



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSD101C

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	04-05-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	10-05-2019 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Hjemmeoppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 59

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8271

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 13

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

# BACHELOROPPGAVE

## Hvem var du før, og hva er viktig for deg nå?

- Ett essay om hvordan redusere uro hos personer med demens på sykehjem.

## Who were you before, and what is important for you now?

- An essay on how to reduce unrest in people with dementia in nursing homes.

## Kandidatnummer: 59

GRSD15

HVL FHS IHO

Ord: 8271

Veileder: Irene Aasmul

Innleveringsdato: 10.05.2019

## Sammendrag

Tema jeg har valgt for min bacheloroppgave handler om personer med demens på sykehjem, og hvordan jeg som sykepleier kan bidra til å redusere uro hos dem. Oppgaven har jeg valgt å formulere som ett essay, der jeg har stått fritt til å reflektere og gjøre meg tanker som kan gi meg ny kunnskap, men samtidig gi andre muligheten til å se temaet med nye øyne.

Mitt valg av tema og sjanger er basert på at jeg har mye erfaring fra arbeid med personer med demens fra tidligere. I essayet blir du kjent med Agnes som har demens, og som bor på sykehjem. Jeg skriver blant annet om de utfordringer jeg som sykepleier hadde for å observere, forbygge og redusere uro hos henne.

I mine refleksjoner og tanker har jeg med meg sykepleier og omsorgsfilosof Kari Martinsen, og hennes omsorgsteori. Jeg reflekterer over hvordan jeg kan bruke hennes teori i mitt arbeide som sykepleier i møte med pasienter med demens, og om hvordan hun sanser og forstår de ting som ikke blir sagt mellom pasient og sykepleier.

## Summary

The topic for my bachelor thesis is about people with dementia in nursing homes, and how I as a nurse can reduce their unrest. I chose to formulate my thesis as an essay where I was free to reflect and make myself thoughts that can give me new knowledge, while giving others the opportunity to see the theme with new eyes.

My choice of theme and genre is based on having a lot of experience from working with people with dementia in the past. In the essay you get to know Agnes who has dementia and lives in a nursing home. I am writing, among other things, about the challenges I have as a nurse to observe, prevent and reduce her unrest.

In my reflections and thoughts I have nurse and philosopher Kari Martinsen with me, and her philosophy of caring. I reflect on how I can use her theory in my work as a nurse in meeting with patients with dementia, and how she senses and understands the things that are not being said between patient and nurse.

## Innholdsfortegnelse

Bakgrunn og avgrensning.....	1
Kari Martinsen er med meg i tankene i mitt arbeide med personer med demens .....	2
Jeg fikk ett nytt innblikk.....	4
Når mangel på språk gjør det vanskelig å utrykke seg.....	6
Viktigheten av å bli godt kjent med personen for å kunne gi en god kartlegging.....	9
Kommunikasjon ved hjelp av validering, realitetsorientering og reminisens. ....	14
Ett sykehjem uten beroligende medikamenter?.....	16
Avrunding.....	18
Referanse .....	19

## Bakgrunn og avgrensing

Jo Bech- Karlsen skriver: «Essay er en sammensatt og personlig prosaform, der refleksjon over erfaring bærer teksten.» Videre skriver han også: «Essayskriving er en personlig bearbeidelse av erfaringer i den hensikt å forstå og skape forståelse» (2011, s. 19).

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand forårsaket av ulike organiske sykdommer. Dette er en sykdom med gradvis kognitiv svikt, som fører til personlighetsforandringer og stadig større vansker med å utføre daglige gjøremål (Engedal & Haugen, 2009, s. 17). Det finnes flere ulike typer demenssykdommer med ulik variasjon og utvikling, men jeg kommer ikke til å gå inn på de ulike diagnosene i dette essayet. For meg er viktig å få frem bevissthet rundt det at alle personer med demens er unike og har ulike behov. Bak hver diagnose finnes det ett unikt menneske med sin egen livshistorie. Sykepleieren må ta seg tid til å bli kjent med pasientene for å kunne kartlegge og ivareta deres behov på en best mulig måte. Da er grunnlaget lagt for å kunne gi god omsorg.

For flere år siden jobbet jeg på sykehjem og nå de siste årene i hjemmesykepleien, men det var først da jeg kom på avdeling for personer med demens i min praksis i sykepleierutdanningen, at jeg virkelig fikk øynene opp for denne pasientgruppen. Dette henger mye sammen med min økte kunnskap gjennom geriatri-læren fra skolen, som på ny vekket nysgjerrigheten min for å få en bedre forståelse og innsikt i deres sykdom. Jeg valgte derfor å komme tilbake til det samme sykehjemmet nå i min fordypningspraksis i forbindelse med denne oppgaven.

Det har alltid gitt meg mye som menneske å få bidra til å gjøre hverdagen god for personer med demens. Det å kunne bidra til en verdig og god hverdag ser jeg på som en stor glede, men samtidig en stor utfordring. Sykdommen demens fører med seg både hukommelsestap, forvirring, irritabilitet, språkvansker og store hjelpebehov.

I oppgaven skriver jeg om Agnes, som jeg ble kjent med da jeg var i fordypningspraksis. Jeg knytter inn validering, realitetsorientering og reminisens som en del av det miljøarbeidet jeg brukte for å redusere uro hos Agnes. Jeg tar for meg viktigheten av at miljøterapi blir prøvd ut før medikamentering.

For hvordan er det å leve med denne sykdommen? Språket kan svikte eller usikkerheten tar overhånd, og du klarer ikke lengre å uttrykke hva som plager deg. Plutselig er du på ett sted du ikke kjenner deg igjen, og du klarer ikke å formidle din frustrasjon og redsel. Vil ikke dette føre til at du føler deg hjelpeløs og dermed bli urolig? Det er frustrerende å ikke bli forstått. Det kan være at magen er vond, det er vondt i beina etter all vandringen du har gjort i korridorene eller du savner mamma som fortsatt er der så virkelig i dine minner. Ved alle demenssykdommer kan det oppstå vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner. Flere av disse vrangforestillingene skyldes pasientens kognitive svikt (Engedal & Haugen, 2009, s. 46). Da er det godt å ha en person i nærheten som kjenner deg og dine behov. En person som vet akkurat hva du trenger for å gjenvinne trygghet og ro.

Jeg vil i dette essayet få frem hvordan min funksjon som sykepleier kan bidra til å se pasienten med ett helhetlig menneskesyn, og på denne måten klare å observere årsaker til uro og finne tiltak for å redusere uro. For å gjøre dette vil jeg få frem viktigheten av å ha tid. Hva hjelper det å ha kunnskap og forståelse for det enkelte mennesket dersom tiden ikke strekker til eller vi ikke utnytter den godt nok? Tid til å sette seg inn i pasienthistorien, tid til å være tilstede og tid til å gi beboeren en verdig hverdag. «Hva er viktig for deg?» Hva om vi ikke har tid til å stille dette viktige spørsmålet? Jeg vil gjerne få frem viktigheten av tid for å redusere uro.

Pasienter kan ha mange ulike årsaker til at de er urolige, og det er like mange ulike måter å imøtekomme i disse situasjonene.

## Kari Martinsen er med meg i tankene i mitt arbeide med personer med demens

Kari Martinsen er en dagsaktuell omsorgsfilosof, som jeg ønsker å ha med meg i mitt arbeid med mennesker med diagnosen demens. Jeg liker måten hun vektlegger å se hele mennesket på, og hvordan hun ser mennesket som gjemmer seg bak sykdommen. Hun har fokus på å forstå, sanse og registrere det som ikke blir sagt. Hun skriver blant annet om å lytte til pasienten, og være tilstede i pasientens egen forståelse av sykdommen (Martinsen, 2014, s. 11-12). Dette er ett fokus som jeg vil ta med meg når jeg skal jobbe med denne pasientgruppen, og en viktig del når det skal kartlegges uro hos den enkelte.

For å bli kjent med pasienten må vi også gi litt av oss selv, og gjøre en innsats for å innhente informasjon om pasientens liv og personlighet. Martinsen sier: «Vi kan si det slik at med et deltagende øye setter sykepleieren seg i en posisjon der en kan bli den sykes tillitt verdig» (2014, s.9). Ved at jeg viser interesse for å bli kjent med pasienten vil jeg kunne gi en bedre omsorg.

Hvordan kan jeg som sykepleier finne ut hva som er utfordrende for hver enkelt beboer, og hva er det som skaper den fysiske og psykiske uroen. For å klare det er det viktig for meg å bli kjent med beboeren. Jeg vil være der som et medmenneske, samtidig som jeg kan gjøre en god jobb med den faglige kompetansen jeg bærer på. Jeg brenner for å gi en opplevelse av en god hverdag for alle.

Jeg blir glad i beboerne, men jeg må være profesjonell og ikke bli for personlig. Martinsen fremhever at det å være profesjonell ikke står i motsetning til å være personlig, men at vi derimot skal passe oss for å bli privat (2014, s. 11). Jeg tolker det slik at jeg ikke skal snakke om mine personlige opplevelser, erfaringer fra sykdom eller situasjoner fra eget liv. Jeg kan derimot bruke mine erfaringer som en ressurs for å kunne sette meg inn i pasientens opplevelse av sykdom og sårbarhet, og på en slik måte kan jeg gi en god forståelse, omsorg og pleie til den syke. Martinsen mener at det kan være lett å bli dratt inn i sin egen horisont om vi blir for privat, som vil ta bort oppmerksomheten fra den syke (2014, s. 11).

En person med demens vil ha vansker med å huske hvor hun er og gjerne heller ikke kjenne igjen meg som sykepleier. Ved at jeg setter meg inn personens opplevelse av denne sårbarheten vil jeg lettere kunne gjøre og si det som gir henne trygghet. Hva ville jeg selv hatt behov for, og hva ville gitt meg trygghet? Pasienten er ikke meg, og det er jeg oppmerksom på, men det kan hjelpe meg på vei til en bedre forståelse av deres opplevelse.

Jeg må både sanse og registrere. Martinsen skriver at det er lett å gå fra det å sanse til å kun registrere. Da stiller vi oss utenfor og ser på pasienten som ett objekt (2014, s. 12). Det er da en fare for at jeg lett kan lage meg ett ferdig standpunkt og jeg klarer ikke lenger å se hele mennesket med alle sine behov. Jeg må begi meg inn i mennesket og sanse hva den enkelte trenger. Det hjelper ikke at jeg har kunnskap om jeg ikke har mot til å hjelpe og ville begi meg inn i mennesket som helhet. Å registrere og sanse er en viktig del av mitt arbeid som sykepleier. Jeg må kartlegge og gå igjennom flere mulige årsaker til hva som kan være årsaker til uro hos den enkelte. Martinsen skriver: «Det dreier seg om å se åpent og liketil på

den ene siden og faglig utforskende og vurderende på den andre, eller å se uforbeholdent og mottakende og samtidig nytt og utvidet» (2014, s.10).

Kari Martinsens omsorgsteori passer godt inn i pleien for mennesker med demens. Hun er opptatt av at sykepleieren skal hjelpe ut ifra pasientens særpreg, og at sykepleieren skal bruke sin faglighet i sansingen for å hjelpe den syke. Vi må klare å se det som er foran oss og gå inn i det med hele oss. På denne måten vil jeg gå inn i situasjonen med pasientene som jeg vil hjelpe. Jeg ønsker å se hele mennesket og dekke deres behov etter beste evne. Jeg vil beskytte deres sårbarhet og vise interesse, og gi dem en god hverdag. Jeg må vite hva de trenger og jeg må bli kjent med deres mønster for når uroen melder seg. Hva er det som utløser uroen og hva kan jeg gjøre for å hjelpe? Martinsen skriver: «I det mesterskap som det er, er ikke øyet først og fremst registrerende, men det sanser og ser etter faglig» (2014, s. 29).

Martinsen legger vekt på at vi må være tilstede i situasjonen, og oppfatte det som ikke blir sagt. Hun snakker om toner, farger og atmosfæren i ett rom i samhandlingen med den andre. Viktigheten av å ha ro i arbeidet uten forstyrrelser utenfra. Dette er viktige punkter jeg tar med meg. Jeg planlegger for eksempel morgenstellet hos en beboer ved at jeg finner frem det jeg trenger for å unngå å måtte løpe til og fra. Dette er med på å hindre forstyrrelser og avbrytelser, og vil gi ro og forutsigbarhet for pasienten. I stellet må jeg vise oppmerksomhet, og jeg må ta meg god tid til å sanse og registrere fra pasienten ligger i sengen til han eller hun er ferdig stelt. Hva er det jeg oppfatter som ikke blir sagt? Hvordan er dagen deres i dag? «Oppmerksomhet er både noe aktivt og stillferdig» (Martinsen, 2014, s.32).

## Jeg fikk ett nytt innblikk

I de 6 ukene jeg var i fordypningspraksis fikk jeg ha fokuset mitt så konsentrert inn på temaet «uro hos personer med demens» at det ga meg ett helt nytt syn på det. Ja, hva mener jeg med det? For innblikket har jo vært der, og det var jo nettopp dette som førte meg på veien til å skrive om dette temaet. Det jeg mener er at jeg på bare noen uker fikk raskt mer kunnskap og forståelse for kompleksiteten i det enkelte mennesket med tanke på utfordringer ved uro. Jeg fikk tid til å være til stede og jeg fikk innblikk i hvilken uro mange med demens sliter med. Jeg fikk se deg, du som er bak sykdommen. Hvem er du og hva trenger akkurat du for å ha ett verdig liv nå? Det finnes ingen oppskrift. For hvem skal definere hva som er uro, og hvem er det som opplever det som uro? Blir det litt lettere å være på jobb om alle beboerne sitter i hver



sin stol, eller skal vi heller prøve å finne aktiviteter som er tilpasset den enkelte? Dersom en mann alltid har vært glad i å gå tur på fjellet, så vil det være unaturlig å bare sitte i ro. En spasertur ut vil da kanskje være akkurat det han trenger for å få det bedre. Om en kvinnelig beboer alltid har vært den fødte vertinne, så vil det være naturlig for henne å vandre rundt for å hjelpe til. Kan dette derimot oppfattes som forstyrrende for de ansatte fordi de ikke skjønner formålet til beboerne? Slik rastløshet og uro vil noen ganger kunne være uttrykk for at han eller hun savner sine vanlige aktiviteter (Engedal & Haugen, 2009, s. 47).

Andre situasjoner som kan gi uro hos beboerne er at de leter etter toalettet, ikke finner ut hvor drosjen går fra, eller at en beboer kjenner på smerter. Dette er alle eksempler som jeg har opplevd blant beboerne på sykehjem, men med mangel på forståelse og kunnskap vil dette kunne oppfattes som forstyrrende og noe som lager problemer i avdelingen. I det store og hele er dette helt enkelt mennesker med ulike behov som trenger hjelp til å dekke de. Ved å undersøke pasientens tidligere handlingsmønstre vil vi kunne finne en forklaring på hyperaktiviteten (Engedal & Haugen, 2009, s. 47).

Det viste seg at når jeg begynte i fordypningspraksis på sykehjemmet hadde flere av de mest utagerende beboerne dødd den siste tiden, og det var kommet nye beboere til. Dette var beboere som jeg så på som rolige, og jeg fikk tanker om at dette kanskje allikevel ikke ville være det riktige stedet for meg når fokuset mitt skulle være på uro. Allerede de første ukene skulle jeg derimot få oppleve at mitt syn på urolighet hos personer med demens skulle endre seg.

Vi hører og leser om personer med demens som utagerer fysisk, som gråter i gangene og som bare vil «stikke av», og det er gjerne dette vi forbinder med uro. Det finnes derimot så mange andre måter å være urolig på. I tidsskriftet Sykepleien intervjuer journalist Ann- Kristin B. Helmers en psykolog som heter Lise Næss, som vektlegger at det finnes 6 ulike typer uro hos personer med demens. Dette er «hjem til mor-uro», «medikament- uro», «ettermiddags-uro», «smerte- uro», «psykotisk-uro» og «endringer av rutiner-uro» (Helmers, 2018). Dette stemmer med de erfaringer jeg har gjort meg i den tiden jeg har jobbet med personer med demens. Næss skriver blant annet om medikamenturo som den glemte diagnosen. Det er mange med demens som får bivirkninger av psykofarmaka og sovemedisin, og en av disse bivirkningene er uro. Medisiner som gis ved behov skal kartlegges ordentlig, og dette er noe Næss er opptatt av. Jeg kommer mer inn på noen av disse ulike typer uro senere i essayet.

I forhold til temaet uro skulle jeg faktisk oppleve at jeg hadde vært litt trangsynt. En lærer sa en gang til oss når vi var ferske studenter: «Det gjør vondt å lære», og betydningen av dette skulle jeg få erfare i mine år under utdanning. Det er både godt og vondt å erfare at vi har tenkt feil eller annerledes. Godt fordi jeg ønsker å lære, men vondt fordi jeg erfarer at jeg har manglet mye kunnskap og jeg har måttet endre min måte å tenke på.

## Når mangel på språk gjør det vanskelig å uttrykke seg

Agnes var en dame på 90 år som var kommet langt inn i sin demensutvikling. Som en følge av diagnosen led hun av afasi. Dette gjorde det vanskelig både for meg og andre å oppfatte hva hun ønsket å formidle, og som igjen gjorde det utfordrende å finne årsaken til uroen hun hadde.

I tiden jeg skulle være på sykehjemmet hadde jeg store ambisjoner om å bruke godt tid med beboerne, og spesielt Agnes som jeg skulle ha mest ansvar for. Jeg ville gi henne det lille ekstra som det kanskje ellers ikke blir tid til i en travel hverdag. I morgenstellet ville jeg blant annet bruke god tid til fotbad og neglestell, og ellers den gode egenomsorgen som jeg har lest om så mange ganger at er så viktig. I arbeidslivet møter vi derimot ofte på situasjoner som ikke passer inn med det vi har sett for oss eller har lært, og jeg fikk nok en gang erfare at det er stor forskjell på teori og praksis.

Dersom jeg brukte mye tid på å gi Agnes ett omfattende stell kunne det heller virke mot sin hensikt. Hun ble rastløs. Jeg forklarte alltid tydelig og rolig alt som skulle skje etter hvert som vi kommer videre i stellet, men det ble allikevel for mye for henne.

Agnes har selv jobbet på sykehjem, der hun var avdelingssykepleier, og jeg opplevde ved flere anledninger at hun tilsynelatende var mentalt tilbake til den tiden hun gikk i arbeid. Hun kunne plutselig få dårlig tid under stellet og gjorde tydelig uttrykk for at hun måtte rekke noe. Det ble vanskelig å nå inn til henne, men jeg prøvde å sette meg inn i hvordan situasjonen var for henne. Hvordan ville jeg opplevd det om det kom noen hjem til meg en travel morgen jeg skulle på jobb, og denne fremmede skulle få meg til å gjøre noe helt annet enn jeg selv hadde tenkt. Selv hadde jeg nok blitt veldig stresset og irritert, og mitt største ønske ville nok være å sende de på dør. Kanskje var det nettopp det Agnes tenkte og, for hun skulle jo også rekke noe.

Veien blir til mens vi går, og med litt mer kunnskap i ryggsekken lærte jeg at det mest effektive var å bekrefte de følelsene hun hadde i form av validering. Validering bruker vi som en metode når vi bekrefter og anerkjenner en annens følelser. Bekreftelsen vil gi mestringsfølelse, en følelse av å bli verdsatt, trygghet og tillitt (Berentsen & Solheim, 2011, s. 2)

Jeg satt meg gjerne ned, holdt henne i hendene mens jeg snakket rolig med henne. Bekreftet at jeg forstod at hun var stresset, men fortalte henne at i dag hadde hun fri og kunne slappe av».

Ved en slik kommunikasjon tar jeg vare på både hennes og min egen integritet ved at jeg bekrefter de følelsene hun har uten å lyge til henne (Berentsen & Solheim, 2011).

Jeg må legge til rette for særegenhetene Agnes har og den måten hun trenger å bli møtt på. Kanskje var det ikke morgenstellet som var det viktigste for henne, men det at jeg var i nærheten og ga henne trygghet. Hun klarte vanligvis å formidle noen få ord, og hun spurte meg gjerne etter morgenstellet om jeg kunne bli hos henne. Hun fant da roen ved at hun fikk sitte i godstolen sin på rommet sitt med ett teppe over beina. Kanskje var det varmen fra teppet som ga henne ett velbehag, og at dette minnet henne om da hun pleide å hvile middag tidligere i livet. Hun småduppet gjerne litt mens jeg ryddet og ordnet på rommet hennes. Innimellom kunne jeg se at hun glippet med øynene, og det var tydelig at hun fulgte med på om ting ble skikkelig gjort. For meg ble det godt å kjenne følelsen av at hun fant en ro av å ha meg i nærheten.

Vi mennesker trenger å ha noen rundt oss som gjør oss godt og som bryr seg, og jeg tenker at det er ekstra viktig når vi er gamle og sårbare på et sykehjem. Familien er innom på besøk, men nå er det vi sykepleiere som er sammen med beboerne mesteparten av døgnet. Da må vi vite hva som gjør hverdagen deres god. Vi sykepleiere kan aldri overta den nærheten og båndet som pasienten har hatt til sine pårørende, men ved å inkludere pårørende kan vi få nyttig informasjon om beboeren når beboeren ikke kan uttrykke det selv. Det er familie og venner som kjenner beboeren best, og kan gi oss informasjon om den sykes bakgrunn, interesse, lengsler og drømmer. Dette vil bidra til god kontakt mellom alle parter, samtidig som det skaper trygghet og tillitt (Homelien & Jakobsen, 2011, s. 147). Dette er ett nyttig samarbeid som kan hjelpe oss sykepleiere til kartlegging og forebygging av uro hos beboeren.

Etterhvert som Agnes og jeg ble bedre kjent merket jeg at hun søkte til meg når hun så meg. Jeg tror ikke at hun husket hvem jeg var, men kanskje var det noe kjent og trygt med meg som hun lente seg på. Jeg undrer meg over denne tilliten. Var det ett kjent smil hun husket? Eller

var det følelsen av omsorg hun kjente på når hun så meg? Kari Martinsen snakker om det hellige som oppleves som en kraft, som merkes sansemessig (2018, s. 21). For meg kan ett øyeblikk med tillitt fra den syke oppleves hellig. Den tilliten hun viser meg ved å komme bort og ta meg i hendene. Jeg ser henne inn i øynene og prøver å tyde hva hun vil si, så smiler vi begge to. Det er noe hun vil fortelle, og hun vil at akkurat jeg skal hjelpe henne. Dette er for meg ett hellig øyeblikk, og ett øyeblikk jeg ikke må ødelegge ved å haste videre.

Spesielt på ettermiddagene kunne Agnes bli urolig og kunne få denne typiske «hjem til moruroen» som psykolog Lise Næss forteller om. Beboeren tror hun lever i «gamledager», og vil reise hjem (Helmers, 2018). Agnes kunne til tider vandre hvileløst rundt i korridorene, engstelig i blikket og se spørrende rundt seg. Jeg kjente at det rørte noe i meg når jeg så henne så fortvilet. Da kunne jeg ikke la være å tenke på at hun er noens kone og mamma, og gjerne en gang vært en sterk kvinne med full kontroll over hverdagens gjøremål og utfordringer. Den gang hun sørget for at ektemannen hadde det godt og passet sine barn med kjærlighet. Ja, akkurat slik jeg gjør med min familie nå. Det kan en gang bli min mamma eller jeg som går hvileløst på denne måten, som ikke vet hvor jeg er og lengter etter å komme hjem igjen. Da håper jeg at det finnes noen der som har tid til å gi meg det jeg trenger.

På den type uro som Agnes hadde da erfarte jeg igjen at det var miljøterapi som fungerte best, og jeg støtter meg på Næss som sier at denne type uro skal ikke medikamenteres. Hun forteller i artikkelen at det kan skyldes svikt i korttidshukommelsen (Helmers, 2018). En del av miljøterapien jeg brukte var å ta henne med inn på værelset sitt der hun har ting hun kjente til. Her hadde hun bilder av familien sin på veggene, og vi så i album og pratet om familien hennes. Dette ble alltid en fin stund både for henne og meg. Her så jeg så tydelig hva god tid hadde å si for at Agnes skulle føle seg ivaretatt og finne tilbake til roen.

Ved at personer med demens kan slippe å bruke unødige krefter på å forsvare sine tanker og meninger vil det kunne gi en opplevelse av trygghet og aksept. Dette vil igjen føre til at det frigjøres energi (Berentsen & Solheim, 2011, s.4). Vanligvis måtte jeg repetere det vi hadde snakket om flere ganger fordi hun glemte fort, men etter hvert virket det som om roen satte seg mer i kroppen hennes.

Det ble for meg hele tiden tydeligere hvor viktig det var for meg som sykepleier å bli kjent med Agnes, og lære meg hvordan hun ønsket å bli møtt. Vi er jo alle så ulike med våre særegenheter, frisk som syk.

Etter min erfaring er det viktig å informere sine kollegaer om hva man opplever fungerer slik at vi kan hjelpe hverandre å håndtere ulike situasjoner der beboeren er urolig. Jeg støtter meg her på et forskningsprosjekt gjort på ett sykehjem for å kartlegge «hvordan gi god omsorg til personer med demens». Ett av punktene som kommer frem her er at god omsorg er en kombinasjon av kunnskap, fleksibilitet og beredskap. I denne forskningsartikkelen kommer det også frem at det viktigste er at pasienten er førsteprioritet, sammen med en raushet blant kollegaer som hjelper hverandre i vanskelige situasjoner (Hauge, Helleberg & Thorvik, 2016). Sammen blir vi bedre, og beboeren vil bli tryggere med en kontinuitet fra oss sykepleiere. Det får meg også til å reflektere over om dette samarbeidet med kollegaer alltid er like enkelt? Jeg har ved flere anledninger sett at godt innarbeidede rutiner ikke skal rokkes ved, og «gammel kunnskap» er den beste. «Slik har vi gjort det i alle år, og det fungerer for oss», er ett utsagn som ofte går igjen. Det er ikke alltid like lett å komme som student eller nyutdannet sykepleier med ny oppdatert kunnskap og med en iver etter å se etter nye løsninger. Dette tror jeg nok kan være en utfordring flere steder.

I forskningsprosjektet var formålet å få frem hva som ga god omsorg for personer med demens, og det kom det frem at vi er avhengig av kunnskap og kjennskap til beboer. De ansatte viste i sin opptreden at de hadde god kunnskap om diagnosen demens og hadde god kjennskap til beboernes væremåte, og at dette var avgjørende for en god omsorg (Hauge et al., 2016). Kunnskap er viktig for å kunne gjøre gode observasjoner.

## Viktigheten av å bli godt kjent med personen for å kunne gi en god kartlegging

Det å bli godt kjent med og få tillit hos pasienter med en demensdiagnose kan ofte være ekstra utfordrende. Korttidshukommelsen er med på å skape hinder i relasjonsbyggingen ved at den syke gjerne ikke kan kjenne deg igjen fra gang til gang. Kari Martinsen skriver om tillit som noe man må gjøre seg fortjent til ved anerkjennelse og det å bli den andres tillit verdig (2014, s. 9). Hvordan kan jeg opparbeide meg tillitt hos en som ikke kjenner meg igjen? Den tiden jeg var på sykehjemmet opplevde jeg allikevel å få god tillit hos Agnes. Jeg er usikker på hvor godt hun kjente meg med tanke på sin kognitive svikt, men uansett ville det være viktig for både henne og meg at jeg kjente henne og hennes behov godt. Da ble da lettere for

meg å vite hva som var normalt for Agnes og jeg observerte lettere når ting endret seg. Det at vi føler oss ivaretatt vil være med på å vekke tillit.

Hos Agnes hadde vi sett en endring den siste tiden. Jeg hadde vært på avdelingen hennes tidligere i praksis, og både jeg og de andre sykepleierne så nå at det var tilkommet noe nytt hos henne. Noe som førte til en økt rastløshet. Det var ikke tydelige tegn på smerter, men smerter kan være vanskelig å observere hos en med redusert språk og ikke kan fortelle med ord hva som er galt. Pasienter med demens kan ofte ha vanskelig med å uttrykke smerter på grunn av redusert språkbeherskelse og hukommelse, og dette kan føre til at smerter ikke blir diagnostisert (Husebø, 2009). Som sykepleier har vi ansvar for fortløpende kartlegging av den gamles smerter. Smerter som ikke blir behandlet hos gamle vil kunne få store konsekvenser for helsen og livskvaliteten (Bjørø & Torvik, 2016, s. 392-393).

Som sykepleier må jeg kunne observere ved hjelp av mine erfaringer og med den kunnskapen jeg bærer på. Jeg må hele tiden vurdere og reflektere over hva som er det beste for beboerne, og i dette tilfellet Agnes. Kari Martinsen skriver om det dobbelte øye, som veksler mellom sansing og forståelse. Vi har det oppfattende øyet som er åpent og uforbeholdent, og vi har det utforskende øyet som er skolert og som vurderer og stusser. Det handler om å finne balansen mellom å være åpen, men samtidig se nytt og lære. Ett øye som ikke gjør forskjell, og vi må se det betydningsfulle og gode i ethvert menneske (2014, s. 26). Dette er viktige ord, og ord jeg tok med meg når jeg skulle kartlegge det som utgjorde denne økte rastløsheten hos Agnes. Først var jeg inne på tanken om at det gjerne kunne være på grunn av at det var lenge siden jeg hadde vært hos henne, og at hun ble engstelig når det kom ukjente. Dette kan selvfølgelig være en medvirkende årsak, men når de andre kjente sykepleierne også reagerte på en endring så ble det viktig for meg å observere videre hva denne økte uroen kom av. Jeg leste igjennom rapporter fra den siste tiden, og jeg gikk samtidig igjennom generelle årsaker som kan føre til økt uro. Det viste seg at Agnes tidligere har hatt problemer med en tann, som hadde forårsaket en verkende byll. Kunne det være at denne byllen hadde blusset opp igjen, og at dette førte til smerter? Når jeg tenkte meg om hadde jeg sett henne ta seg til munnen ved flere anledninger. Dette ble viktig å få undersøkt videre.

Hvordan skulle jeg videre klare å kartlegge om det var smerter som forårsaket uroen og hvor smerten eventuelt kom fra? Smertevurdering hos pasienter med demens er utfordrende og det stiller store krav til sykepleierens vurderingsevne og kompetanse (Lillekroken & Slettebø, 2013). Jeg tok det som en utfordring å finne ut hva som plaget Agnes, og jeg gikk inn i detektivrollen på søken etter årsaker.

Tegn på smerte kan uttrykkes på flere måter, men ettersom jeg ble bedre kjent med Agnes kunne jeg se når noe plaget henne. Næss forteller at personer med demens kan få «smerteuro» på grunn av at de har vanskelig for å gi uttrykk for smerter. Det kan være en urinveisinfeksjon, fordøyelsesproblemer eller andre smerter som gir uro. Tegn på smerte jeg så hos Agnes kunne være en grimase i ansiktet sammen med økt uro. Hun kunne også bli ekstra kontaktsøkende og henvende seg til meg med bekymret blick. Dette kunne også være tegn på søken etter sosial kontakt, men for meg var det viktig å være observant på at det kunne være tegn på en form for ubehag.

Ett tverrfaglig arbeid ble viktig for å prøve å komme til bunns i dette. Å samarbeide med andre sykepleiere og tverrfaglig med andre yrkesgrupper, pårørende og institusjoner er nødvendig for en god vurdering og behandling av smerter (Bjørø & Torvik, 2016, s. 393). Som sykepleier må jeg kunne gjøre gode observasjoner i forhold til hva som kan gi adferdsendring. Ved problemer i munnen kan man prøve å observere om beboeren spiser mindre eller har problemer med å tygge. Det er også nødvendig å forsøke å få sett inn i munnen til beboeren, for å se om det synlige plager. I og med at jeg ikke hadde observert noen synlige problemer utenom økt rastløshet, bestilte jeg en tannlegetime til henne for få undersøkt om det var noe i munnen som ga smerter. Det viste seg da at Agnes på nytt hadde fått en byll og smerter i en tann, og hun ble henvist videre til kirurg. I påvente av dette fikk hun smertestillende for å dempe smerter i forbindelse med dette.

I mellomtiden utførte jeg tiltak for å kunne utelukke andre årsaker til uro hos Agnes. Det ble tatt en urinprøve for å utelukke urinveisinfeksjon da det både kan føre til økt forvirring hos eldre og uro på grunn av ubehag. Symptomer på infeksjon hos eldre er ofte uspesifikke og diffuse, og en infeksjon kan føre til blant annet forvirring og mental svikt (Ranhoff, 2016, s. 226-227). Denne prøven var negativ, og vi fikk dermed avkreftet en urinveisinfeksjon. Skjema for toalettvaner blir holdt på alle beboerne, så dette er det lett å holde oversikt over så lenge rutinene blir overholdt. Ifølge dette skjema var det ikke tegn på at hun var forstoppet, som også kan være en årsak til økt uro.

På grunn av mulighet for smerter ble det fylt ut et skjema som heter «MOBID-2». Dette er ett skjema som er utviklet av Bettina Sandgathe Husebø for å gjøre observasjoner av smerteatferd relatert til skjelett, muskler, ledd, indre organer og hud hos personer med demens (Husebø, 2009).

Ettersom alle har sine egne måter å reagere på ubehag, så vil det her ha stor betydning at personalet kjenner pasienten godt. Smertevurderingen er avhengig av at de som vurderer har evne til å tolke både verbale og ikke verbale tegn på smerter. Kunne smertekartleggingen vært bedre i de ulike institusjonene om det var økt fokus på opplæring? Det står i dette tidsskriftet at det bør utføres ett opplæringsprogram av personell før utførelse av skjemaet (Husebø, 2009). Personalet må ha kunnskap til typiske tegn på nonverbalsmerte. Tegn som Husebø nevner er blant annet at beboeren gjerne strammer munnen, krymper seg, lukker øynene, stønner, ynker seg, skyver fra seg og rynker pannen. Jeg utførte dette skjemaet etter beste evne sammen med Agnes. Jeg instruerte henne til å gjøre de ulike bevegelsene, for å se om de førte til smerter. Det er viktig å utføre dette skjemaet uten ytre forstyrrelser, og Agnes og jeg satt derfor inne på værelset hennes der vi kun hadde fokuset rettet mot hverandre. Hun ga ikke uttrykk for noen smerter ved gjennomføring, og satt egentlig bare og smilte. Jeg tror kanskje hun syntes det hele var litt underholdende og morsomt.

Agnes kunne til tider virke irritert og jeg opplevde i noen tilfeller at hun brast i gråt uten noen åpenbar grunn. Dette kunne skje under morgenstellet eller noen ganger kunne hun begynne å gråte når vi satt og snakket sammen. Det er ikke alltid godt å komme til bunns i ting når språket svikter. Jeg undret meg over hva som utløste det, og om det kunne være savn eller redsel som fikk frem tårene. Mange med demens opplever å bli deprimerte. Dette kan skyldes svikt i evnen til å mestre og tilpasse seg tap, men også biologiske årsaker som endringer mellom ulike signalsubstanser i hjernen. Noen får det som kalles emosjonell inkontinens, som skyldes skade i pannelappene og i hjernestammen. De brister i gråt uten spesiell grunn. Noen kan da ha god nytte av antidepressive medikamenter (Engedal & Haugen, 2009, s. 45). Min erfaring fra sykehjem er at noen får det bedre med bruk av beroligende medikamenter, men at effekten hele tiden må kartlegges og det må vurderes hvor lenge pasienten skal stå på det. Medikamenter skal ikke være en lettvinnt løsning, men tas i bruk etter nøye vurdering sammen med lege og sykepleierne som kjenner pasienten godt. Ett redusert bruk av smertestillende er det beste med tanke på at eldre og spesielt eldre med demens kan få en økt forvirringstilstand og økt falltendens av mye smertestillende og beroligende legemidler (Lillekroken & Slettebø, 2013).

Ifølge en studie om livskvalitet viser det til at i flere studier henger kognitiv svikt, manglende evne til å uttrykke tanker, følelser og ønsker sammen med redusert livskvalitet. Det viser også til at personer med demens som er deprimerte kan bli irritable, triste, få angst og vrangforestillinger (Bruvik, Engedal & Mjørud, 2012).



I samarbeid med sykehjemslegen ble det vurdert om Agnes var deprimert ved at vi fylte ut et «Cornell-skjema». Dette er ett skjema utarbeidet for personer med demens for å avdekke depresjon (Bruvik et al., 2012). Agnes fikk så liten score på dette at det ikke var behov for medikamenter mot depresjon i denne omgang. Agnes klarte ikke selv å utrykke sin egen opplevelse av sinnsstemning med ord så jeg valgte å fylle ut dette skjemaet sammen med hennes primærkontakt. Primærkontakten kjenner Agnes godt, og jeg ville ha hennes synspunkter. Det beste hadde vært at Agnes hadde deltatt i utfyllingen av skjemaet selv, men når det ikke er mulig må vi gjøre det på denne måten og bruke de gode observasjonene vi har gjort den siste tiden. Det er nødvendig å gjøre dette sammen med en som kjenner personen godt, og gjerne sammen med pårørende som kjenner personen godt. Agnes har en sønn som er svært involvert i hennes liv og helse, og kommunikasjonen mellom han og primærkontakt er god. Ifølge studien gir det best utfyllende informasjon om både helsepersonell og pårørende deltar i datasamlingen. Jeg ser i ettertid at sønnen kunne vært spurt om å være med å fylle ut skjemaet, for å få en mest mulig utfyllende og nøyaktig vurdering. Det gir blandende følelser å fylle ut skjema på vegne av andre, og jeg kjente sterkt på utilstrekkeligheten når jeg ikke kunne nå frem til hvordan Agnes virkelig hadde det følelsesmessig. Selv synes jeg at det kunne være vanskelig å vurdere hvordan alle svarene skulle være, men skjemaet var ett godt verktøy. Ifølge skjemaet hadde hun ikke tegn på depresjon, men vi må være åpen for at endringer kan oppstå etter hvert.

Agnes var en dame med en utrolig herlig utstråling og var absolutt ikke bare trist og lei. Hun smilte og lo, og plutselig kunne det komme noen ord som formet ett fantastisk gullkorn. Som den gang hun synes personalet i vaktskiftet hørtes ut som rautende kyr. Jeg ble glad i Agnes og jeg kjente på et sterkt ønske om at hun skulle ha det bra.

Som tidligere nevnt viste ofte Agnes ett mønster på at hun kunne bli urolig på ettermiddagene. Kunne det det være en reaksjon på vaktskiftet, eller at andre beboere også ble økt urolige da? Næss forteller om en type uro som kalles ettermiddagsuro, eller «sun down phenomena». Det antas at dette kan skyldes serotoninsvikt, fordi at serotonin er lavere på ettermiddagen.

Serotonin er ett hormon som fungerer som signalsubstans i mange nervebaner, blant annet til de som har med å gjøre med sinnsstemning, velvære, uro, angst, søvn, våkenhet, metthet, sultfølelse og impuls kontroll. Dette kan være en av grunnene til uro hos Agnes da. Næss sier også at fysisk aktivitet øker flyten av serotonin mellom synapsene. Det får meg til å reflektere over at det akkurat på denne tiden er en stille stund på avdelinger der alle beboerne helst skal sitte i ro? En tur ut med Agnes i denne tiden hadde gjerne hjulpet på rastløsheten, eller hun

kunne aktiviseres ved å hjelpe å lage til kaffemat. Kanskje kunne vi arrangert felles aktiviteter for beboere i denne tiden med enkle bevegelser eller trim? Fysisk aktivitet er med på å utskille kroppens eget smertestillende som heter endorfiner. Dette dannes i hjernen og fester seg til endorfinenes egne reseptorer i hjernen, som er akkurat de samme reseptorene som morfin utenfra bindes til (Letnes, 2007). Fysisk aktivitet tenker jeg at er noe som det burde vært fokusert på mer og økt ressursene i forhold til. Jeg reflekterer over om Agnes kanskje kunne fått en bedre livskvalitet dersom hun fikk mer regelmessig fysisk aktivitet, fordi ett mer stabilt serotoninnivå bedrer både humør og velvære.

## Kommunikasjon ved hjelp av validering, realitetsorientering og reminisens

Personer med demens befinner seg ofte mentalt i en annen tid enn friske. Selv om de er gamle og syke kan de ha en opplevelse av å være i sin flotteste ungdomstid, de er mor eller far til små barn, eller de tror de fortsatt er i arbeid. Det som jeg ofte ser som ett fellestrekk hos flere av beboerne er at de ikke har planer om å være på sykehjemmet, men de har ett annet sted de skulle vært og har noen som venter på dem. Dette fører til uro hos den enkelte beboer, og det er utfordrende både for oss personale som arbeider med denne gruppen mennesker og ikke minst utfordrende for beboerne selv. Ved en demensdiagnose forsvinner korttidshukommelsen mer og mer, og det er nødvendig med stadig påminnelse på hvor en er og hva som skjer for å gi trygghet.

Knut Engedal er spesialist i psykiatri og har stor erfaring innenfor geriatri og allmennmedisin. Han skriver at personer med demens har problemer med å uttrykke behov og mangler forståelse for situasjonen. Han skriver også at det er i samhandlingen mellom pleier og pasient at det oftest oppstår vanskelige situasjoner. Det kan oppstå situasjoner der personen vil føle seg som ett overgrep, spesielt når en pasient mangler språk eller språkforståelse (Engedal & Haugen, 2009, s. 315-316). Da vil det gjerne være naturlig at roping og det å slå etter personalet føles som eneste løsning for pasienten. Kanskje er det ett desperat forsøk på å få pleier til å forstå, og en redsel og sårbarhet som kommer til syne. Det blir synlig hvor viktig det er at pleier har kunnskap om sykdommen, har tid til å forklare og å gi omsorg. Jeg har selv sett hvor viktig det er å hele tiden fortelle den syke hva som skal skje i minste detalj, for at

pasientene skal forstå hva som skjer. Noen trenger dette mer enn andre, og igjen er vi forskjellig.

Ved morgenen når jeg kommer inn til Agnes begynner jeg gjerne å si «God morgen, i dag er det mandag igjen». Erfaring jeg har gjort meg har vist meg at ved å gjøre kommunikasjonen mest mulig naturlig oppleves situasjonen mindre nedverdiggende. En god måte å gi informasjon på er å lede pasienten tilbake til nåtiden ved å bruke realitetsorientering.

Realitetsorientering består i å møte pasienten der han eller hun er i tid og sted, og deretter lede pasienten med respekt tilbake til nåtid (Berentsen & Solheim, 2011, s. 15). Jeg vil hele tiden ha i tankene å gjøre ting på en slik måte som gir personen en opplevelse av verdighet og integritet. På denne måten tror jeg meg at det kan unngås mye indre uro. Jeg fortsetter med å fortelle litt om været, og fletter samtalen inn i hvilke klær som kan være lurt å ta på. Da har jeg gitt beboeren en innsikt i årstid og dag, og det kan være med på å ivareta beboerens integritet og selvfølelse. Integritet er henne i sin helhet, og som jeg kan se ved ett deltagende øye. Integritet er noe urørlig, som ikke skal røres ved. Ses beboeren derimot som ett objekt, utviskes integriteten og urørlighetssonen brytes. Vi tar alt i vår makt, og det er skamløshet (Martinsen, 2014, s. 12).

Hvordan er det egentlig å våkne uten å vite hvilken dag det er eller uten å vite hvor du er? Hvilken følelse gir det egentlig? Det vil kanskje gi en redsel, som man ikke kan beskrive. En hjelpeløshet og en situasjon man ikke har kontroll over. En følelse av å miste seg selv. Ved hjelp av realitetsorientering vil pasienten få mulighet til å orientere seg i tid og sted ved å minnes hva ting og handlinger heter. Dette reduserer frykt og utrygghet i en forvirret verden.

Reminisens er en annen form for minneaktivitet. Vi snakker om erfaringer som er gjort tidligere i livet, gjenkalling, gjenkjenning, formidling og utveksling. (Berentsen & Solheim, 2011, s. 32) Det kommuniseres ved bruk av minner fra tidligere i livet. Dette finner jeg stor nytte og glede av å bruke sammen med beboerne. Jeg gleder meg over å bli kjent med mennesket bak sykdommen, og tar meg i at jeg blir svært nysgjerrig over hvem «du» er. Ved å undersøke litt forhistorie, som hva de har jobbet med, familie, interesser og lignende kan jeg lede de på veien å minnes selv. Dette er en fin aktivitet når beboeren ikke finner roen, eller som ett forebyggende tiltak i forkant av uro. Dersom jeg ser ett mønster for når uroen oppstår hos beoerne prøver jeg å være i forkant ved å benytte meg av slik minneaktivitet. Jeg hygger meg sammen med beboeren som finner glede av å mimre og prate om livet tidligere. For slik er det ofte med personer med demens at minnene langt bak blir så mye tydeligere, samtidig

som korttidshukommelsen forsvinner mer og mer. Gamle sangtekster og dikt er gjerne noe som sitter godt i minnene, så det å spille av gamle viser har jeg erfart er veldig kjekt for de eldre. Noen synger med, mens andre sitter og nyter kjente toner. Sammen får vi en fin stund.

## Ett sykehjem uten beroligende medikamenter?

Ja, tanken kan jo få oss til å bli både ivrige og skeptiske. Er det ikke nødvendig med alle disse medikamentene som blir gitt, og hva er det som gjør at pasientene står på disse medisinene om det ikke er det? Jeg har i alle fall fått øynene mer opp for ikke- medikamentell behandling av uro i løpet av min tid som student og den tiden jeg har skrevet denne oppgaven. Jeg vet også at det er utrolig mange individuelle forskjeller som gjør at noen trenger sine beroligende medisiner, men alt skal være prøvd ut først og miljøterapi kommer alltid først. I min skriveprosess har jeg kommet over flere artikler om ulike institusjoner for personer med demens, der de har enten redusert eller kuttet ut alle beroligende medikamenter, og dette med svært gode resultater. På demensavdelingen på Haugåsen bofellesskap i Skien ble sykepleier Lina Welfler kåret til årets sykepleier av faggruppen i geriatri og demens for å klare å kutte ut alle beroligende medikamenter i samarbeid med legen. Gjennom ett helt år lærte hun om rett legemiddelbruk og leksen hun fikk var å gå igjennom alle medisinlistene til sine beboere. Målet var å fjerne unødvendige medikamenter som førte til unødvendige bivirkninger. De ansatte gjorde små endringer og undersøkte alltid om det lå noe somatiske årsaker til grunn for uroen. Ingen av beboerne skulle presses inn i rammer, og det var viktig å få til gode stunder i løpet av dagen (Torgersen, 2018).

I en annen artikkel som heter «*Bruk meg som en sobril*» der det er skrevet om det samme bofellesskapet kommer det frem at visjonen for dette samme prosjektet var å skape gode øyeblikk, samfølelse og mestring. De ønsket å komme ut av de faste rutinene og tenke nytt. De var målrettet og engasjerte for å oppnå ett bedre miljø for beboerne. Uten mye ekstra midler fikk de utført det de ville med frivillig arbeid og leiting etter brukte ting som kunne gjøre det fysiske miljøet mindre institusjonalisert, og mer hjemmekoselig for beboerne (Sakariassen & Welfler, 2018).

Noe som er viktig for meg og som de også la vekt på var fokuset på å individualisere hver enkelt beboer for den han eller hun er. Bli kjent med den enkeltes forhistorie med god hjelp fra pårørende.

Målet til bofelleskapet var å jobbe systematisk med miljøarbeid uten at det ble standardisert, på samme måte som vi mennesker ikke er standardiserte. Ved hjelp av å bli bedre kjent med den enkelte beboer og utføre miljøarbeid, så klarte bofelleskapet på ett år å kutte ut alle beroligende medikamenter,

Slike historier gjør meg så glad og jeg ivrer ekstra mye etter å jobbe mer med personer med demens. Gleden av å kunne tenke nytt og få muligheten til å være kreativ for å bidra til økt bevissthet rundt medikamentbruken.

I en annen artikkel står det om Pernille Bruusgaard som også jobber for redusert medikamentbruk på sykehjem. Hun begynte som sykehjems overlege ved Smestadhjemmet i Oslo for 10 år siden, og hun så da at mange pasienter hadde lange medisinlister satt sammen av flere ulike leger over flere år. Hun ville se mennesket bak medisinene og reduserte derfor gradvis og forsiktig tablettene. Det viste seg at det var få fysiologiske endringer som oppstod, men forteller om andre spennende endringer som oppstod når pasientene ikke lengre var dopet ned. Hun kan fortelle om pasienter som begynte å prate igjen, og en mann som reiste seg fra rullestolen og begynte å gå.

Hun jobber nå på Bekkelagshjemmet og hun ser fortsatt pasienter som kommer inn med alt for mye medikamenter. På sykehjemmet er nå medisinbruket redusert med 50% (Rønning, 2017).

Jeg synes det er flott at det blir gjort slike tiltak, og jeg håper vi i dette yrket kan bli mer bevisste på dette. Ett av problemene tror jeg vil være at det krever mye tid og resurser for å gjennomføre god oppfølging både når medikamentene blir redusert, men også når pasientene trenger mer miljøtiltak som erstatter de beroligende medikamentene.

Det viser seg at mange av medisinene gir plagsomme bivirkningene som svimmelhet og blant annet fordøyelsesplager. Bruusgaard fokuserer på bivirkninger og at vi ikke må tillate oss å overmedisinere lengre. På sykehjemmet der Agnes bor har de gode rutiner med medikamentgjennomgang hver 6mnd. Det blir tatt ulike vitale målinger og blodprøver, og medisinlistene blir nøye gjennomgått. Det er også nøye gjennomgang av nye beboere, som ofte kommer inn med slike lange medisinlister som Bruusgaard forteller om. Min erfaring fra praksis på sykehjemmet er at det er nøye oppfølging når en beboer blir satt på smertestillende eller beroligende, og de står ikke på de lengre enn nødvendig. Denne oppfølgingen skal gjøre det trygt for både for beboerne og deres pårørende.

Men står vi for fast i gamle rutiner? Er det lettere å jobbe når beboerne er neddopet og ikke krever så mye? Jeg liker meg iallfall best med å arbeide på ett sykehjem der beboerne går rundt som de vil, kommer med gode gullkorn og som vi ser har det bra uten å være dopet ned. Vi må ta oss tid til å være ett medmenneske, og kunne gi beboerne det de trenger ved å bruke tid til å forstå. Kanskje kan vi da klare å gjøre dagen god uten å måtte ty til beroligende medikamenter.

## Avrunding

Tid er noe jeg har lagt mye vekt på igjennom essayet, og hvor viktig tid er for å kunne gi en god omsorg. Det er viktig å ha fokus på sin egen tid og bruke den riktig. Dette er tanker jeg ønsker å ta med meg videre i mitt yrke som sykepleier. Jeg har erfart at ting tar den tiden det tar, og vi gjør ikke en bedre jobb om vi stresser. Vi blir styrt av at ting skal gå fort, være effektive og at det skal spares penger. Kari Martinsen skriver også om tid, og hvordan den er som en anonym makt. Vi er blitt disiplinert til å være effektive, fylle dødtiden vår, og at det føles som en frihetsberøvelse (2018, s.61). Kanskje må vi tenke litt annerledes for å utnytte tiden vår, og noen ganger må vi gi enda litt mer av oss selv. Martinsen vektlegger at vi mister tiden vår om ikke vi gjør den til vår (2018, s. 55). I arbeidet med personer med demens hjelper det ingen å haste av gårde. Jeg ønsker å kunne være tilstede i situasjonen og være kreativ i bruk av tiden min. En god start på dagen kan gi en fantastisk dag fylt med trygghet og aksept for en person med demens. Jeg tenker at god disponering av tid sammen med personer med demens vil kunne redusere behovet for og bruken av beroligende medikamenter.

Jeg vil avslutte med noen ord fra Kari Martinsen der hun minner oss på å benytte oss av tiden, som vi selv råder over. «Tiden blir nå etter hvert begrenset til den tid mennesket selv skaper og gir innhold til, og tiden blir verdifull på en helt annen måte» (Martinsen, 2018, s.55).

## Referanse

- Bech-Karlsen, J. (2011). *Gode Fagtekster, Essayskriving for nybegynnere*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Berentsen, V. D. & Solheim, K. V. (2011). *Demensomsorgens ABC. Validering, realitetsorientering og reminisens*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011, Mars 31). *Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?* Hentet Mars 19, 2019 fra Sykepleien <https://sykepleien.no/forskning/2011/03/hvilke-faktorer-i-de-fysiske-omgivelsene-hemmer-og-fremmer-funksjon-trivsel-og>
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2016). Smerte. I A. H. Ranhoff, M. Kirkevold, & K. Brodkorb (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 396). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bruvik, F., Engedal, K. & Mjørud, M. (2012, Februar). *Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens*. Hentet April 15, 2019 fra Sykepleien [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/vurdering\\_av\\_livskvalitet\\_9568.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/vurdering_av_livskvalitet_9568.pdf)
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens : fakta og utfordringer : en lærebok* (5. utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Hauge, S., Helleberg, K. & Thorvik, K. E. (2016, April 28). *God omsorg for urolige personer med demens*. Hentet Mars 5, 2019 fra Sykepleien <https://sykepleien.no/forskning/2014/10/god-omsorg-urolige-personer-med-demens>
- Helmers, A.-K. B. (2018, April 12). *Peker ut seks typer uro hos demente, en av dem skyldes medisiner*. Hentet Mars 5, 2019 fra Sykepleien <https://sykepleien.no/2018/04/peker-ut-seks-typer-uro-hos-demente-en-av-dem-skyldes-medisiner>
- Husebø, B. S. (2009, Oktober 8). *Tidsskriftet for Den norske legeforening. Smerteevaluering ved demens*. Hentet Mars 5, 2019 fra <https://tidsskriftet.no/2009/10/aktuelt/smerteevaluering-ved-demens>
- Jakobsen, R. & Homelien, S. (2011). *Pårørende til personer med demens : om å forstå, involvere og støtte de pårørende*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Letnes, O. (2007, May 30). *Rusa på kroppens egne stoffer*. Hentet Mars 26, 2019 fra forskning.no <https://forskning.no/sport-stress-hjernen/rusa-pa-kroppens-egne-stoffer/1000508>

- Lillekroken, D. & Slettebø, Å. (2013, September 1). *Smertekartlegging og smertelindring hos pasienter med demens: utfordringer og dilemmaer*. Hentet Mars 5, 2019 fra Sykepleievitenskap- Omvårdnadsforskning- Nursing Science <https://oda.hioa.no/nb/smertekartlegging-og-smertelindring-hos-pasienter-med-demens-utfordringer-og-dilemmaer>
- Martinsen, K. (2014). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ranhoff, A. H. (2016). Den akutt syke gamle. I A. H. Ranhoff, M. Kirkevold, & K. Brodtkorb (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 226-227). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rønning, A. K. (2017, April 7). *Sykehjemsoverlegen som tar vekk medisiner*. Hentet Mars 3, 2019 fra NAPHA <https://www.napha.no/content/21420/Sykehjemsoverlegen-som-tar-vekk-medisiner>
- Sakariassen, C. B., & Welfler, L. (2018, April 6). *Bruk meg som en sobril*. Hentet Mars 19, 2019 fra Sykepleien <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/10/bruk-meg-som-en-sobril>
- Torgersen, G. H. (2018, Februar 27). *Her får ingen demenspasienter beroligende legemidler*. Hentet Mars 19, 2019 fra Sykepleien <https://sykepleien.no/2017/10/her-far-ingen-demenspasienter-beroligende-legemidler>