp til pasientens individuelle behov. Har ikke sykepleieren innsikt i hvordan pasienten er som person, vil ikke sykepleieren være i stand til å hjelpe pasienten (Travelbee, 2014).

Travelbee (2014) beskriver at sykepleieren skal bruke seg selv terapeutisk. I forhold til mennesker, er dette et veldig aktuelt tema. Der vi som sykepleiere må bruke oss selv terapeutisk hver eneste dag. Det er hensiktsmessig metode å kunne jobbe terapeutisk, for å hjelpe den demente pasienten. Hver eneste dag skal vi tilnærme oss pasienten å skape en god relasjon. Vi bør være klar over egen atferd og holdninger, for å kunne dra nytte av den terapeutiske behandlingen. Det er til god hjelp om sykepleieren er klar over disse, og kan skape en god relasjon mellom pasient og sykepleier. Dette kan være med å bidra til å skape et

miljø med trivsel og velvære, som kan stimulere pasienten og gjenskape gamle minner som kan bidra til en mestringsfølelse.

For å skape trivsel og mestring er det viktig at pasienten finner en mening med dette (Ødbehr, Kvigne, Hauge, & Danbolt, 2014). Ut fra våre erfaringer i praksis opplevde vi en pasient som sa: «Hvorfor skal jeg stå opp? Jeg har ingenting å stå opp for, jeg har glemt mine kjente og kjære, og vet ikke en gang hvor jeg er.» Hva skal man i en slik situasjon gjøre? Jo, som sykepleiere skal vi bruke kjente metoder og virkemidler som gir pasienten en mening i hverdagen. Dette kan være små ting som er av verdi hos pasienten, for eksempel album, dagbøker, finne en situasjon som kan gjøre dagen til det bedre. Denne pasienten ville ikke opp på hverdagsstuen å spise mat med de andre som bodde der. Hun fikk tilbudet om å sitte på rommet sitt sammen med en student å spise mat og drikke kaffe, noe som gjorde at hun forandret meningen med å stå opp.

Det å bruke oss selv terapeutisk er en utviklende prosess, der sykepleieren utvikler egenskaper over tid, som gjør oss bevisste på våre egne holdninger og handlinger. Vi skal være bevisste på at alle mennesker er unike, og har forskjellige behov og verdisyn. Vi bør ha en god selvinnsett, være klar over vårt eget verdigrunnlag, livssyn og åndelige behov. Det er også viktig at vi klarer å sette oss inn i det mennesket vi skal gi omsorg for, hans/hennes livssyn og verdigrunnlag, for å nå inn til pasienten. Det er av stor betydning at vi sykepleiere setter oss et syn på hvordan vi ser hva sykdom og lidelse innebærer for oss. Dette vil være en forutsetning for hvordan vi kan hjelpe den som lider, til å finne en mening bak sykdommen. (Travelbee, 2014)

Det er vel så viktig at vi bruker vår fornuft og erfaring, der det kreves at vi bærer vitenskapelige kunnskaper, har disiplin, selvinnsett, fornuftig, empatiske holdninger og bærer en medfølelse. Man skal ikke forveksle det å bruke seg selv terapeutisk med å være vennlig. Det er klart at vi skal være vennlige, men dette er ikke nok da uvitenhet og mangel på kunnskap og innsikt, vil påvirke slik at sykepleien ikke fungerer terapeutisk (Travelbee, 2014).

Vi har i løpet av vår praksis erfart og praktisert miljøterapi i demensomsorgen. Vi ser at dette skaper ro og trivsel hos pasientene i avdelingen. Det er viktig at vi som sykepleiere blir kjent med pasientenes bakgrunn og bruker de ressurser som finnes rundt pasienten. Det vil si pasienten selv og de pårørende, som kan hjelpe til med å gjenvinne pasientens bakgrunn ved å fortelle om pasientens interesser, og hva pasienten en gang var. De pårørende kan bringe gamle gjenstander som er verdifulle for pasienten. Vi vil henvise til studien « *Nurses' and care workers' experiences and spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study* » som viser at venner, familie, minner, kan være en god ressurs til å skape mening hos pasienten i sykehjem. (Ødbehr, Kvigne, Hauge, & Danbolt, 2014)

Når en pasient kommer til en demensavdeling, er det viktig at vi kartlegger pasientens livsbakgrunn, og får de relevante opplysninger som både pasient og de pårørende opplyser om. Vi skal lytte til pasientens ønsker og behov, der vi kan tilrettelegge et trivelig og kjent miljø for pasienten, som kan bidra til å forebygge angst, uro, depresjon og aggresjon. Dette kan vi gjøre ved å bruke kjente gjenstander, bilder, bøker og møbler som skaper gjenkjennelse og følelsen av å være hjemme. Dette kan bidra til at pasienten føler en integritet og trygghet, som kan stimulere til trivsel (Hummelvoll, 2012, s.465- 498).

Ut i fra vår praksis har vi opplevd at flere har nytte av individuell tilrettelegging av aktiviteter, bomiljø og utemiljø, der det skapes trivsel hos hvert enkelt individ. Men vi har også opplevd at det er lite fokus på individuell aktivisering, i henhold til hvert enkelt individ, der de har mer fokus på gruppe samlinger og felles aktiviteter. Vi observerte at pasientene ble urolige og utløste aggresjon, dette på grunn av pasientene har forskjellige respons på stimuli. Vi har opplevd at pasienter så forskjellige programmer på tv, som utløste urolig atferd hos pasienter med demens. Vi har også positive opplevelser ved samlinger av musikkunderholdninger, der den som underholdt dro med seg hver enkelt pasient i samlingsstunden. Det ble fremkalt gamle minner, ved hjelp av kommunikasjon og sanger, dette skapte en positiv opplevelse, og man så at pasientene var engasjerte. Senere på dagen så man at pasientene var rolige og tilfredsstilte.

Det er her en viktig oppgave for oss sykepleiere og finne disse øyeblikkene, som kan bringe gode minner og opplevelser. I følge forskningsartikkelen «*Hendene husker ullas uttrykk – Om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem*» skriver de om de gode øyeblikkene, og det å gjøre tilværelsen rommelig. Sykepleieren skal ved tilnærming skape relasjoner til pasienten, slik at man kan finne disse øyeblikkene. Sammen med pasienten og andre pasienter kan vi bruke gruppesamlinger for å gjenskape minner ved lignende historier som blir fortalt. Der pasienten vil føle at han/hun har noe felles med de andre, og får en følelse av sosial relasjon (Balteskard, Storli, & Martinsen, 2012).

Vi mener at som sykepleiere kan vi styrke pasientenes velvære, ved å tilrettelegger miljøet terapeutisk vil det ha en positiv innvirkning på pasientenes trivsel og mestring i hverdagen. «*Glemsk, men ikke glem!*» tar for seg at som sykepleier er det viktig å bruke tid med den rammede Alzheimer pasienten, vi kan skape en felles forståelse gjennom samarbeid og deltagelse. Dette er viktig fordi ved denne sykdommen kan pasienten ha svekkete funksjoner. Det vil gå langsommere å oppfatte meningen i forskjellige situasjoner samt konsentrasjon, syn og hørsel kan være en av de svekkede funksjonene. Mennesker som er rammet av demens blir ofte påvirket av det sosiale miljøet rundt dem, de har en svekket mental kapasitet og det kreves tid for å få til et samarbeid og en deltagelse fra pasienten (Sosial- og helsediretoratet, 2007).

Og med dette mener vi at det er viktig at vi tar oss tid til den rammede Alzheimer pasienten, slik at han får bruke sine nåværende ressurser og opplever mestring ved dette. I praksis har vi opplevd at flere av pasientene med demens sitter mye alene på rommene sine, på grunn av funksjonssvikt. De blir ofte trillet i rullestol til spisestuen. Men en av sykepleierne engasjerte pasienten til å bli med å gå sammen med henne, inn til spisestua fra sitt rom. Ved at sykepleieren tilbød seg og brukte den tid pasienten trengte for å mestre å gå sammen med henne, inn til spisestuen, gjorde at pasienten følte glede. Pasienten fikk mestringsfølelse ved å benytte sine ressurser. Vi mener at når pasienten bruker sine ressurser så bidrar dette til mestring og trivsel.

Vi har også opplevd i praksis at pasienter med Alzheimer sykdom var urolige og fulgte etter helsepersonellet, ville ha oppmerksomhet og spurte gjentagende ganger etter når hun skulle hjem og hvor hun var. Her så vi ofte at det ble benyttet beroligende medikamenter, fremfor å ta pasienten med ut på turer og aktivisere pasientene med tilpasset aktivitet.

I følge forskning viser funn at det er viktig med individualisering ved terapeutisk tilrettelegging ved ute og innemiljø. Det beskrives at det er økt trivsel, engasjement og bedret søvnkvalitet ved individuelle tilrettelagte forhold. Interesser og ferdigheter er individuelle fordi det er variert i forhold til hver enkeltes kognitive funksjon, der den fysiske helsen er veldig variert. Ved denne terapeutiske tilnærmingen viser det seg at det blir færre alvorlige fall og nedsatt bruk av psykofarmaka (Kirkevold & Gonzalez, Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens, 2012).

Vi mener at det er viktig å bruke tid sammen med pasienten og ta de med ut på turer i sansehager, der det er tilrettelagt for dette for å kunne forbygge uroligheter. Ved å aktivisere pasientene kan man opprettholde en mening i hverdagen, og skape trivsel hos pasienten. Vi har også opplevd i sykehjem som er tilrettelagt for pasienter med demens, at sykepleiere bruker tid på pasientene, tar de med ut på turer i naturen og plukker bær, for å opprettholde pasientens funksjoner og mestringsfølelse. Dette var med på å forebygge at pasientene ble urolige, og de følte mening i hverdagen.

5.0 Konklusjon

Vi har gjennom vår oppgave kommet med teori og drøftet teori og forskning opp i mot våre praksiserfaringer. Hvor vi kommer frem til at ved individuelt tilrettelagt miljø, våre kunnskaper og ferdigheter i kommunikasjon og forskjellige tilnæringsmetoder er av stor betydning for å skape trivsel og mestring hos pasienten. Vi har fordypet oss i hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å opprettholde trivsel og mestring hos pasienter med Alzheimer sykdom i en demensenhet på sykehjem. Gjennom vår oppgave har vi tilegnet oss kunnskaper om Alzheimer sykdom, og fått en større forståelse om hvordan det kan oppleves å bli rammet av sykdommen. Det er individuelt hvordan sykdommen progredierer. Kartlegging er av stor betydning for å dekke pasientenes individuelle behov, ved å ta vare på pasientenes interesser og bli kjent med pasientens bakgrunn. Dette bidrar til å ta vare på pasientens integritet, selvfølelse og skape en mening i hverdagen.

Ved en grundig kartlegging sammen med pasienten og de pårørende, vil vi finne ut av hvilke verdier pasienten har, og hvordan vi kan hjelpe pasienten på en best mulig måte. Det er her all miljøbehandlingstiltak kommer inn, der vi tilrettelegger pasientens rom med gamle gjenstander og minner, slik at omgivelsene blir likt med det pasienten er vant med fra før. Gjennom å bruke oss selv terapeutisk skaper vi relasjoner, og vi vil gjennom tiltak som vi setter i stand kunne nå inn til pasienten, skape deltakelse og tilhørighet. Ved å engasjere vil vi motivere pasienten til å bli med i gruppesammenkomster gjennom musikkunderholdninger, fysisk aktivitet og daglige spisesituasjoner. Vi ser at det er viktig å gi hver enkelt pasient valget av å kunne bestemme selv hva vedkommende vil bli med på. Ved å vise respekt, empati og medfølelse ovenfor pasienten, vil vi opprettholde pasientenes identitet og følelse av verdighet. For å skape trivsel og mestring hos pasienter med Alzheimer sykdom i demensenhet på sykehjem har vi kommet frem til, at vi må dekke hvert enkelt individs ulike behov, ved å la pasienten bruke de ressurser vedkommende har, som styrker pasientens mestringsfølelse.

Vi har funnet ut at ved å tilrettelegge for at pasienten får dekket sine grunnleggende behov ved fysisk aktivitet og psykisk velvære gjennom alle dagligdagse aktiviteter som foregår i sykehjemmet, bidrar dette til at pasienten føler trivsel og mestring. Alt hva som er av betydning for pasienten, er verdifullt og bidrar til trivsel og mestring.

Det finnes ingen bestemt metode for å bidra til å opprettholde mestring og trivsel hos mennesker med Alzheimer sykdom på sykehjem, sykepleier bør løpende evaluere og vurdere ut ifra pasientenes lidelse og behov.

Referanseliste

- *Balteskard, B., Storli, S. L., & Martinsen, K. (2012, 03). Hendene husker ulla's uttrykk - om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig på sykehjem. *Nordisk Sykeplejeforskning*, ss. 168 - 179.
http://www.idunn.no.ezproxy.hihm.no/file/pdf/56750164/Hendene_husker_ullas_uttrykk_Om_betydningen_av_aa_gjoere_ti.pdf
- Berentsen, V. (2010). Kognitiv Svikt og demens. I K. B. M. Kirkvold, *Geriatrisk Sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten (1.utg.)* (ss. 350- 382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Bleken, E. (2011, Mars). Hjemme bra - borte best? Fysisk bomiljø for personer med demens i heldøgns pleie. *Kunsthøgskolen i Bergen*, ss. 6- 131.
<http://xserver2.khib.no/substans/2011/files/Hjemme%20bra%20-%20borte%20best%20%20-%20Erlend%20Bleken%20-%20KHIB%20-%20V%202011.pdf>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving, 5.utg.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Drageset, I., Normann, K., & Elstad, I. (2013). Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for helseforskning, nr1*, ss. 50 - 66.
<http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/view/2563>
- Eide, H., & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon og relasjoner - samhandling , konfliktløsning, etikk (2.utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Engerdal, K., & Haugen, P. K. (2009). *Lærebok demens - Fakta og utfordringer (5. utg.)*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fermann, T., & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, & (red), *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten, (1.utg.)* (ss. 196 - 218). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Fjørtoft, A. (2012). *Hjemmesykepleie: Ansvar, utfordringer og muligheter(2.utg.)* Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- *Helsedirektoratet Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. (2011). *Etablering og drift av demensteam*. Tønsberg: Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse.

- *Henriksen, K. (2009). Kommunikasjon. I A. &. (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling (1. utg.)* (ss. 87- 113). Oslo: Akribe AS.
- *Hill, N., Kolanowski, A., & Kürüm, E. (2010, 12 10). Agreeableness and activity engagement in nursing home resident with dementia. *Journal of Gerontological Nursing, 36 (9)*, ss. 45- 52.
<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/750421794?accountid=35443>
- Hummelvoll, J. (2012). *Helt- Ikke stykkevis og delt(7.utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hvinden, K. (2011). Etablering av lærings- og mestringssentra(1.utg.) I A. Lerdal, & M. S. Fagermoen, *Læring og mestring (1.utg.)* (ss. 48-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Kirkevold, M., & Gonzalez, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Norsk sykepleierforbund*, ss. 52 - 64.
DOI:10.4220/sykepleienf.2012.0029.
http://www.sykepleien.no/Content/851433/art_kirkevold_8633.pdf
- Kirkevold, M., Brotkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten (1.utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Moksnes, K. (2010). Livets siste faser. I S. &. F.Skårderud, *Psykiatriboken Sinn- Kropp- Samfunn* (ss. 446- 486). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere - ICNs etiske regler*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.
https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- *Nysveen, K., Nordby, K., Brattrud, T. L., & Granerud, A. (2011). *Miljøterapi i psykisk helsevern - et prosjekt verdig*. Vallset: Oplandske Bokforlag .
- *Rokstad, A. (2009). Hva er demens? I A. &. Rokstad, *Personer med Demens- Møte og samhandling (1.utg.)* (ss. 27- 45). Oslo: Akribe AS.
- *Samuelsen, A. G. (2008). *Kunsten i samspill- Fra ord til handling,(2.utg.)* Oslo: Kommuneforlaget AS.
- *Sosial- og helsediretoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt!* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt.pdf>
- *Travelbee, J. (2014). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie(1.utg.)* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- *Wyller, T. (2013). *En dements dagbok*. Oslo: Vidarforlaget.

- *Ødbehr, L., Kvigne, K., Danbolt, L. J., & Hauge, S. (2012). Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem. *Geriatrisk sykepleie* 4(1), ss. 14 - 20.
<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/847784/%C5ndelig%20omsorg%20til%20personer%20med%20demens%20i%20sykehjem%20-%20forskningsstatus%20og%20aktuelle%20utfordringer.pdf>
- *Ødbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. J. (2014, April 15). Nurses' and care workers' experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing home: a qualitative study. *BMC Nursing*, ss. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/12>
doi:10.1186/1472-6955-13-12.
<http://www.biomedcentral.com/1472-6955/13/12>

Vedlegg 1

Søk 1

Søk i ORIA

25.05.2014

NUMER	Søkeord/Term	Avgrensning/Limits	Resultat (antall)
1	Demens og omsorg		99
2		Artikler, full tekst	46
3		Fra 2010-2014	25

Artikkelen « *Hendene husker ullas utrykk- Om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem*», av Balteskad, Storlig og Martinsen (2012), var nr. 10, på side 1.

Søk 2

Søk i CINAHL

20.05.2014

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limits	Resultat (antall)
1	Dementia and care and nursing homes		1,572
2		Fra 2012-2014	297
3	Dementia and nursing care and nursing homes		77
4	Dementia and spiritual needs and nursing homes	Full teks	2

Artikkelen “*Nurses’ and care workers’ experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study*”, Ødberg, Kvingne, Hauge, Danbolt (2014), var nr.1, på side 1.

Søk 3

Søk I Google Scholar

19/05/2014

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limits	Resultat (antall)
1	Trivsel og Alzheimer demens		312
2		Etter 2010	153
3	+ og sykehjem	Full tekst	87

Artikkelen «*Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review*», Kirkevold, Gonzales (2012), forskningsartikkelen var nr. 1, på side 1.

Søk 4

Søk i CINAHL

21/05/2014

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limits	Resultat (antall)
1	Dementia and engagement and nursing homes		43
2		Fra 2009-2014	26
3		Academic Journals	24

Artikkelen “*Agreeableness and Activity Engagement in Nursing Home Residents with Dementia*”, Nikki, Hill, Kolanowski, Kürüm (2010), artikkelen var nr.12, på side 1.

Søk 5

Søk I Google Scholar

01/05/2014

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limits	Resultat (antall)
1	Personer med demenssykdom og sykehjem		326
2		Etter 2010, full tekst	222

Artikkelen « *Personer med demenssykdom I sykehjem: Refleksjon over livet*», Drageset, Norman, Elstad, (2013) var nr.5, på side 2.

Søk 6

Søk i Google Scholar

28/04/2014

Nummer	Søkeord/Term	Avgrensning/Limits	Resultat (antall)
1	Demens og refleksjoner og sykehjem		579
2	+ og sykepleie		515
3		2012, full tekst	243

Fagartikkel «Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem- forskningsstatus og aktuelle utfordringer», Ødberg, Kvigne, Danbolt, Hauge, (2012) var nr.1, på side 1.