



Høgskolen i **Hedmark**

Høgskolestiftelsen Kongsvinger

Line Firman Torp

Bacheloroppgave i sykepleie

«Sykepleie med pels»

“Fur coated Nursing”

Antall ord: 12 255

BASYK 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Forord:

Dette er en oppgave som jeg har tenkt på siden jeg begynte på sykepleiestudiet. Det har vært viktig for meg å utvikle min kunnskap og kompetanse på mange fagområder, og denne oppgaven belyser ett av dem. Jeg ønsker å takke min kompetente og dyktige veileder i Åse M. Leirvik som hele tiden har støttet og utfordret meg i prosessen.

Denne oppgaven hadde aldri blitt til hvis det ikke var for Alva og «Harry». Jeg har forsøkt å beskrive min opplevelse av deres første møte igjennom denne oppgaven med noen små stemningsrapporter underveis. Sempelthen fordi det var så sart og varmt, og jeg ønsker at flere skal få ta del i det. Takk for inspirasjonen!

«Harry, dette er sykepleiestudenten som skal være i praksis her». Han kikket bort på henne, men det eneste han kunne se var svart og hvit pels og en logrende hale. En hund! Han kjente det begynte å sitre litt forsiktig inne i seg. Studenten hadde med seg en hund, han smilte uten å vite om det selv. Studenten spurte om han ville hilse på hunden, han klarte ikke svare, bare nikket. Hunden satte seg tett inntil benet hans, så han kunne kjenne varmen hennes, og hun la hodet i fanget hans og så på han med uutgrunnelige brune øyne. Han strøk henne først forsiktig over pelsen, så etterhvert begravet han hendene i den varme myke pelsen som luktet grønnsåpe.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 Menneskesyn.....	4
1.2 Problemstilling	4
1.3 Begrepsavklaringer og avgrensninger i oppgaven.....	5
1.4 Oppgavens oppbygging	6
2. Metode	7
2.1 Datainnsamling.....	7
2.2 Valgt forskning	8
2.3 Kildekritikk.....	9
3. Pasienter med demens i sykehjem	11
3.1 Demenssykdommer	11
3.2 Å leve med demens	13
3.3 Utfordringer ved demens.....	14
4. Hva er sykepleie?	15
4.1 Travelbees tanker om sykepleie	16
4.2 Mestring og mening	16
4.3 Å bruke seg selv terapeutisk	17
4.4 Menneske til menneske.....	17
5. Livskvalitet	19
5.1 Livskvalitet i sykepleie	20
5.2 Sykepleierelaterte tiltak som påvirker livskvalitet	21
5.3 “Den gode dagen”	22
6. Dyreassistert terapi	23
6.1 Bruk av terapihund.....	24
7. Hvordan kan bruk av terapihund gi økt livskvalitet til pasienter med demens i sykehjem?	26
7.1 Sykepleierens rolle.....	27
7.2 Aktiv- Fysiske helsegevinster ved bruk av terapihund.....	29
7.3 Samhørighet.....	30
7.4 Selvfølelse	31
7.5 Grunnstemning av glede	32
7.6 Ulemper ved bruk av terapihund	34
7.7 Praktisk tilrettelegging.....	35
8. Konklusjon.....	37
Litteraturliste.....	39

1. Innledning

Denne oppgaven tar utgangspunkt i «Harry» og hans første møte med hunden Alva. Dette skjedde på en sykehjemsavdeling i en liten by på Østlandet. Jeg var sykepleierstudent i praksis og hadde en idé om at hunden min kunne tilføre pasientene på en skjermet enhet noe positivt. Jeg fikk tillatelse av sykehjemsledelsen til å ta med hunden på kveldsvakter en gang i uka som et miljøtiltak.

«Harry» sitt første møte med min hund Alva, var en sterk opplevelse, som jeg følte jeg måtte videreutvikle. Både for min del, for hundens del og ikke minst for de pasientene som kan oppleve noe slikt fremover. Det berørte meg på flere plan, både som person, som hundeeier og som sykepleierstudent. Et frø ble sådd, og jeg vannet og gjødslet det så godt jeg kunne med kunnskap og trening. I dag er Alva godkjent terapihund og jeg har en tilleggsgutdannelse for å kunne jobbe som sykepleier med terapihund.

1.1 Menneskesyn

Jeg har i oppgaven beskrevet «Harry», og han er den typiske pasienten i den pasientgruppen jeg skriver om. Et menneske, uavhengig av kjønn eller etnisitet eller bakgrunn, men et unikt menneske som har egenverdi i seg selv. Mitt menneskesyn sammenfaller godt med Joyce Travelbee (2007) sitt som hevder at alle mennesker er unike og har sin rett til å kreve sin plass på jorden.

1.2 Problemstilling

Jeg har valgt problemstillingen

Hvordan kan bruk av dyreassistert intervensjon med terapihund gi økt livskvalitet til pasienter med demens i sykehjem?

Underforstått i denne problemstillingen, så ønsker jeg å finne svar på hvilke fordeler pasientene har ved at sykepleieren benytter dyreassisterte intervensjoner og hvordan en kan oppnå dette. Jeg opplevde gjennom det første møtet mellom Alva og «Harry» at dette handler i høyeste grad om sykepleiefaget. Våre oppgaver er definert i de yrkesetiske retningslinjene

(Norsk Sykepleieforbund, s.5, 2011) at sykepleiere har fire grunnleggende plikter: « å fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død.». Jeg ønsker å vise at sykepleierens bruk av dyreassistert terapi kan oppfylle de fundamentale pliktene fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse for pasienter med demens i sykehjem. Denne oppgaven har tittelen *Sykepleie med pels*, fordi jeg mener oppriktig at sykepleiere kan ha flere innfallsvinkler for å oppnå god sykepleie.

1.3 Begrepsavklaringer og avgrensninger i oppgaven

I denne oppgaven har jeg valgt å forholde meg til demens som en generell samlebetegnelse og ikke spesifisert dette eller definert de forskjellige sykdommene og symptomene. Jeg ønsker heller forsøksvis å beskrive hvordan det er å leve med demens, og hvordan disse pasientene selv opplever sin livskvalitet. Min erfaring med dette er hentet fra studiepraksis, arbeidssteder og som pårørende. Man antar at det er cirka 70.000 personer som har demens. Cirka 80% av de som bor på sykehjem i Norge har demenssykdom (Helsedirektoratet, 2011). Det faller seg naturlig å begrense pasientutvalget til de som bor på sykehjem, da dette er den antatt største pasientgruppen.

Det er mange definisjoner på livskvalitet og mange legger forskjellige betydninger i begrepet både fra et verdifilosofisk valg, og fra en metodisk-vitenskapelig definisjon. Man kan se på konsekvensetikken som følge av begrepet og rettferdighetsprinsippet. Jeg har derimot valgt å følge psykologen Siri Næss' tanker om livskvalitet fordi hennes begrep henger sammen med Tone Rustøen og Joyce Travelbee sine teorier om pasientens suverenitet og hans subjektive opplevelse i betydningen livskvalitet, og hvilken sykepleie han har behov for.

I denne oppgaven vil jeg ha fokus på dyreassistert terapi. Dyreassistert terapi er definert som en målrettet intervensjon hvor et dyr tilfredsstiller spesifiserte kriterier i en integrert del av en behandlingsprosess (Kruger & Serpell, 2010) Jeg vil også bruke begrepet dyreassisterte intervensjoner. Da er det hund som er intervensjons- og terapidyret, fordi det er det jeg har mest erfaring med og kunnskap om. Det finnes selvfølgelig dyr av mange arter som katt, hest og småfe som kan være terapeutisk fordelaktig å bruke, men i denne oppgaven vil hovedvekten være på hund. Om ikke annet er presisert, er det hund jeg omtaler. En terapihund er enhver helsearbeiders private hund som denne har valgt å trene og utdanne slik at den kan

være helsearbeiderens verktøy i arbeid med sin pasientgruppe. Jeg har fokusert på sykepleieren og sykepleierens oppgaver med sin terapihund.

Jeg skriver i oppgaven om pasienten som «han»; dette gir ingen begrensninger i kjønn, etnisitet eller alder, personlig bakgrunn eller utdanningsnivå. «Harry» representerer alle pasienter, både kvinner og menn, unge og gamle. Jeg skriver om sykepleieren og refererer til et hunkjønn, dette er kun for enkelthetsskyld.

Øvrige begreper som brukes i oppgaven blir forklart underveis.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er satt opp i en form hvor jeg vil starte med metodekapittel som presenterer hvilke kilder jeg har brukt, hvorfor jeg anser de som representative for oppgaven og hvor jeg har funnet de. I kapittel 3 presenteres pasientgruppen, altså sykehjemspasienter med demens og hvilke utfordringer, plager og symptomer de kan ha. I kapittel 4 presenterer jeg sykepleieteori ved J. Travelbee, som jeg har valgt å bruke. I kapittel 5 belyser jeg Næss og Rustøen sine teorier om livskvalitet. Kapittel 6 omhandler dyreassistert terapi, dyreassisterte intervensjoner og terapihund. All teorien blir drøftet i kapittel 7, som leder til en konklusjon i kapittel 8.

2. Metode

Høgskolen i Hedmark har bestemt at alle bacheloroppgaver i faget sykepleie skal være en litteraturstudie og følgelig er også denne oppgaven en slik studie. Dalland (2012) hevder at en litteraturstudie er når man bruker litteratur, både pensumlitteratur, støttelitteratur og forskning for å dokumentere og underbygge en argumentasjon i en oppgave, og hvor selve oppgaven er basert på litteratursøk og fortolkning av funnene.

Jeg har valgt å bruke pensumlitteratur for sykepleierfaget, pensumlitteratur innen dyreassisterte intervensjoner og jeg har fordypet meg i en sykepleieteoretiker. I tillegg til dette har jeg brukt et essay, flere forskningsartikler, de yrkesetiske retningslinjene og en statlig helsemelding i denne oppgaven.

Det finnes mye forskning på temaet terapihund, men svært lite er basert på norske forhold og norske sykehjem. Unntaket er en norsk forskningsartikkel av Braastad, Kvaal og Myren fra 2011. Jeg har derfor brukt min egen kunnskap og erfaring samlet gjennom mine utdannelser ved sykepleiestudiet og Norges Miljø og Biovitenskapelige Universitet, i tillegg til arbeid i helsesektoren.

2.1 Datainnsamling

Jeg har lest veldig mye pensumlitteratur, støttelitteratur og forskningsartikler i forbindelse med denne oppgaven. Men jeg har valgt kun noen av disse kildene for å begrense oppgavens omfang. Jeg har da begrenset meg til det som har beskrevet dyreassistert terapi i forhold til sykepleie. Jeg valgte pensumlitteratur som tok for seg hvordan det er å leve med demens og hvordan sykdommen utvikler seg. Jeg valgte også litteratur og forskningsartikler som omhandlet livskvalitet generelt og for pasientgruppen spesielt.

Jeg har søkt i flere databaser som Pubmed, Cochrane, Swemed, Google scholar og Helsebiblioteket. Jeg har også benyttet meg av Helsedirektoratets nettsider. Jeg har i relevante artikler brukt referanselisten for å finne ytterligere informasjon og kilder. Søkeord jeg har benyttet meg av har vært: *Terapihund*, *animal assisted therapy*, *livskvalitet*, *quality of life*, *demensdiagnose*, *dementia*, *nursing home*, *sykehjem* og kombinasjoner av disse søkeordene. Jeg har fått svært mange treff, men jeg har valgt ut de tekstene som jeg synes er mest relevante

for min problemstilling og som ikke var eldre enn fra 2010, slik at det skal være mest mulig oppdatert tilgjengelig forskning. Det jeg presenterer er det jeg har funnet av relevant oppdatert forskning på feltet.

2.2 Valgt forskning

Jeg har valgt flere forskningsartikler som jeg mener er relevante for å undersøke, belyse og avdekke temaet og problemstillingen i denne oppgaven. Matuszek (2010) viser i sin litteraturstudie “Animal- Facilitated Therapy in Various Patient Populations: Systematic Literature Review” sammenhengen mellom bruk av dyreassisterte intervensjoner ved bruk av terapihund og relasjonen til sykepleiefaget. Hun ser også på bruk av terapihund til forskjellige pasientpopulasjoner, deriblant gruppen pasienter jeg fokuserer på.

De fire sveitsiske forskerne Scheibeck, Pallauf, Stellwag og Seeberger gjorde i 2011 litteraturstudiet “Elderly people in many respects benefit from interaction with dogs” hvor de undersøkte forhold eldre mennesker har til sine kjæledyr og fordelene de har av å ha kjæledyr. De har sett på både fysiske og psykiske effekter av å omgås hund, som vurderes i sammenheng med livskvalitet.

Av studier som omhandler dyreassisterte intervensjoner, så er den norske undersøkelsen “Hund og katt i sykehjem – et bidrag i miljøbehandling?” (2011) av Myren, Kvaal og Braastad det nyeste innen norske studier. De har i sin kvalitative undersøkelse sett på effekten av dyr i sykehjem for humør, miljø og helse til både ansatte og pasienter.

Engström og Nordgren, to svenske forskere publiserte i 2012 pilotstudiet ”Effect of animal-assisted therapy on behavioral and/or psychological symptoms in dementia: A case report” hvor de så på dyreassistert terapi til en pasientgruppe med demens og en enkelt pasient med demens diagnose. De ønsket å se på om bruk av ikke- medikamentell behandling som dyreassisterte intervensjoner kan gi økt livskvalitet og ivaretagelse av pasientens ressurser.

“Livskvalitet for personer med demenssykdom sett i et livsløpsperspektiv- en narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger” av Tretteteig og Thorsen (2011) undersøker hvordan livskvalitet oppleves for personer med demens i et livsløpsperspektiv. Disse pasientene bor i omsorgsboliger, men fordi deres demenssykdom er så langt fremskridende som den er, kunne de vært sykehjemspasienter. Tretteteig og Thorsen har ønsket å studere

hvordan pasienten selv har opplevd sin livskvalitet i løpet av hele sitt liv, ikke bare i et “her og nå”- perspektiv.

Jeg har i tillegg valgt å bruke et essay som var publisert på Swemed og opprinnelig ble publisert i Socialmedicinsk tidsskrift 4/2010 med tittelen «Med Joker i leken. Om samspelet mellom människa med demens og vårdhund» av Catharina Nord, dosent ved Linköpings Universitet i Sverige. Her beskrives pasientenes opplevelser i møtet med en terapihund.

2.3 Kildekritikk

Dalland (2012) sier at i den litterære oppgaven er det vurderingen av de skriftlige kildene som er det metodiske redskapet og at kildene er verdiløse uten kildekritikk. Det er derfor viktig å presentere kildene. Jeg valgte Joyce Travelbee som hovedreferanse i sykepleieteori. Årsaken til dette er at hennes grunnleggende menneskesyn tiltaler meg og jeg ønsket å få en dypere forståelse for dette. Samtidig som jeg ville se på om hennes teorier om mellom menneskelige interaksjoner er overførbart i en dyreassistert interaksjon. Jeg har valgt å bruke primærlitteratur, men ikke på originalspråket, som kan være en ulempe, da essensiell forståelse kan mistolkes i oversetting. Men jeg anser det som mer vesentlig at jeg har forstått hovedbudskapet og valgte derfor å lese den i oversatt utgave. *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* er fra 2007, den er utgitt i flere utgaver, og jeg anser den fortsatt som relevant for faget, da Travelbee er en globalt anerkjent sykepleieteoretiker gjennom flere tiår.

Av pensumlitteratur har jeg valgt som hovedreferanse *Geriatrisk Sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten* av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff. Den ble utgitt i 2008, den er på originalspråket og fra seriøs utgiver. Siden dette er pensumbok i sykepleie anser jeg den som særdeles relevant og av kunnskapsrike forfattere på sitt fagfelt. Til tross for at det er “eldre” litteratur valgte jeg å benytte den. Jeg har også brukt kapitler fra *Handbook on Animal assisted therapy* av Fine (2010) som utgangspunkt for det faglige pensumet i dyreassisterte intervensjoner. Dette er den siste utgivelsen i nyere tid som omhandler dyreassisterte intervensjoner skrevet av fagfolk med høyere utdanning. Jeg anser den som særdeles aktuell, da redaktøren er respektert i fagmiljøet.

For å teoretisere rundt begrepet livskvalitet, så har jeg benyttet to bøker. *Livskvalitet- Forskning om det gode liv* av Næss, Moum og Eriksen (2011), en nyere utgivelse på

originalspråket av anerkjente forskere/forfattere. Denne har henvisninger til Rustøens *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* fra 2001. Dette er en eldre bok, men det er få utgivelser om temaet, så jeg har valgt å bruke den, da forfatteren er en nasjonalt svært anerkjent forsker innen temaet og sykepleieteori.

Dette er alle kilder som jeg anser som nyere, relevante og utgitt fra seriøse aktører. De har fokus på sykepleie til pasientgruppen som jeg skriver om. Jeg har brukt sjekklister fra Kunnskapssenteret (2014) for å vurdere troverdigheten og kredibiliteten på de enkelte artiklene.

Jeg har anonymisert pasienten for ikke å skape et etisk dilemma eller risikere brudd på taushetsplikten.

3. Pasienter med demens i sykehjem

Mental svikt er fremtredende hos mange sykehjemspasienter. Det betyr ikke at alle disse har en demenssykdom eller diagnose, men en stor andel har det. Det finnes andre årsaker til mental svikt som depresjon og/- eller delirium. Dette er også normale tilleggssykdommer som forekommer hos pasienten med demens, noe som gjør at det kan være vanskelig å skille hva som følger av hva. Disse sykdommene gir også økt risiko for utvikling av demens. For pasientens del, så er det viktig å skape gode trygge rammer slik at hverdagen blir håndterbar (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2008).

3.1 Demenssykdommer

De vanligste årsakene til mental svikt er aldersdemens, det er en sekkebetegnelse for

- demens av Alzheimers type
- vaskulær demens
- demens med Lewy legemer
- frontallaps demens
- demens ved andre hjernesykdommer (Parkinson, MS)
- demens etter forgiftning (alkohol misbruk etc) (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2008).

Demenssymptomene utvikler seg over tid, både avhengig av type demenssykdom og individuelle årsaker. Hos enkelte pasienter kan sykdomsforløpet strekke seg over så lang tid som 20 år, mens hos andre er det kort og intenst. Demens er en ikke-kurativ sykdom, som behandles med symptomlindrende farmasøytika. Den viktigste behandlingen man kan gi pasienten, er tilrettelegging av sykepleie, miljø og aktiviteter (Berentsen, 2008).

For å kunne organisere riktig omsorg, pleie og behandling er det viktig å få dokumentasjon på pasientens funksjonsnivå og grad av kognitiv svikt. Det er viktig å avklare hvilken fase av demens pasienten er i, da dette er en negativ utvikling som ikke kan stoppes.

- Mild grad er fasen da pasienten og de nærmeste oppdager hvilke konsekvenser hukommelsessvikten har i hverdagen. Pasienten kan klare seg hjemme med tilrettelegging og hjelp (Berentsen, 2008).
- Moderat grad er når pasienten mister taket på sin egen tilværelse. Han har vanskeligheter med avgjørelser, hukommelsen svikter, evnen til å løse problemer er dårlig, kommunikasjonsproblemer og manglende stedsans. Pasienten kan ikke klare seg uten hjelp fra andre. Omsorgsbolig eller sykehjemspasient (Berentsen, 2008).
- Alvorlig demens er når pasienten ikke kjenner igjen familien, husker bare små glimt av livet, kan ikke orientere seg eller kommunisere. Pasienten er fullstendig pleietrengende (Berentsen, 2008).

Demens er en klinisk diagnose som stilles på bakgrunn av pasientens opplevelse, pårørendes oppfattelse av pasienten og noen evalueringer og tester som ikke alene er egnet som diagnostiske verktøy. Hvis pasienten i mer enn seks måneder har svekket hukommelse for ny informasjon, problemer med dømmekraft, planlegging eller å tenke abstrakt, men er selvbevisst og kan vise manglende følelsesmessig kontroll eller avvikende sosial adferd med irritasjon, følelsesmessig ustabil eller lite kritisk til seg selv eller sitt miljø, så er det sannsynligvis demens som er bakenforliggende årsak (Ranhoff, Schmidt & Ånstad, 2008).

Pasienter som har demens opplever forskjellige utslag i forhold til kognitiv svikt og fysiske begrensninger. Disse pasientene har høyere grad av dødelighet enn pasienter uten kognitiv svikt. De er mer utsatt for systemsvikt, sykehjemsopphold og for tidlig død. De skrøpelige gamle med demens er de pasientene som har dårligst prognose med tanke på økt levealder og funksjonstap. De har høy sykkelighet, med stor risiko for akutte hendelser og de har ofte behov for legehjelp og sykehusinnleggelse. Dødeligheten har ikke sammenheng med alvorlighetsgraden av demens diagnosen. Dette forteller oss at når pasientene blir så dårlige at de har behov for sykehjems plass, så er det de fysiske funksjonene og allmenntilstanden som er viktigst for økt levealder, ikke graden av selve demensdiagnosen (Ranhoff, 2008).

3.2 Å leve med demens

En pasient som utvikler demens får forskjellige kognitive begrensninger, som nedsatt forståelse for rom, tid og sted. De kan få problemer med daglige gjøremål. Det kan gi adferdsendringer, fysiske begrensninger, nedstemthet og depresjon for pasienten. Man kan anta at livskvaliteten for denne pasientgruppen og deres pårørende kan være nedsatt (Engström & Nordgren, 2012).

Det kan være uklare skiller mellom aldersforandringer som gir senere reaksjonsevner og noe redusert hukommelse kontra det å ha utviklet en demenssykdom. For eldre som opplever stress eller kriser, og har lite sosialt nettverk eller lavt aktivitetsnivå kan dette gi reduserte kognitive evner. Alvorlig kognitiv svikt gir større utslag enn manglende hukommelse, da ser man at pasienten ikke klarer seg uten hjelp over tid. Når en pasient ikke har minner eller husker fra dager, uker eller måneder siden er det langtidshukommelsen som er svekket. Gjenkallingsevnen, det vil si evnen til å huske noe eller noen er svekket, når en blir minnet på noe så er det gjenkjenningsevnen. Denne kan bevares lengre hos disse pasientene, noe som gjør at de kan ha erindringsbilder når de får hjelp og blir minnet på ord, personer eller handlinger. Hukommelse er bevisstgjøring eller gjenskaping av handlinger som er repetert. For pasienten med demens, så er det skader i hjernen som gjør at han ikke klarer å opprettholde fokuset og oppmerksomheten til å hente frem disse bildene av handlingen, og som dermed fører til at handlingen ikke utføres. For pasienten er det vanskelig å oppnå læring, til tross for gjentakende repetisjoner (Berentsen, 2008).

Noen pasienter oppfatter ikke situasjoner som oppstår på samme måte som resten av samfunnet og de kan få en for «oss andre» forvrengt virkelighetsoppfatning. De har ofte mistet forståelsen for en handling i rom og har manglende evne til å gjennomføre praktiske handlinger. I disse situasjonene vil mange pasienter bli fortvilet og frustrert, noe som kan gi seg utslag i irritabilitet eller sinne. Pasienten glemmer dagligdagse gjøremål som tidligere har vært helt naturlig. Pasientene kan oppleve språkproblemer som afasi eller det å kunne benevne ting eller navngi personer. Pasientene får problemer med å orientere seg for sted og tid. De finner ikke frem der de tidligere har gått. Eller de får en forstyrret døgnrytme, hvor de sover på dagen og er oppe på natten. Mange pasienter opplever motorisk uro og vandrer mye for å forsøke å bli kvitt noe av rastløsheten eller har hyppige toalettbesøk (Berentsen, 2008).

3.3 utfordringer ved demens

Adferdsmessige og psykiske symptomer som følelsesmessige svingninger, irritabilitet, apati og unyansert adferd er gjennomgående. En vanlig opplevelse for demens pasienten er angst for å bli alene og forlatt. I alle faser av demensutviklingen er isolasjonstendens og passivitet, manglende evne til initiativ og apati (Berentsen, 2008).

Afasi er et vanlig symptom ved demens. Det er flere ulike former for afasi, men i hovedtrekk så berøres de logiske evnene og språket. I venstre hjernehalvdel er det to språksentre, en eller begge kan være skadet. Dette kan man se ved at god talefunksjon, evnen til analytisk eller logisk tenking eller evnen til å oppfatte språk er berørt. Noen demenspasienter opplever hørselsagnosi, det vil si at de klarer ikke å gjenkjenne lyder eller tolke disse. Apraksi er handlingssvikt, der pasienten ikke evner å utføre praktiske handlinger til tross for at han ikke har fysiske begrensninger eller manglende forståelse. Det kan være at pasienten ikke evner å utføre en handling, men utfører den spontant i andre situasjoner. I andre tilfeller klarer ikke pasienten å utføre en handling med flere momenter i riktig rekkefølge, til tross for at han kan utføre de separat. Ofte kan man se at pasienten utfører en handling med feil gjenstand, for eksempel greir håret med tannbørsten, men kan gre håret med kammen spontant når han står foran speilet (Berentsen, 2008).

Pasienten med demens har problemer med å orientere seg for sted og tid. Evnen til å orientere seg i rom blir vesentlig dårligere. Pasienten klarer ikke gjenkjenne ting eller avstander fra andre vinkler. Dette gjør også at pasienten kan få problemer med å orientere seg både geografisk og innendørs. Mange pasienter opplever det som kalles tidsforskyvning; da er det hendelser fra tidligere tider som huskes, men oppleves som nåtid. De fleste pasienter med demensdiagnose har motoriske utfall, som gjør at de har vansker med å koordinere bevegelsene sine. Bevegelsene blir klossete og balansenerven påvirkes slik at de får forhøyet fallrisiko. Enkelte pasienter opplever at de blir stive og muskulaturen lystrer ikke (Berentsen, 2008).

4. Hva er sykepleie?

“Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert.” (Norsk sykepleieforbund, s.7, 2011)

Ovennevnte sitat er det etiske fundamentet for all sykepleie. Sykepleie skal baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for det enkelte menneske, dets liv, verdighet og menneskerettighetene. Sykepleieren skal ta ansvar for alle livets faser, fra begynnelse til slutten. Dette betyr at sykepleiere skal fremme helse, forebygge sykdom, lindre lidelse og sikre en verdig død. Det skal utvises respekt, dømmekraft og etisk bevissthet i yrket, da sykepleie utøves i menneskers avmakt og fortrolighet og bryter intimitetssoner (Norsk Sykepleieforbund, 2011).

Fagplanen for Bachelorstudiet i sykepleie ved Høgskolen i Hedmark (2012) har utgangspunkt i Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning fastsatt av Kunnskapsdepartementet 25. januar 2008. Skolen har en grunnleggende tanke om sykepleie som sammenfaller med de yrkesetiske retningslinjene. I tillegg fremheves behovet for en helhetsforståelse der sykepleien skal se mennesket bestående av fire dimensjoner: Fysisk, psykisk, åndelig og sosialt. I tillegg fremheves det at empati er en verdi som vektlegges i sykepleie.

Høgskolen i Hedmark (2011) ser at samfunnet er i utvikling, og i takt med dette også helsetjenestetilbudet. De ser behov for sykepleiere som er endringsorienterte og ønsker å utøve sin sykepleiegjerning med nyskapning, korrigering, tilpasning, forandring eller endringer på ulike nivåer til grupper, individer eller hele samfunnet. Hovedvekten er en folkehelseprofil hvor helsefremmende strategier er i fokus.

Florence Nightingale (1820-1910) sier at sykepleie burde være å ivareta pasienten på best mulig måte, sørge for at han får ro, frisk luft, og ikke tappes for krefter. Videre at han får godt med drikke og ernæring, gode hygiene- og sanitærforhold. Det er sykepleierens plikt å forebygge sykdom (Nightingale, 2003). For pasientene er sykepleie avgjørende, og den skal prioritere vedlikehold og om det er mulig forbedre de fysiske funksjonene og allmenntilstanden. Sykepleie til den skrøpelige gamle pasienten krever alle elementer som innebærer god pleie, men den er også kompleks og krevende (Ranhoff, 2008).

4.1 Travelbees tanker om sykepleie

«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleie-praktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne mening i disse erfaringene» - Joyce Travelbee (2007, s. 29).

Travelbee (2007) hevder at sykepleie er en utøvende handling, der sykepleieren skal søke endring og handling for det som skjer mellom menneskene som er involvert, uavhengig om det er et enkeltindivid, flere personer i en interaksjon eller en større gruppe som samfunnet. Det å anse sykepleie i seg selv som en prosess, er en aksept av den dynamiske erfaringen som skjer. Travelbee mener den mellommenneskelige relasjonen er den som kan legge grunnlaget for å utøve god sykepleie og oppnå forståelse og kontakt med et annet individ. Hun sier også at sykepleieren har to hovedfunksjoner som er særdeles viktige: Den ene å forebygge eller håndtere sykdom og lidelse. Den andre å finne mestring og mening i sykdom og lidelsen. Det siste er et grunnprinsipp jeg ønsker å se nærmere på.

4.2 Mestring og mening

Travelbee (2007) sier at det er mange syke som aldri blir friske, men som må lære seg å leve med en sykdom eller lidelse. De mestringene og erfaringene pasienten får krever at han får hjelp fra et annet menneske som er varmt, nært og kunnskapsrikt. Sykepleieren skal bistå pasienten ikke fordi pasienten primært har omsorgsbehov, men fordi pasienten skal sees for den personen han er. Når pasienten har fått livet sitt endret av sykdom som kan være både invalidiserende, dødelig eller kronisk, hva kan da sykepleieren tilby? Travelbee (2007) sier at det ikke er mulig å gjenvinne helse, men man kan strebe etter å oppnå optimal helse på et høyest mulig nivå for den aktuelle pasienten. For disse pasientene kreves det at den profesjonelle sykepleieren må hjelpe pasienten, ikke bare med å finne mestring i sykdommen, men også å finne mening i erfaringene. Dette er en oppgave som ikke kan unnvikes. Travelbee (2007) hevder også at sykdom bør anses som en naturlig del av livet som kan gjøre pasienten i stand til selvrealisering om han får hjelp til å finne mening i erfaringen.

For sykepleieren så mener Travelbee (2007) at det er vesentlig at hennes holdning er at det er like stor tilfredsstillelse i å finne mestring og mening i sykdommen, som det er å bistå den

syke i å bli frisk. Hun (Travelbee) mener også at det er alltid noe som kan gjøres for syke pasienter, også for de uten fremtidsprogresjon om «friskhet» eller de pasientene uten produktivitet, uten at man skal tilstrebe en tilheling som kanskje ikke finnes.

4.3 Å bruke seg selv terapeutisk

Travelbee (2007) er svært opptatt av den profesjonelle sykepleieren. Denne har gått på høyskole, og har fått en profesjon, en utdanning og en kompetanse uavhengig av kjønn, etnisitet eller bakgrunn. Denne personen har lært å bruke seg selv terapeutisk og å løse problemer på en intellektuelt disiplinert tilnæringsmåte. Sykepleieren er i en unik rolle der hun kan gi umiddelbar hjelp til den syke. Det betyr derimot ikke at hun er den eneste som kan hjelpe den syke. Å bruke seg selv terapeutisk er et begrep som Travelbee (2007) lanserer, der det ikke må forstås som vennlighet eller intuisjon, men at sykepleieren må bruke sin kunnskap, sitt intellekt for å forstå hva pasientens behov.

Medfølelsen sykepleieren har for pasienten må omsettes til konstruktive sykepleiehandlinger. Dette krever at sykepleieren klarer å kombinere det å bruke seg selv terapeutisk og en intellektuell tilnæringsmåte. Sykepleieren må ikke bare være medfølelse, hun må også vite hva hun kan og skal gjøre, og inneha de kunnskaper og ferdigheter som er nødvendig i sykepleieprosessen for å kunne utøve hjelp til pasienten. Medfølelse og sympati gir en forståelse og kontakt som er vesentlig i møtet mellom mennesker som trenger hjelp og mennesker som yter hjelp. I denne fasen er sykepleierens rolle en «endringsagent», det å hjelpe pasienten til å finne mening og man skal unngå båssetting, stereotyper og verdiløs kommunikasjon (Travelbee, 2007).

4.4 Menneske til menneske

I sykepleiesituasjonen er menneske- til menneske-forholdet det som gjør at sykepleiens mål og hensikt kan oppnås, ved at man kan hjelpe et individ eller familie til å hindre sykdom, mestre en sykdom eller lidelse. Sykepleieren kan bidra til at individets eller familiens erfaringer med smerte og lidelse gjør at de er i stand til å finne mening og mestring i livet, til

tross for endret livsløp eller forventninger. Hvorvidt sykepleieren har lyktes i dette, definerer dennes sykepleiekompetanse (Travelbee, 2007).

Travelbee (2007) sier at måten vi båssetter pasienter, gjør at vi skaper stereotyper som kan gjøre det vanskelig å se pasienten. I stedet ser vi pasienten som en representant for arbeidsoppgavene vi skal utføre eller vi behandler pasienten som et objekt. Hun hevder at ordet pasient er et ord som kun fungerer fordi det i en kommunikasjonssammenheng skal gi oss noen knagger å identifisere andre mennesker med. Det finnes ingen pasienter, det finnes kun unike mennesker som trenger omsorg, tjenester og hjelp fra personer som kan bistå dem med den assistansen de behøver.

Travelbee (2007) hevder at når vi ikler oss roller som pasient og sykepleier så oppstår det en vegg mellom oss som hindrer kommunikasjon og som videre stagnerer prosessen mellom menneskene som skal avdekke at det kun er når man står overfor hverandre som menneske mot menneske at man kaster rollene sine, og virkelig møter den andre, slik at et forhold kan etableres. Pasienten oppfatter ikke seg selv som en del av en sykdom, så hvorfor skal sykepleiere ha noe ønske om å identifisere ham som dette?

5. Livskvalitet

«Vi definerer livskvalitet som psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt»
(Næss 2011, s. 15)

I denne sammenhengen knyttes begrepet livskvalitet til enkeltindivider, ikke samfunn som helhet. Livskvalitet defineres som et subjektivt psykologisk fenomen, opplevelsen av å ha det godt. Når man sier at man opplever å ha det godt, så er det glede og velvære som er i fokus, ikke bare fravær av lidelse, å ha det godt er mer enn ikke å ha det vondt. Her har man heller ikke inkludert midlene som kanskje tilfører goder. Det materielle aspektet er uvesentlig i denne sammenhengen (Næss, 2011).

Næss har en definisjon av livskvalitet fra 1986 som sier at *“en person som har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede”* (Rustøen, 2001, s.17).

Her viser hun til at pasienten må oppleve aktivitet. Det å engasjere seg i noe utenfor seg selv som pasienten opplever gir mening. Det å kunne oppfylle sine ønsker, utnytte sitt potensiale og være selvrealisert. Det å være en del av et fellesskap og å tilhøre en gruppe eller å ha et nært fellesskap med en person gir samhørighet. Selvfølelse kan oppleves som selvsikkerhet i form av å være trygg på seg selv og egne evner, mestre utfordringer, føle nytte og at man ikke kjenner på skyld eller skam. Uttrykket *“en grunnstemning av glede”* kan man forklare med at man ikke er avstengt fra den ytre verden, men opplever skjønnhet, innsikt og er i samspill med naturen. Man er trygg, harmonisk og føler at livet er rikt uten nedstemthet og smerte (Rustøen, 2001)

Rustøen (2001) hevder at vurderingene til Næss om hva som skal ligge under definisjonen av livskvalitet kan diskuteres, fordi det er nødvendig med litt følelsesmessige svingninger i livet for å oppleve lykke. Motsatt hevder Næss at kun fravær av uro, angst og bekymringer eller det å slippe å oppleve rastløshet, nedstemthet eller tomhetsfølelse gir god livskvalitet (Rustøen 2001).

Næss (2011) modererer seg noe i sin senere definisjon av livskvalitet, der hun sier at *«en persons livskvalitet er i høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er*

positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative»
(Næss, 2011, s. 18)

Dette betyr at livskvalitet som begrep knyttes opp mot enkelt individets subjektive opplevelse av positive følelser som glede, kjærlighet, engasjement eller en positiv vurdering som selvtillit, tilfredshet, selvrealisering. I denne definisjonen er også fravær av negative affekter som ensomhet, angst, tretthet eller negative vurderinger som misnøye, skuffelse, skyldfølelse eller meningsløshet en vesentlig del av definisjonen og pasientens subjektive opplevelse. En målsetning for mange helsearbeidere vil ofte være å lindre lidelse, men en må ikke bli så opptatt av dette at man ikke ser at pasienten kan ha store gleder til tross for store smerter eller lidelse. Det ene utelukker nødvendigvis ikke det andre (Næss, 2011).

5.1 Livskvalitet i sykepleie

Forståelsen av begrepet livskvalitet innen sykepleien har ikke et eget ståsted, men er influert av andre fagfelt som medisin, psykologi og sosiologi. Som en felles plattform er målet for sykepleiens praksis pasientens opplevelse av livet og dette rommer flere område. Sykepleie har et bredt perspektiv på begrepet livskvalitet hvor alle dimensjonene i et menneske ivaretas, hvilket er sykepleiens grunnpilar. For å ivareta en helhetlig tankegang om livskvalitet i sykepleien, ser vi det fra tre pasientperspektiv: Globale forhold ved livet, generell helse og forhold knyttet til symptomer og plager. Alle tre nivåer kan inkludere flere dimensjoner, romme ulike definisjoner og de kan påvirke hverandre (Wahl & Rokne, 2011).

Det globale forholdet ved livet kan sees som pasientens opplevelse av sin livskvalitet, som et overordnet begrep, som favner alt mot hans tilfredshet og velvære i livet som helhet. Det er pasientens opplevelse av sin egen helse som er fokuset ved generell helse, hvorvidt pasienten er fornøyd og tilfreds med sin funksjonsevne i flere dimensjoner som fysisk, psykisk og sosialt. Man kan også se at pasienten kan ha symptomer eller plager som oppleves som hemmende for hans livskvalitet. Alle tre perspektiver er viktige for sykepleien og disse kan ha interaksjoner som påvirker hverandre. Det kan være forhold ved helsen som gjør at pasientens symptomer eller problemer relatert til sykdom, gjør at han opplever sin helse som dårligere, og dermed påvirker tilfredsheten med livet (Wahl & Rokne, 2011).

Rustøen (2001) mener at Næss sin definisjon av livskvalitet også influerer sykepleien, fordi det å ha det godt eller å ha en grunnstemning av glede, går igjen i Næss' (2011) teori. En dårlig grunnstemning vil påvirke livskvaliteten til pasienten i negativ retning. Pasienten må være åpen for omgivelsene sine. Ved å tilrettelegge de fysiske omgivelsene kan pasientene stimuleres til å se at vakre omgivelser som kunst eller natur, kan påvirke sinnsstemningen. Å oppleve noe meningsfylt, ha samhørighet og selvfølelse i en vanskelig fase av livet, kan føre til at man erfarer mestring, opplever mening og er mottakelig for at livskvaliteten kan opprettholdes eller forbedres. For sykepleieren er det disse fire områdene som fremheves som spesielt viktige i møtet med den kronisk syke pasienten. Det å oppleve noe vakkert eller bli positivt berørt av andres fellesskap kan gjøre at pasienten føler en grunnstemning av glede, til tross for endret funksjonsnivå eller leveste (Rustøen, 2001).

5.2 Sykepleierelaterte tiltak som påvirker livskvalitet

Pasientens livskvalitet kan ikke alltid påvirkes av sykepleierens arbeid, men hun kan gjøre noe med visse forhold som påvirker opplevelsen av livskvalitet. For eksempel pasientens omgivelser, veiledning og informasjon til pasient og pårørende og tilgjengelighet. Det er foretatt studier i Norge om livskvalitet, med varierende resultat av funn. Til tross for dette så viser flere studier at undervisning og veiledning er sykepleietiltak som gir pasienter en opplevelse av forbedret livskvalitet. Pasientens subjektive vurdering av livskvalitet er et viktig parameter som ikke alltid blir avdekket i en tradisjonell medisinsk sammenheng. Dialogen mellom sykepleier og pasient blir svært avgjørende for å kunne hjelpe pasienten å oppleve en forbedret livskvalitet (Wahl & Rokne, 2011).

Rustøen (2001) sier at livskvalitet er et sentralt og betydningsfullt begrep i sykepleien som tilfører verdier som gir mer helhetlig sykepleie og fokuserer på enkelt individet slik at pasientens individualitet ivaretas gjennom sykepleien. Når pasienten opplever at sykdom eller døden er nært forestående vil dette ofte føre til at innholdet i de dagene man har igjen er enda viktigere. Da må sykepleieren tilrettelegge for at de dagene er av god kvalitet for pasienten.

Tretteteig og Thorsen (2011) har ønsket å studere hvordan pasienten selv har opplevd sin livskvalitet i gjennom hele sitt liv. Livsløpsperspektiv er når man kan se at det er noen livsområder som er betydningsfulle for pasientens liv, de temaene som er meningsbærende viser hva som er livskvalitet for den enkelte utviklet gjennom pasientens livshistorie. Studien

viste også at sosiale relasjoner som pårørendes rolle var svært viktig, fordi de kunne skape en forbindelse mellom tidligere opplevelser og nåtid. Dette underbygger pasientens følelse av samhörighet, sammenheng og kontinuitet. Livshistorien til den enkelte pasient er grunnlaget for dennes opplevelse av sin livskvalitet. De dimensjonene som var fremtredende var sosiale relasjoner, meningsfulle aktiviteter, minner og selvidentifikasjon. I tillegg er trygghet fremtredende ved alvorlig fase av demens. Personsentrert omsorg kan ytes når man kjenner deres livshistorie. De er unike pasienter som har ulike ressurser og personlighetstyper. Tidligere livserfaringer påvirker hvordan pasientene takler sin situasjon, sykdom og opplevelse av sammenheng. Skal man forstå livskvalitet som et helhetlig begrep, må det også sees i et livsløpsperspektiv (Tretteteig & Thorsen, 2011).

5.3 “Den gode dagen”

Helse og omsorgsdepartementet (2008) utviklet en demensplan under regjeringen Stoltenberg som skulle være retningsgivende og legge føringer for hva slags demensomsorg som er ønskelig. Denne fikk navnet «Den gode dagen» fordi man ønsket å vise at demensomsorg er noe som må individuelt tilrettelegges, både i forhold til boenheter og disses struktur, tilpassede omsorgsplaner og behov som må justeres etter den enkelte pasients sykdomsbilde og livshistorie.

Helse og omsorgsdepartementet (2008) sier at målene i tiltaksplanen er at den enkelte pasient skal oppleve livskvalitet og en meningsfull hverdag, og omgis av trygghet, selv om pasienten har sykdomsplager og nedsatt funksjonsevne. Den vanligste årsaken til innleggelse og varig opphold i sykehjem er en demensdiagnose. Mange har også funksjonstap og andre sykdommer av større og mindre alvorlighetsgrad. Regjeringen ønsker at omsorgstjenesten skal endres slik at den tilpasses denne virkeligheten. Demensplanen er utarbeidet etter Omsorgsplan 2015, som skal sørge for kvalitet og kompetanse for alle pasienter. Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006) beskriver fremtidens utfordringer i helse og omsorgssektoren slik «*Det forutsettes at demensomsorgen inngår som en del av det helhetlige omsorgstjenestetilbudet i kommunene og ikke utvikles til en særomsorg.*» Grunnlaget for dette er at det som dekkes av en god demensomsorg, vil være gode omsorgstjenester for de fleste pasienter.

6. Dyreassistert terapi

Dyr har fra langt tilbake i tid vært vesentlig i menneskets tilværelse, men å bruke dyr i et helsefremmende perspektiv er av nyere dato, sett fra evolusjonens ståsted, men gammelt nytt i moderne tid. Allerede på 1700-tallet var det en populær tankegang at barn og mentalt syke pasienter hadde godt av å ha selskap av og sosialiseres med kjæledyr. Fra 1800-tallet ble det mer vanlig å ta dyr inn i helse- og omsorgsinstitusjoner. Disse tidlige forsøkene på dyreassistert terapi, ble snart erstattet av det medisinske fremskrittet. Dyreassistert terapi ble ikke vurdert som en medisinsk prosess eller verdi, før på midten av 1960-tallet da psykoterapeuten Boris Levinson begynte å ta opp igjen tråden (Serpell, 2010).

Levinson regnes som den dyreassisterte terapiens grunnlegger. Han var sammen med etologen Konrad Lorenz og Leo Bustad (grunnlegger av Delta Society) regnet som pionerer i arbeidet med å forske på båndene mellom mennesker og dyr (Fine & Beck, 2010). Levinson var den første kliniker som brukte begrepet “dyre-terapi”, som senere er utviklet til begrepet “dyreassistert terapi”. Han brukte sin egen hund i behandlingen av sine pasienter og viste til mange tilfeller der hunden påvirket utfallet. Han ble latterliggjort av sine kollegaer, men han fortsatte sin forskning og publisering av sine studier gjennom hele livet. Fra det første studiet i 1968 og frem til midten av 1980-tallet var det i hovedsak forskning på barn, da primært skoleungdom og deres relasjon til dyr og sammenhengen med resultater i skolen. I 1980 kom det første spesialiserte dyreassistert terapiprogrammet, (for high school drop-outs) etablert utenfor New York i USA (Mallon, Ross, Klee & Ross, 2010).

Delta Society er den første og største av organisasjonene som har ansvar for å sertifisere terapidyrene i USA og definerer dyreassistert terapi som *“en målrettet intervensjon hvor et dyr som oppfyller spesifiserte krav er en integrert del av en behandlende prosess.*

Dyreassistert terapi er styrt og/ eller ledet av en profesjonell helsearbeider som har spesialisert ekspertise, og innenfor sitt spekter av erfaring i sin profesjon. Nøkkelvordier inkluderer: Spesifiserte mål og målsetninger; og målt utvikling” (Kruger & Serpell, 2010, s. 34. Min oversetting fra engelsk til norsk)

Dyreassisterte intervensjoner er samlebetegnelsen på alle intervensjoner som pågår mellom mennesker og dyr, enten det er i terapeutisk øyemed eller for å skape aktiviteter. Intervensjon kan forstås som en inngripende eller samhandlende interaksjon. Interaksjon skal forstås som

den gjensidige påvirkningen to individer har på hverandre og deres kommunikasjon både verbalt og non-verbalt. Dyreassistert terapi blir tilrettelagt og veiledet av helsefagpersonell med praktisk erfaring innen sitt fagfelt. Hovedformålet med dyreassistert terapi er at det skal være spesifiserte mål, og at det skal tilrettelegges for hvert individ. Progresjonen skal dokumenteres og vurderes opp mot målkriteriene (Kruger & Serpell, 2010).

Til tross for at dyreassistert terapi har vært brukt mest for og har lengst historie med de mentalt syke, kronisk og langvarig syke, barn og ungdom så ser man at det finnes noe forskning og bruk av intervensjoner blant eldre pasienter. De (eldre pasientene) har blitt tilgodesett med dyreassistert terapi kun de to- tre siste tiår. Heldigvis skjer det en utvikling også på dette området (Baun & Johnson, 2010).

6.1 Bruk av terapihund

En terapihund skal inneha kvaliteter som rolig, vennligsinnet, godt oppdratt, like samhandling med mennesker og den skal være miljøsterk og tåle belastninger den utsettes for. Hunden skal utøve en virksomhet som sammen med eieren utgjør en ekvipasje (Fredrickson-MacNamara & Butler, 2010). Braastad, Myhren og Kvaal (2011) sier at hunden som skal brukes i terapi skal være kontrollerbar, pålitelig og forutsigbar. De hevder at det å ha besøk av en terapihund i sykehjem kan skape en god atmosfære og lage en mer hjemlig stemning i et ellers institusjonalisert miljø.

Helsedirektoratet (2011) ga i samarbeid med Antrozoologisenteret ut en brosjyre med anbefalinger om bruk av hund og dyreassisterte intervensjoner på institusjon. Denne brosjyren er både en veileder i praktisk bruk av terapihund for terapeuten og en introduksjon for den institusjonen som vurderer å tilby dyreassisterte intervensjoner. I brosjyren er det noen klare føringer for gjennomføring av dyreassistert terapi. Terapihunden skal være mentalt testet og funnet egnet til oppgaven. Hunden skal godkjennes både av etolog og veterinær. Hunden skal være godkjent med en prøve innenfor det fagfeltet hunden skal jobbe i. En intervensjon skal alltid være tidsbegrenset, dokumentert og evaluert. Brukeren skal være i fokus og man benytter sin fagkompetanse og ser hundens kvaliteter. Når en skal bruke terapihund i en gruppe eller for enkelt brukere, så er det visse føringer som ligger til grunn. Den helsefaglige kompetansen skal innehas av den som leder intervensjonen. Denne skal ha sin profesjon som grunnpilar. I tillegg skal vedkommende være utdannet innen dyreassisterte intervensjoner på

universitetsnivå. Terapeutens oppgave er å utvikle, gjenopprette eller vedlikeholde den enkelte pasients funksjonsevne, med utgangspunkt i å skape en forutsetning for å opprettholde eller forbedre helse og livskvalitet. Terapeuten kan benytte dyreassistert intervensjon direkte som behandling eller indirekte for å skape en arena for mestring og økt selvfølelse. Intervensjonen kan rettes mot individer, grupper eller miljøer (Helsedirektoratet, 2011).

Et av målene i dyreassistert terapi er at pasientens selvpersepsjon skal forsterkes i en positiv retning og negative tanker skal snus, til å bli bedre selvtilit, bedre selvopplevelse og egen adferd endret i enkelte situasjoner. En persons selvopplevelse er ikke bare hvordan pasienten ser seg selv, men også hvilke ressurser pasienten tror han kan være i besittelse av (Kruger & Serpell, 2010).

Terapihund har de siste årene blitt anerkjent som en behandlingsform på lik linje med dans, musikk og sansestimuli. Det som er verdt å merke seg er at den største forskjellen ved bruk av dyreassisterte intervensjoner er at man har et «verktøy» med puls og pust som interagerer med pasientene. Dette er et viktig element fordi der man introduserer dyr i et helseperspektiv vil det være noen praktiske utfordringer som man må ta tak i og løse (Mallon, Ross, Klee & Ross, 2010). Det kommer jeg tilbake til i kapittel 7.

Forskning har vist at det å samhandle med et vennligsinnet dyr, som ikke nødvendigvis er ens eget kjæledyr, gir dempende følelse, nedsatt stress og fysiologisk effekt som senket blodtrykk. Dette skjer faktisk i større grad enn ved samhandling med andre mennesker. Det er gjort studier som viser at for at man skal oppnå disse effektene så må man ha et positivt forhold til dyret og arten i forkant og at dyret ikke må være en økende stress faktor (Friedman, Soon & Tsa, 2010).

7. Hvordan kan bruk av terapihund gi økt livskvalitet til pasienter med demens i sykehjem?

Så langt har jeg presentert det teoretiske underlaget for denne oppgaven. Nå vil jeg drøfte hvordan man kan bruke dyreassisterte intervensjoner med terapihund for å øke livskvaliteten til pasienter med demens i sykehjem. Dette er en gruppe pasienter som ofte er veldig passive og inaktive, de kan ha depressive symptomer og graden av funksjonssvikt påvirker livskvaliteten (Barca, Engedal, Mjørud & Ytrehus, 2011). Hvis man ser på Siri Næss' definisjon av livskvalitet hvor hun fremhever at livskvalitet innebærer at man er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse og en grunnstemning av glede (Rustøen, 2001) så må det være rom for å spørre om det faktisk er slik for sykehjemspasienten som har demens. Jeg vil diskutere hvilke fordeler og ulemper det kan være for denne pasientgruppen å motta dyreassistert intervensjon. Jeg vil også se på hvorfor dette er relevant for god sykepleie.

Catharina Nord (2011) er svensk dosent ved Linköpings universitet og har skrevet et essay om Joker, en terapihund- eller vårdhund som det heter i Sverige. Direkte oversatt blir det omsorgshund. Hun skriver om samspillet mellom mennesker med demens og vårdhunden, og hvordan hverdagen for pasienten med demens kan endre seg når vårdhunden kommer. Pasienter med aggressiv adferd, som tidligere ikke ønsket å stå opp, kan få en ny mening og et ønske om å komme seg ut av sengen. Pasientene kan gjennom lek med hunden, være i aktivitet på en måte som ikke hadde vært naturlig om hunden ikke var tilstede. De kaster en ball i en boks, og om pasientene ikke treffer, henter hunden ballen og legger den på plass. Noen ganger blir Joker litt rampete og finner på nye regler i leken, som gir pasientene en god latter og noe å snakke om. Mange pasienter med demens har mistet språket sitt. Når språket er borte mister man også deler av sin identitet, noe som kan gjøre det vanskelig for pårørende å gjenkjenne sine kjære. En hund forstår det universelle språket, kroppsspråket, kanskje bedre enn noen andre. Ved å la pasientene delta i leken med Joker vil de trene motoriske evner som man kanskje trodde var forsvunnet, og man kan snakke litt om det som har skjedd for å holde på følelsen litt lengre, om man ikke husker hendelsen. Joker skaper en glede, en mulighet til å holde på normaliteten og en evne til å leve litt i nuet uten å kjenne på sin egen utilstrekkelighet.

Joker henter frem det vi forbinder med livskvalitet, slik Næss (2011) har uttrykt det. Pasientene har det godt både fordi lille Joker underholder dem med sine sprell, men også fordi

de føler en samhørighet i gruppa. Dette er noe de opplever sammen, de snakker sammen og har en interaksjon med hverandre. De er aktive, de beveger seg, kaster ball. Hver gang de treffer boksen opplever de mestring både fra å kunne følge instruksjon, men også ved at kroppen lystre fortsatt. Dette gir en god selvfølelse. En grunnstemning av glede skapes ved at man har det godt, om så bare for noen øyeblikk, så lenge øyeblikket er mer verdifullt enn lidelsen.

7.1 Sykepleierens rolle

Allerede i 1860-årene hevdet Florence Nightingale i *Håndbok i sykepleie- hva det er og hva det ikke er* (2003), at den syke kunne ha godt av å ha selskap av et lite dyr, som en hund. Det har opp gjennom årene variert med bruken av dyr i terapeutisk øyemed, men det er nå i den moderne tid blitt mer populært. Det har blitt forsket mer på det de siste årene, og man har lagt opp til gode undervisningsmetoder for bruk av dyreassisterte intervensjoner. Det er nå ikke lenger slik at en helsearbeider tar med sin hund på jobb fordi det skaper glede, men nå er helsearbeideren og hunden universitetsutdannet, hunden er mentaltestet og godkjent for oppgaven og arbeidsgiver har laget rutiner for hvordan intervensjonene skal gjennomføres og hvem som har ansvaret for hva og når.

For å minne om hvordan pasienten har det, så er han en pasient som kan ha utfordringer i forhold til afasi, apraksi, på grunn av sine kommunikasjonsproblemer kan han oppleve at han er isolert fra omgivelsene. Han er avhengig av hjelp fra andre, noe som kan knyttes til lav selvfølelse og han kan være følelsesmessig labil og irritert. Da bør sykepleierens intensjon være at sykepleien ved hjelp av terapihunden kan gi pasienten et endret perspektiv. Tretteteig og Thorsen (2011) bekrefter at pasienter med demenssykdom som flyttes fra sitt hjem til sykehjem eller omsorgsbolig vil kunne oppleve dette som svært utfordrende. Det er viktig å opprettholde opplevelsen av sammenheng for pasienten i denne prosessen. Det at pasienten føler seg hjemme gir trygghet, trivsel og livskvalitet. Dette skaper sosiale relasjoner til øvrige beboere. Aktiviteter som skaper en hjemlig stemning er vesentlig for pasientenes opplevelse av livskvalitet, da dette forsterker opplevelsen av sammenheng med sitt tidligere liv.

Den statlige helsemeldingen (2008) sier at pasienter med demens skal ha gode boløsninger også i sykehjem, de skal ha adekvat medisinsk tilsyn, de skal ha trygghet, omsorg, kontinuitet, en verdig alderdom som gir mening i hverdagen og ikke minst en god livskvalitet (Helse og

omsorgsdepartementet, 2008). Slik jeg oppfatter Statens helsemelding sett fra Høgskolen i Hedmark (2012) sin målsetning så er det et statlig pålegg om å gi pasienten med demensdiagnose i sykehjem en best mulig hverdag med god livskvalitet, mestring og meningsfullhet.

Høgskolen i Hedmark (2011) har som målsetning for studiet at alle sykepleiere utdannet her, skal ha god kompetanse, ferdigheter, kunnskap og utøve sykepleiefaget i henhold til de etiske retningslinjene. Sykepleiefaget er omfattende, fordi det krever at man har bredde i kunnskap, må utvise faglig skjønn og fleksibilitet. Den enkelte pasient skal alltid ses som et unikt individ av sykepleieren. Sykepleieren skal ha kunnskap og ferdigheter om forebyggende helsearbeid, undervisning og veiledning av pasienter så vel som pårørende og kollegaer. Hun skal også holde seg oppdatert om forskning, fagutvikling og kvalitetssikring. Sykepleieren skal ha kunnskap om juridiske rammer for yrket og helsepolitiske prioriteringer. Hun må forholde seg til pleie og omsorg til den syke, ut ifra den sykes ståsted og ut ifra sin kompetanse på sykdommenes årsak, prognoser, behandling og diagnostikk, i tillegg til den sykes pårørende, og omgivelser (HIHM, 2011).

Matuszec (2010) skriver i sin artikkel om dyreassisterte terapeutiske intervensjoner i forskjellige pasientgrupper at det ligger i sykepleierens natur å tilstrebe en heling av pasienten og sett fra en holistisk tankegang er kroppen en enhet som ikke kan behandles som separate deler. Travelbee (2007) sier at sykepleieren skal tilstrebe å være en endringsagent for pasientens beste. Hun skal ved å bruke seg selv terapeutisk og med en disiplinert tilnærming sørge for at pasienten får optimal behandling, øker sine mestringsevner og får erfaringer av sin sykdom, som gjør at pasienten kommer ut best mulig i forhold til seg selv.

Sykepleiernes etiske retningslinjer sier noe om hva som forventes av oss i en arbeidssituasjon. Vi skal fremme helse. De to forskningsartiklene av Matutzec og Scheibeck, Pallauf, Stellwag og Seeberger, sier at det å la eldre pasienter omgås hunder fremmer helsen. Baun og Johnson (2010) viser til bedre hjertefrekvens, lavere kortisolutskillelse, mer fysisk aktivitet og mindre depresjoner og ensomhetsfølelse blant de pasientene som opplever terapihunder. Det er helsefremmende tiltak, mener jeg.

Vi skal i henhold til de etiske retningslinjene forebygge sykdom. Dette kan slik jeg ser det forstås som at sykepleieren aktivt skal gå inn for at pasienten selv gjør endringer i sitt liv for å unngå sykdom. Dette er helt i Travelbee (2007) sin tanke, hvor man som endringsagent skal gi

helsefremmende undervisning hvor pasienten får opplæring i å ivareta seg selv. Slik jeg ser det så argumenterer Travelbee (2007) for at alt som kommer pasienten til nytte, skal pasienten kunne utnytte og få ressurser av og ikke minst bruke til sin tilhelingsfordel.

Dette vil si at vår pasient «Harry» skulle i teorien få et tilbud om besøk av terapihund ukentlig, inntil tre ganger i uken har en optimal effekt. «Harry» kunne ved å ha besøk av terapihunden jevnlig, få en bedre helse både fysisk og mentalt. Han ville ikke lengre være sosialt isolert, men terapihundføreren som i dette tilfellet er sykepleier, ville kunne lage en tidsbegrenset, individuelt tilpasset plan for «Harry» hvor han skulle fått forutsetning for fysisk aktivitet, sosial samhørighet, selvfølelse og en grunnstemning av glede.

7.2 Aktiv- Fysiske helsegevinster ved bruk av terapihund

Ved å skape aktivitet, så vil man forebygge sykdom og tidlig død (Friedman, Son & Tsai, 2010). Helsefremmende undervisning som Travelbee (2007) viser til, vil være å bruke hunden som virkemiddel for å skape motivasjon, mestring og ønske om endring hos pasienten selv. Friedman, Son & Tsai (2010) hevder det er bevist gjennom ulike studier, at bruk av terapihund har potensiale til å forbedre helse, fysisk kondisjon og funksjonsevne. Det å opprettholde fysisk aktivitet har vist seg å være en av de faktorene som beskytter mot sykdom og uventet død i alderdommen. Å gå tur med hund gir en aktivitetsøkning, som ofte er basert på motivasjonen av hundens naturlige behov. Det kan i noen tilfeller undertrykke brukerens eget ønske. De som deltok i studien, sier også at vennskapet til hunden og det sosiale aspektet økte motivasjonen for bevegelse. Den medisinske fordelene er at brukeren også får en bedre kardiovaskulær effekt med hund, sammenlignet med det å gå alene. Å mosjonere en hund gir altså helsemessige fordeler for hjertet, i tillegg til den sosiale tilhørigheten og vennskapet med hunden (Friedman, Son & Tsai, 2010).

Min erfaring er at mange sykehjemspasienter er svært dårlige, de er ikke alltid i stand til å gå, langt mindre mosjonere en hund. Men flere studier hevder at bare det å ha en kontakt, en samhandling og en interaksjon med hunden vil gi helsemessige fordeler.

Kliniske undersøkelser har fra tidlige tider vist at blodtrykket synker når mennesker interagerer med dyr, men den senere tiden har også forskning vist at kortisol nivået synker. Kortisol er et hormon som utskilles ved stress. De som har mest reduksjon i kortisol nivået er

de som har fysisk nærhet med sitt eget kjæledyr. De som har kontakt med et fremmed, men vennligsinnet kjæledyr har litt mindre reduksjon av kortisol, men allikevel en signifikant endring. Man har også funnet at økt kortisolnivå har sammenheng med hukommelsestap. Det er også en faktor i det vi kan kalle kronisk stress, som over tid kan gi negativ effekt på fysiske og kognitive evner hos eldre. En måte å redusere kronisk stress på, er kontakt med kjæledyr. Flere forskere har også sett at det å eie et dyr eller ha jevnlig kontakt med dyr er en signifikant markør for Eldres livskvalitet (Baun & Johnson 2010).

Scheibeck, Pallauf, Stellwag og Seeberger (2011) viser at de pasientene som har hund eller er sammen med hunder på jevnlig basis, får bedre fysisk helse og de beveger seg mer. I gjennomsnitt beveger de seg daglig 1500 meter mer enn ikke-hundeeiere i samme aldersgruppe. Flere forskere har ved å studere grupper av eldre hundeeiere funnet ut at disse har økt aktivitetsnivå fordi de går lengre turer og i raskere tempo enn ikke-hundeeiere i samme aldersgruppe (Scheibeck, Pallauf, Stellwag & Seeberger, 2011). Hundeeiere hadde lavere kolesterol og triglyseridnivå enn kontrollgruppa. Det viste seg at de som gikk med hund hadde en bedre buffer mot stress og hadde en bedre hjerterytme enn de uten hund. Man kan derfor trekke en parallell mellom det å ha hund eller gå tur med hund, og det å forebygge kronisk sykdom og for tidlig død (Baun & Johnson 2010).

Her er det vist at det har fysiske fordeler å omgås hund og det har innvirkning på både hukommelse, stress, hjerterefrekvens og generell aktivitet. Men vil dette bidra til økt livskvalitet?

7.3 Samhørighet

Alva satt helt stille inntil ham og så ut som om hun likte han. "Harry" ville ikke at hunden skulle gå, bare sitte nært inntil han, det var som om noe inni ham brast og begynte å renne, først som en liten klukkende vårbekk, men snart rant det i strie strømmer. Ut kom ordene som hadde sittet fast så lenge.

Rustøen (2001) viser til Næss' definisjon av livskvalitet hvor samhørighet er et av punktene. Denne samhørigheten betyr at man skal være en del av et fellesskap, en gruppe, ha en person som står seg nær. Mange pasienter med demens har ikke lenger dette fellesskapet. De har ofte mistet sin livspartner, og de har ofte lite eller ingen kontakt med øvrig familie. Men i tilfellet

med vårddunden Joker, så opplevde de en samhørighet med gruppa, med avdelingen sin. De opplevde en samhørighet og et fellesskap på bakgrunn av en felles opplevelse med vårddunden. Jeg antar at det fellesskapet som oppstår fordi man i den stunden har noe å samles over, skaper en større samhørighet i gruppen også når Joker ikke er der. Det å tilhøre noe eller noen er en stor del av vår identitet. Hos eldre sykehjemsbeboere med Alzheimer har det vist seg at dyreassistert terapi gir økt samhandling både mellom beboerne og de ansatte (Baun & Johnson 2010).

Matuszecz (2010) viser til at de pasientene som har sosial omgang med terapihunder får bedre mental helse, de får mer sosial omgang med de andre pasientene på sykehjemmet og de blir i godt humør. Baun og Johnson (2010) har studert interaksjonen mellom menneske og dyr i alderdommen. De viser at interaksjoner mellom dyr og mennesker har både fysiologisk og psykososial effekt. Det er en kjensgjerning at mennesker i I-land lever lengre og har bedre helse enn tidligere generasjoner. Dette betyr at mange eldre lever store deler av livet alene og kanskje i ensomhet. De kan ha mistet ektefelle, venner, familiemedlemmer og det sosiale nettverket av flere årsaker- ofte på grunn av sine høye alder. Et dyr kan ikke erstatte familiemedlemmer og andre mennesker, men det kan øke fysisk aktivitet, redusere ensomhet, redusere psykisk stress og ikke minst øke psykososial status. I tillegg har interaksjoner mellom mennesker og dyr forbedret livet til eldre med kognitiv svikt og for de med andre utfordringer som bor i sykehjem (Baun & Johnson, 2010).

Tretteteig og Thorsen (2011) viser til at begrepet hjem er noe som følger en person gjennom hele hans liv. Det er i direkte og overført betydning en gjentakende struktur som skaper trygghet, kontroll og forutsigbarhet. Det er der man har samvær med andre og identifiserer seg selv. Den samhørigheten som skapes i hjemmet kan være vanskelig å overføre i en sykehjemsavdeling, om ikke de ansatte er bevisst på dette.

7.4 Selvfølelse

Selvfølelse er et begrep som henger sammen med mestring. Antonovsky er en av de som har skrevet teorier om dette, hans begrep "opplevelse av sammenheng" er kjent for de fleste sykepleiere (Næss, 2011). Det er slik jeg ser det, veldig i tråd med Rustøen (2001) som sier at selvfølelse er knyttet til det å føle seg vel som menneske, følelsen av å være til nytte, forståelse av sine omgivelser og fravær av skyld eller skam. Jo mindre skyld og skam man

føler, jo bedre vil livskvaliteten være (Rustøen, 2001). Å diagnostiseres med en demensdiagnose skaper dramatiske endringer i en persons liv og selvilde. For å forstå hvordan man kan håndtere personlige kriser, er det viktig å finne mestringsstrategier som kan gi pasienten mening. Hvis han føler opplevelse av sammenheng, innebærer dette at han kan føle forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. For pasienter med demens vil evnen til å forstå og håndtere sin nye situasjon være begrenset, men man må gripe fatt i det som gir mening, engasjement og glede (Tretteteig & Thorsen, 2011).

Å bruke hund i terapeutisk sammenheng kan bidra til at pasienten opplever mestring, økt selvtillit, bedre kognitive evner og økt sosial forståelse (Kruger & Serpell, 2010). De samme funnene understøttes av Scheibeck, Pallauf, Stellwag og Seeberger (2011), i denne studien så kommer det klart frem at de eldre hundeeierne (som de har fokusert på) fikk mening i livet og økt livskvalitet fordi de hadde noen de viste omsorg til. De hadde en mening med sin hverdag, til tross for at de kanskje hadde nedsatt helse i utgangspunktet eller var ensomme fordi partneren var falt fra. Men det å måtte utøve omsorg for et annet levende vesen som å gi mat eller gå på tur, ga de eldre pasientene en forhøyet livskvalitet og bedre helse.

Baun og Johnson (2010) viser til relatert forskning på eldre og bruk av terapihund, som ikke bare gir økte fysiske fordeler, men også psykiske. De har sett at eldre kvinner med kjæledyr evaluerer seg selv som lykkeligere enn de uten kjæledyr. De gir økt psykososial status som igjen fører til økt selvfølelse og mestring. De som har tilgang til kjæledyr eller terapihund viser færre tilfeller av klinisk depresjon og lavere grad av depresjon enn kontrollgruppen, både i sykehjem, sykehus og i eget hjem.

7.5 Grunnstemning av glede

Han snakket med hunden, fortalte henne hvor vakker og god hun var, hvor glad han var i henne, hvor glad han var for at hun kom til han. Han holdt godt rundt henne og fortalte hunden om hvor godt det var å kjenne varmen fra en annen helt tett inntil seg. Han brydde seg ikke om rekkefølgen på ordene ble feil, for hunden bare så på ham med de varme brune øynene og logret forsiktig med halen. Han var varm inni seg og han følte seg sterk. "Kom snart igjen, Alva" hvisket han inn i den lange myke pelsen....»

“Harry” sitt møte med Alva synes jeg beskriver hvordan man kan oppleve grunnstemning av glede. Han kjente på det å ha det godt, vise omsorg, motta ubetinget kjærlighet og varme.

“Harry” følte seg bra og følte seg glad. Men dette var en interaksjon mellom to individer, så jeg antar at hunden også hadde en opplevelse av velvære. Hennes livskvalitet ble også ivaretatt.

Det å bruke hund terapeutisk er etter min erfaring en situasjon som gjør arbeidsdagen full av glede. De ansatte lar seg glede, både over å kunne møte hunden i seg selv, men også over pasientens engasjement. Matuszec (2010) viser fordelene ved at de pasientene som er såpass dårlige at de ikke orker å delta i fellesskapet eller i aktiviteter ved sykehjemmet, kan ha god effekt ved besøk av terapihund på sitt rom. De må ikke være oppegående for å kunne ha glede av terapihundens besøk, det kan gjøres om pasienten er sengeliggende. Min opplevelse av det å la en pasient med demens som har vært sengeliggende og nedstemt få møte terapihunden, var fylt med glede. Det å la hunden komme opp i sengen og ligge tett inntil, bare gi av seg selv, oppleves som meget berikende for terapeuten, og de ansatte som ser gleden hos pasienten, pasientens egen opplevelse av sammenheng og lykke. Hunden kan brukes direkte som et verktøy til motivasjon, fordi pasienten ønsker å samhandle med hunden, eller indirekte hvor pasienten opplever en grunnstemning av glede bare ved samvær.

I historien om Joker, så er det pasientenes grunnstemning av glede som kommer til uttrykk. Hvordan de ler og koser seg sammen med vårddhunden. Hvordan Joker påvirker deres hverdag til å bli fylt med latter, glede og samhørighet. Joker knytter pasientene sammen i et fellesskap som er basert på momenter av livskvalitet.

I 2002 ble det foretatt en undersøkelse av Banks & Banks som konkluderte med at langtids beboere i sykehjem som mottok dyreassistert terapi, følte mindre ensomhet enn de som ikke fikk tilbudet (Baun & Johnson 2010). Matuszec (2010) hevder i sin artikkel at terapihunder som besøker eldre i sykehjem skaper glede, godt humør og en gladere tilværelse for pasientene. De har også vist å ha en bedring på klinisk helse, ved at forekomsten av depresjon falt noe i sykehjemmene som hadde dyreassistert terapi, kontra de som ikke hadde det.

Som sykepleier ser jeg at vi kan ha mange verktøy som er gode å bruke i en prosess.

Terapihund er et av de verktøyene som kan være hensiktsmessige og gode å bruke når vi skal jobbe med pasienter med demens diagnose i sykehjem. Engström og Nordgren (2012) hevder at bruk av terapihund gir lavere støynivå i avdelingen, og det er mer smil og latter blant

beboerne i sykehjemmet når de har en hund til stede. Agitasjonsnivået synker, blodtrykket synker og beboerne virker mer harmoniske. Dette samsvarer også med de erfaringene og beskrivelsene Nord (2012) viser til med terapihunden Joker. Engström og Nordgren (2012) har sett at det ved bruk av terapihund er mulig å jobbe med å forbedre pasientens balanse, minske fallrisiko og gi økt fysisk aktivitet. Ved å la pasienten børste hunden trener de også opp mestringsfølelse og finmotorikk. De kom til konklusjonen at bruk av godkjent terapihund, gir økt aktivitet og mobilitet, forbedret kognitive evner og nedsatte utfalls tendenser. I tillegg kommer økt livskvalitet, gladere humør, bedre sosiale interaksjoner, økt samarbeid med personalet og forbedring av nivået på aktiviteter i dagliglivet, i den perioden pasienten hadde ukentlige interaksjoner med terapihunden. De samme funnene har undersøkelsen om forholdene rundt og effekten ved bruk av terapihunder i norske sykehjem konkludert med (Myren, Kvaal & Braastad, 2011).

7.6 Ulemper ved bruk av terapihund

Det som kan være den største ulempen ved bruk av terapihund og dyreassisterte intervensjoner er redsel for hunder. Både generelt og spesielt. Enkelte pasienter eller ansatte kan ha redsel for den ene hunden spesielt, som størrelse, farge, rase, assosiasjoner eller erfaringer eller det kan være en generell redsel for hund. Det kan være andre årsaker som religiøse begrensninger, astma/allergi. Det er mange hensyn å ta, og de skal etterfølges. Det er derfor viktig at man følger de forskrifter og veiledninger som gjelder både internt og de eksterne gitt av Helsedirektoratet, i tillegg til at man tar generelt hensyn. Noen pasienter er redd hunder, noen har ikke en kultur for å ha hund som kjæledyr og noen er ikke vant med dyr. For disse pasientene så vil selvfølgelig ikke dyreassistert terapi være første valget og det er jo ikke nødvendig så lenge pasienten klarer å uttrykke et ønske. Ranhoff (2008) presiserer at pasienten som ikke uttrykker språklige ønsker eller behov, har ofte non-verbalt språk som vi kan oppfatte allikevel, som kroppsspråk, ansiktsmimikk og lyder som kan tolkes. Det er viktig at pasientens behov og ønsker blir respektert.

Det som også er viktig er at terapihundens velferd blir ivaretatt. Den skal passes på slik at den ikke utsettes for situasjoner den ikke takler. Hundeføreren (terapeuten) er ansvarlig for at hunden ikke overbelastes hverken mentalt eller fysisk. Hunden skal ha nok pauser, tilgang på vann og den skal følges opp av veterinær ved sykdom eller skade. For øvrig gjelder lov om

dyrevelferd uavhengig om hunden er i arbeid eller på “fritiden”. Hunden skal også være tydelig merket med arbeidstegn som informerer om at den er terapihund i arbeid (Helsedirektoratet, 2011).

Engström og Nordgren (2012) hevder at det er nødvendig med mer evidens basert forskning med reelle kontrollgrupper for å kunne validere bruk av terapihund som en akseptert ikke-medikamentell behandlingsform. Amerikanerne Mallon, Ross, Klee & Ross (2010) hevder derimot at dette allerede er en akseptert behandlingsform, noe som kan tyde på at det er forskjellige erfaringer og holdninger i det skandinaviske helsearbeidet kontra andre land.

Det er to hensyn som er viktig å ivareta. Det ene er zoonoser altså mulig smitte av sykdom mellom mennesker og dyr. Dette er ikke et stort problem i Norge, men ved å følge det vanlige vaksinasjonsprogrammet for hunder har man eliminert mesteparten av risikoen. Når terapihunden i tillegg parasittbehandles rutinemessig er risikoen meget lav (Helsedirektoratet, 2011) Det andre man skal vurdere er skaderisikoen. Dyr vil alltid kunne ha et skadepotensiale, spesielt ovenfor eldre vergeløse personer. Det er derfor viktig at man har noen rutiner på hvordan dette skal følges opp og rapporteres. Dette er etter min oppfatning meget lite utbredt, men skal være vurdert.

7.7 Praktisk tilrettelegging

Man ser at det er mer hensiktsmessig med besøkshunder og terapihunder som kommer til brukeren, enn dyr som bor fast på institusjon. Dette både av hensynet til dyrevelferden og fordi forskning viser at det ikke nødvendigvis er slik at økt frekvens med dyreassisterte intervensjoner gir bedre resultat, tre dager i uka gir større effekt enn hver dag (Baun & Johnson, 2010).

Det er noen praktiske problemer som må løses ved bruk av terapihund. Man bør ha et eget egnet rom å være på, slik at det ikke blir en belastning for øvrige pasienter eller personalet i sykehjemmet, både med tanke på allergier og redsler. Det er viktig at pasientens hygiene blir ivaretatt med både håndvask og klesrulle for å fjerne eventuelle hår etter intervensjonen. Det kan være en fordel om man bruker pledd eller håndklær for å beskytte klær sengetøy og møbler for allergener. Ved å gjøre dette følger sykepleieren Helsedirektoratet (2011) sin veileder for bruk av terapihund på institusjon. Disse veiledende rådene er godkjent av Norges

Astma og Allergiforbund. I Norge så er det Norges Miljø og Biotekniske Universitet som har ansvaret for å teoretisk utdanne terapihundførere. Terapihundene utvelges, mentaltestes og gjennomføringen av godkjenningssprøver utføres av Antrozooologisenteret. De har også ansvaret for at terapihundførere får den praktiske opplæringen som er nødvendig. En hund blir sertifisert sammen med sin hundefører, de utgjør en kvalitetssikret ekvipasje som det utstedes et godkjenningsbevis på.

Som en praktisk erfaring jeg selv har opplevd, så er det en stor fordel om sykepleieren er i en dialog med renholdspersonalet, slik at de ikke opplever terapihundens tilstedeværelse som en merbelastning av sin arbeidsmengde. Dette kan enkelt forebygges, ved at sykepleieren mopper rommet etter bruk, slik at det er fritt for hundehår til neste besøk. Normal folkeskikk og høflighet ved bruk av terapihund, gjelder som ved all annen interaksjon mellom hunder og mennesker. Hunden skal ikke hilse på pasienten uten at pasienten har ytret ønske om det. Hunden skal ikke hoppe på pasienten eller ha brå bevegelser.

8. Konklusjon

Jeg har i denne oppgaven ønsket å fremme en type sykepleie som kanskje er utradisjonell, men som jeg mener ivaretar og viderefører tradisjonene om sykepleie, kompetansen vi har som sykepleiere, yrkesstoltheten vi bærer og integriteten i møtet med pasienten. Vi har et fellesskap på mange plan, som i størst mulig grad skal tilføre pasientene en god opplevelse av mestring og mening i sitt eget liv.

Jeg har slik jeg ser det besvart hvordan man kan bruke dyreassisterte intervensjoner som terapihund for at pasienter med demens skal oppleve økt livskvalitet. Jeg har fokusert på de faktorene som gjør at man opplever livskvalitet. Jeg har gitt en god begrunnelse på hvorfor dette er sykepleie til pasienter med demens. Jeg har fremmet teori som understøtter mine synspunkter. I tillegg har jeg omtalt det jeg mener er ulemper ved dette, men vist til praktiske løsninger for å kunne gjennomføre dyreassistert terapi til de som det egner seg for.

Jeg har sett på hvordan bruken av dyreassisterte intervensjoner foregår i både Norge, Sverige og USA. Jeg antar at det er noen likheter i de Skandinaviske landene og deres helseprofil når det gjelder bruk av dyreassisterte intervensjoner. Mitt ønske for fremtiden er at vi kan få et skandinavisk samarbeid hvor man kan utveksle erfaringer og forskning med terapihund i demensomsorgen.

Forskningen jeg har funnet i artikler og i litteraturen er ganske tydelig på at det å omgås kjæledyr, da spesielt hund, øker livskvaliteten til pasientene fordi de har omsorg for og omgang med dyr. Hvis man trekker en parallell til Næss (2011) sine tanker om livskvalitet, så sier hun at det ikke er fravær av lidelse eller smerte som definerer livskvaliteten, men muligheten til glede og velvære. Når disse pasientene selv gir uttrykk for sin velvære og glede i samhandling med en hund så kan man anta at det er et bidrag til å øke deres livskvalitet.

For sykehjemspasienten med demens er det viktig med forebyggende tiltak, og et godt samarbeid med alle behandlende instanser. Det kreves at sykepleieren sørger for at pasientens autonomi respekteres, og at det etiske perspektivet i forhold til behandlingsnivå og behandlingsintensitet til pasienten ivaretas (Ranhoff, 2008). For «Harry» så betyr dette i praksis at han burde bodd på en sykehjemsavdeling på bakkenivå, med tilgang til tilpassede utearealer. «Harry» skulle hatt en individuell plan som var tilpasset hans sykdomsbilde, slik at de ulike tjenesteyterne sørget for at hans livskvalitet ble best mulig ivaretatt. «Harry» sin

demens kan være en sosialt hemmende faktor for ham i sykehjemsavdelingen, men ved jevnlig bruk av terapihund kan man se om effekten av hundens tilstedeværelse og gjennomførte aktiviteter, har ført til økt samhandling med personalet og beboere, man kunne målt mestringsevnene og om det språklige nivået ble opprettholdt. Det er alltid viktig at intervensjonen evalueres og utvikles. Ved å implementere terapihund som en del av de ukentlige aktivitetene, mener jeg at pasientgruppa ville øke sitt aktivitetsnivå og integreres i større grad i sykehjemsavdelingen.

Vi kan ha ulike miljøtiltak som gir pasientene en god hverdag med mestring og mening. Sykepleiere kan og skal gi livsglede, livsmot og ikke minst trøst, støtte og nærhet. Med en terapihund ved siden av oss, så kan vi gi pasienten en enda bedre opplevelse av livskvalitet. Dette er ikke ment som et alternativ til noe, men som et supplement, et tillegg til, for å bli enda bedre. For pasienter med en demens diagnose som lever i sykehjem, så ønsker jeg at vi skal kunne gi de best mulig opplevelse av livet, også i et livsløpsperspektiv.

“Harry” var heldig, han møtte Alva og de skapte noen gode øyeblikk. Jeg var heldig- jeg møtte “Harry” og fikk oppleve de gode øyeblikkene.

Dette er sykepleie, dette er min vei.

Litteraturliste

- *Baun, M. & Johnson, R. (2010). Human/animal interaction and successful aging. I A. H. Fine (Red.), *Handbook on animal-assisted therapy - theoretical foundations and guidelines for practices* (3. utg., s. 283-299). London: Academic Press.
- Berentsen, V. D. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - god omsorg til den gamle pasienten* (s. 350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Fine, A.H & Beck, A. Understanding our kinship with animals: input for health care professionals interested in the human/animal bond. I A. H. Fine (Red.), *Handbook on animal-assisted therapy - theoretical foundations and guidelines for practices* (3. utg., s. 3-16). London: Academic Press.
- *Fredrickson-MacNamara, M. & Butler, K. (2010). Animal selection procedures in animal-assisted interaction programs. I A. H. Fine (Red.), *Handbook on animal-assisted therapy - theoretical foundations and guidelines for practices* (3. utg., s. 111-134). London: Academic Press.
- *Friedmann, E., Son, H. & Tsai, C-C. (2010). The animal/human bond: health and wellness. I A.H. Fine (Red.), *Handbook on animal-assisted therapy - theoretical foundations and guidelines for practices* (3. utg., s. 85-107). London: Academic Press.
- *Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Demensplan 2015 «Den gode dagen»*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/>
- *Helsedirektoratet (2011). *Tiltak med hund på institusjon - anbefalinger om bruk av hund og dyreassisterte intervensjoner på institusjon*. Publikasjonsnummer: IS- 0331. Oslo
- Høgskolen i Hedmark (2012). *Studieplan 2012/2013*. Hentet fra <http://www.hihm.no/layout/set/pdf/content/view/printpdf/31230>
- Høgskolen i Hedmark (2011). *Studiehåndbok 2011/2012*. Hentet fra <https://hihm.no/studiehaandbok/studiehaandboeker/2011-2012-studiehaandbok/studier/campus-elverum/bachelor/basyd-bachelor-i-sykepleie-deltid2>
- *Kruger, K. A & Serpell, J. A. (2010). Animal-assisted interventions in mental health: definitions and theoretical foundations. I A.H. Fine (Red.), *Handbook on animal-*

assisted therapy - theoretical foundations and guidelines for practices (3. utg., s. 33-48). London: Academic Press.

Kunnskapssenteret (2014). *Sjekklister for vurdering av forskningsartikler*. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>

*Mallon, G. P., Ross Jr., S. B., Klee, S. & Ross, L. (2010). Designing and implementing animal-assisted therapy programs in health and mental health organizations. I A.H. Fine (Red.), *Handbook on animal-assisted therapy - theoretical foundations and guidelines for practices* (3. utg., s. 135-147). London: Academic Press.

*Matuszek, S. (2010). Animal-Facilitated Therapy in Various Patient Populations: Systematic Literature Review. Hentet fra

http://journals.lww.com/hnpjjournal/Fulltext/2010/07000/Animal_Facilitated_Therapy_in_Various_Patient.3.aspx

*Mjørud, M., Engedal, K. & Ytrehus, S. (2011). Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. Hentet fra

<http://sykepleien.no/forskning/2011/05/livskvalitet-depressive-symptomer-og-funksjonssvikt-hos-personer-med-demens>

*Myren, I. K., Kvaal, K. & Braastad, B. O. (2011). Hund og katt i sykehjem – et bidrag i miljøbehandling? Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/PageID=3709&ItemID=2844>

*Nightingale, F. (2003). *Håndbok i sykepleie - hva det er og hva det ikke er*. Oslo: Pensumtjeneste

*Nord, C. (2010). Med Joker i leken. Om samspelet mellom menneske med demens og vårdhund. *Socialmedicinsk Tidsskrift*, 87(4), s. 260-263. Hentet fra

<http://www.socialmedicinsk Tidsskrift.se/index.php/smt/article/view/698/534>

*Nordgren, L. & Engström, G. (2012). Effects of animal-assisted therapy on behavioral and/or psychological symptoms in dementia: A case report. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias* 27(8), s. 625-632. Hentet fra

<http://dx.doi.org/10.1177/1533317512464117>

Norsk Sykepleierforbund (2011). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra

https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

*Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.) *Livskvalitet - Forskning om det gode liv* (s. 15-51). Bergen: Fagbokforlaget.

*Næss, S. (2011). Teorier. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.) *Livskvalitet - Forskning om det gode liv* (s. 69 -82). Bergen: Fagbokforlaget.

- Ranhoff, A. H. (2008). Den akutt syke og gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.) *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (s. 180-195). Oslo:Gyldendal Akademisk.
- *Ranhoff, A.H., Schmidt, G. & Ånstad, U. (Red.). (2008). *Sykehjemsmedisin for sykepleiere og leger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- *Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet - en utfordring for sykepleieren?* 1 utg., 4. opplag, 2006. Oslo: Akademisk forlag
- *Scheibeck, R., Pallauf, M., Stellwag, C. & Seeberger, S. (2011). Elderly people in many respects benefit from interaction with dogs. *European Journal of medical research*. 16(12), s. 557- 563. Hentet fra http://www.researchgate.net/publication/51824697_Elderly_people_in_many_respects_benefit_from_interaction_with_dogs
- *Thorsen, S. & Tretteteig, K. (2011). Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv. *Nordisk Tidskrift for helseforskning*, nr 2-2011, 7 årgang (papirutgave). Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=3140>
- *Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 5. opplag 2007. Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Wahl, A. K. & Rokne, B. (2011). Sykepleie. I S. Næss, T. Moum & J. Eriksen (Red.) *Livskvalitet -Forskning om det gode liv* (s. 191-198). Bergen: Fagbokforlaget

Norsk sammendrag

«**Sykepleie med pels**» er tittelen på denne oppgaven som skal svare på problemstillingen
«Hvordan kan bruk av dyreassistert intervensjon med terapihund gi økt livskvalitet til pasienter med demens i sykehjem?»

I oppgaven er det fokusert på hvilke utfordringer pasientgruppen har, basert på sitt sykdomsbilde og dens utvikling. Det er satt fokus på hvilke fordeler denne pasientgruppen kan oppleve ved å motta dyreassistert terapi. Viktige stikkord er fokus på pasientens aktivitet, samhørighet og selvfølelse. Det er godt belyst hvilke ulemper som kan oppstå når man benytter dyreassisterte intervensjoner som terapihund og hvilke forhåndsregler som tas og de formelle kravene til en terapihund. Det er brukt aktuell forskning i oppgaven, både norsk og engelskspråklig

Det viktigste i denne oppgaven er at den viser hvorfor bruk av dyreassistert terapi er god sykepleie til pasienter med demens i sykehjem. Det er understøttet med sykepleieteori av Joyce Travelbee hvor det fokuseres på de mellommenneskelige relasjonene og pasientens suverenitet. Det fokuseres på pasientens opplevelse av livskvalitet. Begrepet livskvalitet blir drøftet med synspunkter og argumenter fra blant annet psykologen Næss og sykepleieteoretikeren Rustøen. I oppgaven får man også en innføring i den praktiske bruken av terapihunder, og ser hvordan de kan skape mening, mestring og «en grunnstemning av glede».