



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Opplysningene finner du på [StudentWeb](#) under [Innsyn](#) – [Vurderingsmelding](#)

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling(Bacheloroppgåve)

Vurdering:

(mappe, hjemmeeksamen..)

Kandidatnr: 338


Leveringsfrist: 18.02.2010 kl. 14:00:

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig (Gjertrud Husøy)

LIVSKVALITET HOS ALDERSDEMENTE I SYKEHJEM

”Hvordan kan sykepleier bidra til en økt følelse av livskvalitet hos sykehjemspasienter som lider av Alzheimer sykdom?”



“Å vær så snill, kan du si hvor jeg er, hjelpeløs rundt på de andre hun ser. Blikket forteller om en som har glemmt, gamlemor Kari er Aldersdement.

Redd og forvirret hun ser seg omkring ser etter gamle og velkjente ting. Roper på søster og spør etter mor, vet hun er borte, men vet ikke hvor.

Savnet er tungt hun må gråte en skvett. Glem-somhet gjør ikke hverdagen lett. Prøver å huske, men når ikke inn. Sovner omsider med tårer på kinn.

Våkner urolig og kommer seg frem trygler å ber; ”vil du hjelpe meg hjem?” Står ved dører urokkelig sta. Ingen kan få henne bort derifra.

Gamlemor Kari var liten engang, over de vår-grønne sletter hun sprang. Trofast i hjemmet som hustru og mor, sorger og gleder har satt sine spor.

Treet er ikke det samme som før, grenene visner og bladene dør. Nærhet og omsorg vi alle kan gi, det som hun trenger mor Kari er tid.”

Forfatter: Ukjent

Ord: 7743

(Etter ekskludering av det som ikke skal telles med)

Kandidat nr: 338

Kull: 2007

Veileder: Gjertrud Husøy

Sammendrag

I dag lider ca 70.000 mennesker i Norge av demens. Antallet vil øke og er beregnet til å ligge rundt 160.000 i år 2050. Demens er en ressurskrevende sykdom som krever god kunnskap og en tilrettelegging til den enkelte pasient. Undersøkelser viser til at demente i sykehjem har nedsatt livskvalitet og at det er for lite arbeid med miljømessige aspekter bidra til opplevelse av mening i hverdagen hos disse pasientene.

Jeg har foretatt en litteratur studie, som var et krav til denne oppgaven. Forskingsartiklene jeg har brukt tar for seg hva pasienter i sykehjem opplever som livskvalitet og mening i hverdagen og hva kommunikasjon har av betydning for å oppnå resultat. Artiklene sier også noe om hva som hemmer og fremmer arbeidet i øking av livskvalitet. I samtlige artikler blir kommunikasjon nevnt, både hva som er viktig men det blir også lagt vekt på at nedsatt kommunikasjonsferdigheter hos pasientene byr på en rekke utfordringer.

Jeg drøfter hva livskvalitet er og hvordan sykepleier kan bidra til at pasientene opplever mening gjennom å bevare pasientenes autonomi, bidra til meningsfulle aktiviteter for å opprettholde funksjoner og forhindre passivitet og være bevisst i bruk av kommunikasjon for å oppnå resultat.

Abstract

In Norway, app. 70.0000 people have the diagnosis dementia. The amounts are estimated to reach ca. 160.000 in year 2050. Dementia requires a big amount of resources, personal skills and preparation to the individual patient. Studies shows that those who suffer from the disease, and are living in a nursing-home has reduced quality of life, and that there are lack of environmentally aspect that contribute to a good experience for these patients.

I've made a literature-studie, as a requirement to this task. Studies that I've used are dealing with how a patient in a nursing-home experience as "quality of life", and how the meaning of communication has a influence to achieve result. The studied also says something about what hamper and what advance the work to increase the quality of life. In all of these studies, communication are mention, both what is important, but also that reduced communication-skills among these patients gives a lot of challenge.

In my work, I discuss quality of life, and how trained nurses could contribute with activities that give the patient experience meaning and prevent passivity, and how to preserve the patients autonomy,

Innhold

1.0 Innledning.....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema	6
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	6
1.3 Avgrensning av problemstillingen og presisering	7
1.4 Hensikt	7
1.5 Oppgavens disposisjon	7
2.0 Teori	8
2.1 Aldersdemens	8
2.2 Ulike typer demens, forekomst, og prognose	8
2.3 Demens av Alzheimer type (DAT).....	9
2.4 Anatomiske forandringer ved DAT.....	9
2.5 Symptomer	10
2.5.1 Hukommelse.....	10
2.5.2 Sviktende oppmerksomhet og språk.....	11
2.6 Depresjon.....	11
2.7 Livskvalitet.....	12
3.0 Teoretisk referanseramme - Travelbee	13
3.1 Menneskesyn og syn på sykepleie.....	13
3.2 Menneske til menneske forhold.....	14
3.3 Kommunikasjon	16
4.0 Metode.....	17
4.1 Litteraturstudie	17
4.2 Litteratursøk og datainnsamling	19
4.3 Valg av kilder	20
5.0 Resultat.....	21
6.0 drøfting	22
6.1 Menneske- til - menneske forhold, - Fremme livskvalitet ved å bevare DAT -pasientens autonomi.....	22
6.2 Livskvalitet gjennom aktivitet og samvær	24
6.3 Kommunikasjon – Et viktig verktøy i fremming av livskvalitet	27
7.0 Konklusjon	28
8.0 Litteratur	30

1.0 Innledning

Folkehelseinstituttet sine tall fra 2009 viser at det finnes ca 70.000 mennesker som lider av demens i Norge. Forekomst av demens i institusjoner i landet er høy. Antallet eldre i Norge vil øke og beregnet antall i 2050 er på ca 160. 000. Demens er en sykdom som er ressurskrevende, og det stilles krav til god planlegging og tilrettelegging av tjenestetilbud til hver enkel pasient. Aldersdemens er den hyppigste lidelsen som fører til mental reduksjon og det virker inn på disse pasientenes evne til å være selvhjulpne. Demens hører til de viktigste lidelser hos eldre, både fordi de forekommer hyppig og fordi de medfører betydelig reduksjon i livskvalitet og funksjon. Siden det er et økende antall av disse pasientene er den en utfordring og viktig å ha fokus på hva livskvalitet er for disse pasientene og hvordan man kan jobbe for å bidra til en økt følelse av livskvalitet og en meningsfylt hverdag.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diktet som er brukt på fremsiden henger innrammet på kontoret ved dementavdelingen jeg har jobbet på. Diktet har rørt meg og det minnet meg på hvordan demente kan oppleve sin situasjon, også om hvor viktig det er å bidra til en meningsfull hverdag i sykehjemmet. Min farmor lider også av Alzheimer og både som pårørende, og som pleier til pasienter av denne gruppen har jeg blitt opptatt av hva livskvalitet er for disse pasientene og behovet for kunnskaper for å få en økt forståelse av sykepleie til demente. Jeg har igjennom praksisperioder og jobb i dementavdeling, blitt opptatt av tegn til trivsel og av spørsmål om hva livskvalitet er for disse pasienter som lider av demens som er innlagt i institusjon.

Jeg er opptatt av bruk av kommunikasjon og har selv erfart i praksis betydningen av bruk av ulike kommunikasjoner med demente. Mennesker med en demenssykdom utgjør som sagt et stort tall av pasientene som er mottaker av sykepleie i sykehjem. Derfor mener jeg at det er viktig at vi har fokus på hvordan disse pasientene kan oppleve en meningsfylt hverdag til tross for sin mentale svikt og symptomer som følger med sykdommen. I tillegg til å sørge for å dekke grunnleggende behov har sykepleieren også en mulighet til å kunne være en bidragsyter til å skape gode øyeblikk som bidrar til en følelse av livskvalitet i ”nået”.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleier bidra til en økt følelse av livskvalitet hos sykehjemspasienter som lider av Alzheimer sykdom?

1.3 Avgrensning av problemstillingen og presisering

På grunn av oppgavens størrelse og tidsbegrensing, har jeg valgt å fokusere på hva livskvalitet er, og hvordan sykepleier kan bidra til opplevelse av dette gjennom å bevare autonomi, bidra til aktivitet for å unngå passivisering og kunne oppleve samhør med andre, med fokus på kommunikasjon og knyttet dette opp mot demente pasienter.

Ytterlig avgrensning er at jeg har fokuset på demente som lider av Alzheimer sykdom som bor på sykehjem. Når demente har fast boplass på sykehjem så vil det ofte til si at det har kommet i en senere fase av demensutviklingen. Siden sykdommen er veldig individuell så avgrenser jeg ikke spesifikt til en fase, men oppgaven vil være rettet mot pasienter som har kommet et stykke i demensutviklingen og som trenger hjelp til ivaretagelse av seg selv. Jeg bruker begrepet trivsel og knytter det opp til en følelse av livskvalitet. Problemstillingen min dreier seg om å få frem hva livskvalitet er og hvordan sykepleieren kan bidra til at den demente kan oppleve trivsel og fremme livskvalitet ved å verne om autonomi, bidra til aktivitet og samhør med andre for å oppleve mening i hverdagen på sykehjem. Jeg har igjennom oppgaven lagt fokus på kommunikasjon som er et viktig verktøy for å oppnå dette.

1.4 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å se på hvordan sykepleiere kan bidra til å fremme trivsel og bidra til å øke livskvaliteten hos disse pasientene som har som følge av sin sykdom en mental svikt og redusert kognitiv funksjon og er avhengig av andre i det daglige.

Om sykepleier lykkes i å fremme trivsel til tross for symptomene som følger med sykdommen, så kan man lykkes i at pasientene opplever noe som er meningsfylt i hverdagen, å få en følelse av mestring i de utfordringene som møter dem i hverdagen. Hensikten er å legge fokus på å gjøre pasienten til en aktiv deltaker i den pleien som blir gitt. Hensikten med å ha fokus på kommunikasjon er at det er et av de viktigste virkemidlene for å oppnå mål i sykepleie. Hos demente er det særlig viktig med fokus på kommunikasjon for å oppnå forståelse. I tillegg så er denne oppgaven et krav i min utdanning som sykepleier

1.5 Oppgavens disposisjon

I oppgaven begynte jeg med en forklaring på hva jeg har valgt å skrive om og hvorfor.

Kap. 2 er Teorikapittel, Kap. 3 omfatter Travelbees sykepleie teori, Kap. 4 er metode, Kap. 5 er resultatdel, Kap 6 er drøftingskap og Kap 7 er konklusjon.

2.0 Teori

2.1 Aldersdemens

”Demens” er ikke en sykdom, men blir brukt som en fellesbetegnelse på flere tilstander som kan være forårsaket av ulike hjerneorganiske sykdommer. Det som kjennetegner alle sykdomstilfellene er en kronisk og irreversibel kognitiv svikt. (Karoliussen og Smebye, 2006). En skiller altså mellom ulike typer demens: Alzheimers, vaskulærdemens, frontallappdemens, diffus Lewy-body-demens. En finner også en gruppe med sekundære demenser. Alle typer demens gir en mental svikt og griper inn i menneskets psykologiske og emosjonelle funksjoner. (Karoliussen & Smebye, 2006).

En definisjon på demens kan være: Aldersdemens kan defineres slik:

En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenking. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid (Engedal og Haugen i Karoliussen & Smebye, 2006 s. 535).

2.2 Ulike typer demens, forekomst, og prognose

Trolig er aldersdemens den hyppigste forekommende sykdommen som oppstår i høg alder. Undersøkelser gjort i Norge viser at forekomst av demens i institusjon var over 70 prosent (Engedal og Haugen, 1996 i Karoliussen og Smebye, 2006). Folkehelseinstituttet sitt tall fra 2009, viser at det finnes ca 70.000 mennesker som lider av demens i Norge, og at om lag 60 prosent av de som rammes antas å ha Demens Alzheimer type (DAT) vaskulære demenser utgjør ca 20 %, demens med Lewy Legme ca 15 %, frontallappdemens ca 5%. Sekundær demens er en demens tilstand der demens er et av flere symptomer forårsaket som følge av en primær årsak (Nasjonalforeningen for folkehelsen 2009).

Aldersdemens er den hyppigste lidelsen som fører til mental reduksjon i betydelig grad, slik at det virker inn på den enkeltes evne til å være selvhjulpen. (Karoliussen og Smebye, 2006).

Den viktigste risikofaktoren for å utvikle en demenstilstand er økende alder. Fordi at antall elde øker i Norge vil antall av demenstilfeller også øke. Det er beregnet et tall på ca 160 000 demente i Norge i 2050, om dagens utvikling forsetter. (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2009).

2.3 Demens av Alzheimer type (DAT)

DAT er den vanligste formen for demens og man skiller sykdommen ved sen og tidlig debut.

Tidlig debut ser man oftest før 65år. Symptomer er mer uttalt, og flere tidlig i sykdomsforløpet. Her ser man også en hurtig utvikling av sykdommen sammen med et komplekst symptombilde allerede tidlig i begynnelsen av sykdommen. (Engedal og Haugan, 2006).

Sen debut ser man oftest etter 65 år, her er det færre symptomer og sykdomsutviklingen er ofte mindre dramatisk enn ved tidlig debut. Sviktende hukommelse er det symptomet som man ser som mest fremtredende i begynnelsen. Årsakene til Alzheimer og den sykdomsutviklingen som oppstår i hjernen er ukjent. (Engedal og Haugan, 2006).

2.4 Anatomiske forandringer ved DAT.

Det funnet som er mest karakteristisk ser man i kortikale områder i storhjernen, men kan også påvises i subkortikale områder. Kortikale skader er utbredt i temporallappen og parietallappen ved tidlig debut, og temporalt og parietalt og frontalt ved sen debut. Det finnes også skader i andre kortikale områder. (Engedal og Haugen, 2006).

Nevrofibrile floker

Debut av Alzheimer forekommer oftest i høg alder. Ved Alzheimer sykdom ”skrumper” eller atrofierer hjernen. Dette grunnet celledød. I hjernens nerveceller finnes det normalt fine proteinholdige fibrer som løper parallelt. Prosessen som fører til celledød gjør at det dannes ”floker” inne i hjernens nerveceller. Ved DAT så tvinner fibre seg sammen og danner disse flokene. (Karoliussen og Smebye, 2006). Når DAT oppstår så tvinner to og to fibrer seg rundt hverandre, og etter hvert floker de seg rundt hverandre.(Jacobsen m.fl, 2001).

Senile plakk

Det blir dannet ”senile plakk” utenfor cellene. De består av proteinkjerne, beta- amyloid. Rundt kjernene finnes det nervecelleutløpere som er i ferd med å brytes ned. (Karoliussen & Smebye, 2006). Denne forandringen tar sted ekstra cellulært (utenfor cellene). Undersøkelser

viser at det finnes klar sammenheng mellom antall senile plakk og neurofibrillere floker i hjernen og grad av mental svikt (Engedal og Haugen, 2006).

Det oppstår forandringer i en rekke nervokjemiske substanser hos personer med alzheimer. Den viktigste er reduksjonen av signalsubstanser eller neurotransmitterstoff. Disse er viktige for overføringen av impulser mellom nervecellene. Den reduksjonen som oppstår vil føre til at impulsoverføringen går langsommere, eller opphører helt. Sykdomsutviklingen går gradvis, og går over flere år. De som rammes mister over tid flere og flere funksjoner. (Karoliussen & Smebye, 2006).

2.5 Symptomer

Symptomene på demens oppstår som en rekke tap som får en innvirkning på pasientens selvbilde og identitet.

Det følger et omfattende symptom-bilde ved DAT og dette medfører svikt i mentale funksjoner, følelsesmessige reaksjoner og i atferd (Karoliussen og Smebye, 2006).

Symptomer som oppstår:

- Sviktete hukommelse
- Sviktende oppmerksomhet
- Språksvikt
- Sviktende evne til gjennomføring av praktiske handlinger
- Sviktende evne til forståelse av og handling i rom
- Svikt i intellektuelle evner
- Følelsesmessige endringer - angst, depresjon (Karoliussen & Smebye. 2006).

Vrangforestillinger, illusjoner, og hallusinasjoner kan forekomme hos noen. Når mestringskontrollen og de intellektuelle evner svikter, kommer det primitive reaksjoner tilsyne hos pasienten (Karoliussen & Smebye, 2006)

2.5.1 Hukommelse

Sviktende hukommelse er et av hovedsymptomene ved en demenslidelse, og er alltid gjeldene hos pasienter som er rammet av DAT. Svikten gjelder både langtids og kortidshukommelse.

Ved DAT vil både den episodiske (kortidshukommelse) og den sematiske (langtidshukommelse) hukommelsen svikte.

I starten av en demensutvikling kan det registreres læringssvik for nye oppgaver og situasjoner. Pasienter i startfase vil ha liten effekt av gjentatt informasjon og læringsopplegg. Svikt i kortidshukommelse kommer til uttrykk hvor det settes krav til delt oppmerksomhet, altså å forholde seg til flere hendelser samtidig (Karoliussen og Smebye, 2006).

2.5.2 Sviktende oppmerksomhet og språk

Ved DAT svikter både fokusert og delt oppmerksomhet. Pasientene som rammes får problemer med konsentrasjon, orientering og problemløsning. Dette virker også inn på læreevne og hukommelse og evne til å utføre praktiske handlinger (Karoliussen og Smebye, 2006).

Språkproblemer er et av de første symptomene ved DAT i en tidlig fase. Sviktende språksvikt som følge av hjerneskade deler man ofte opp i tre grupper:

- Motorisk afasi
- Sensorisk afasi
- Anomisk afasi

Motorisk afasi ses som en usammenhengende tale og uklart verbalt budskap.

Sensorisk afasi skaper problemer med orientering å kunne gjøre tilværelsen forutsigbar for vedkommende.

Anomisk afasi gir vansker med å uttrykke seg fordi pasienten ikke husker navn på ting.

2.6 Depresjon

Depresjon opptrer hyppig ved demens, og er betinget både av psykologiske og biologiske faktorer. Den sviktende evnen til å tilpasse seg de ulike tapene er den sentrale utløsende årsaken. Endringene som oppstår i samspill mellom ulike signalsubstanser i hjernen er også en årsak. Å sette en diagnose på depresjon kan være vanskelig hos demente pga språksvikt og generell kommunikasjonssvikt.

2.7 Livskvalitet

Livskvalitet er knyttet til den enkeltes opplevelse av helhetlig funksjon og velvære. Begrepet handler om det gode liv og mange faggrupper har arbeidet med dette begrepet og definert det ut i fra eget ståsted. Det er enighet om at livskvalitet handler om individuell opplevelse av å ha det godt eller dårlig (Rustøen, 2001).

Jeg vil presentere Siri Næss sin definisjon på begrepet livskvalitet. Næss er en norsk psykolog som har arbeidet lenge med livskvalitet, og hennes definisjon er mye sitert i Norge. Næss presenterer fire punkt som til sammen utgjør livskvalitet. Næss skriver at en person har det godt og har høy livskvalitet dersom personen er:

”en person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv (har interesser og engasjement), har samhørighet (har gode interpersonlige forhold), har selvfølelse (føler seg vel som menneske) og har en grunnstemning av glede(er åpen og mottakelig)” (Rustøen, 2005, s.134).

1 aktiv (har interesser og engasjement)

2 har samhørighet (har gode interpersonlige forhold)

3 har selvfølelse (føler seg vel som menneske)

4 har en grunnstemning av glede (er åpen og mottakelig)

(Næss i Rustøen, 2001 s 17)

Begrepet knyttes til individer, subjektive tilstander, og til helhetlige positive og negative opplevelser. Subjektiv livskvalitet defineres som *”Enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsemessige opplevelser.”* (Mastekaasam m.fl., i Karoliussen & Smebye 2006 s 58) Innen helseforskningen forstås ofte livskvalitet som tilfredshet med fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved livet knyttet til sykdom. I tillegg til at livskvalitet er et subjektivt begrep, er det også et begrep som inneholder flere sider, slik som fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspekter ved menneskers liv.

3.0 Teoretisk referanseramme - Travelbee

Joyce Travelbee (1926-1973) er en amerikansk sykepleie teoretiker. Travelbee sin sykepleie-tenking har hatt, og er fortsatt, en aktuell innflytelse innen norsk sykepleieutdanning.

Travelbee sin bok *Interpersonal Aspects of Nursing* ble første gang publisert i 1966. Den ble oversatt til Norsk i 1999.

Jeg benytter Travelbees sykepleie teori i min oppgave fordi hun beskriver kommunikasjon som har relevans for min problemstilling, og hvordan utvikle et menneske- til – menneske forhold. Hun har også et fokus om å kunne bruke seg selv terapeutisk som også er viktig i samhandling med DAT- pasienten.

For at sykepleieren skal kunne bidra til økt livskvalitet for DAT- pasienter i sykehjem, mener jeg hun bør kjenne til ulike kommunikasjonsteknikker og hva som styrer den mellommenneskelige prosess.

3.1 Menneskesyn og syn på sykepleie

Grunnverdien i menneskesynet til Travelbee er at hvert enkelt menneske er unikt. Travelbee ser på ethvert menneske som et unikt og erstattelig individ som er en engangsforeteelse i verden, som er likt og samtidig ulikt alle andre mennesker som har levd eller kommer til å leve (Travelbee, 1999).

Travelbee sitt syn på sykepleie:

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleieren hjelper en person, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig finne en mening i disse erfaringene

(Travelbee, 1999 s 29).

Travelbee sier at sykepleie er en mellommenneskelig prosess for at det alltid handler direkte eller indirekte om mennesker. Hun sier at det er en prosess fordi det dreier seg om en serie av hendelser eller erfaringer mellom sykepleieren og individet eller flere individer som har behov for den hjelpen sykepleieren kan gi (Travelbee, 1999). For å kunne hjelpe et individ hevder Travelbee at opprettelsen av et menneske til menneske forhold er nødvendig.(Travelbee, 1999).

Travelbee sier at hensikten med sykepleie er å hjelpe mennesker til å enten forebygge eller å kunne mestre sykdom og lidelse, og om nødvendig finne mening i slike erfaringer. Hun hevder at for å kunne oppnå hensikt med sykepleie er menneske – til menneske forholdet nødvendig.

3.2 Menneske til menneske forhold

En av grunntankene i Travelbees sykepleieteori er at sykepleieren har som oppgave å etablere et Menneske- til - menneske forhold mellom seg og pasienten.

Slik definerer Travelbee dette forholdet:

Et menneske - til - menneske forhold er primært en erfaring eller en rekke erfaringer som finner sted mellom en sykepleier og den hun har omsorg for. Hovedkjennetegnet ved disse erfaringene er at den syke får sine behov ivaretatt (Travelbee 1999, s177).

Travelbee skriver at et slikt forhold målbevisst opprettes og opprettholdes av den profesjonelle sykepleier. Forholdet er gjensidig viktig og meningsfylt ved at både den syke og sykepleieren har behov som blir oppfylt. Travelbee sier at et menneske- til – menneske forhold oppstår bare når sykepleier og pasient ser, og forholder seg til hverandre som mennesker, og ikke bare roller.

Et menneske – til menneske forhold oppstår ifølge Travelbee etter at forholdet mellom sykepleier og den syke har gått igjennom flere faser (Travelbee, 1999).

- Det innledende møte
- Framvekst av identiteter
- Empati
- Sympati
- Etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

Det innledende møtet

Det innledende møtet er når sykepleieren og pasienten møtes første gang. Begge parter vil bygge opp antakelser og meninger om vedkommende. Her er førsteinntrykk sentralt.

Begge parter kan ka gitt opp inntrykk av hverandre på forhånd, bygget på tidligere erfaringer, som vil komme til å prege det første møtet. På bakgrunn av dette kan det fort oppstå stereotypi og generalisering. Travelbee sier at sykepleieren må bryte ut av kategoriseringsmønsteret for å kunne se mennesket i pasienten, altså se det individuelle ved pasienten. Førsteintrykket de har fått av hverandre kan endre seg, men kan også bli stående uendret.

Framvekst av identiteter

Etter hvert går altså forholdet inn i en ny fase hvor identitetene begynner å tre frem. Travelbee beskriver dette som evnen til å se og verdsette den andre som et individ og kunne etablere en tilknytning til den andre. Oppfatninger om roller blir svakere og sykepleieren og pasienten begynner å etablere et kontaktforhold, hvor sykepleieren begynner å fange opp hvordan pasienten tenker og føler og oppfatter sin situasjon. Framveksten av identiteter danner grunnlaget for empati.

Empati

”Empati er en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand i øyeblikket”(Travelbee 1999, s 193). Travelbee forklarer dette som en prosess der en tar del av en annens sinnstilstand, men samtidig stå utenfor objektet for empati. Å føle empati sier Travelbee er å knytte seg til den andre og oppleve nærhet å forstå tanker og meninger som den andre har, men samtidig holde eget liv adskilt. Ifølge Travelbee er ikke empati en kontinuerlig prosess, men noe som skjer av og til.

Når empati har oppstått, er forholdet mellom sykepleier og pasient forandret for alltid.

Sympati

Den empatiske prosessen ligger til grunn for sympati. Empati er ifølge Travelbee en nøytral forståelse, sympati er knyttet til ønsket om å hjelpe pasienten. Sympati er det som konkret vil føre til en handling, et ønske om å hjelpe pasienten.

Empati blir til sympati når denne mentale resonans (empatien) tilføyes ønsket om å samarbeide eller hjelpe. Sympati rommer en varme eller tilskyndelse til å handle som ikke er til stede i empati. Den empatiske person kan oppfatte den andres ubehag, forstå hva det skyldes og forutsi hva slags atferd det vil resultere i. Men den

sympatiske person føler den andres ubehag. Han blir rørt av det og ønsker å gjøre noe aktivt for å avhjelpe eller lette tilstanden (Travelbee i Kristoffersen, 2005 s 31).

Sympati sier Travelbee, er en innstilling eller holdning, og når man uttrykker sympati formidler en at engasjerer seg i pasienten som en person og bryr seg om hvordan han har det. (Travelbee I Kristoffersen, 2005).

Etablering av gjensidig forståelse og kontakt

Denne fasen er et resultat av de interaksjonene som har funnet sted i de tidligere fasene, og den danner grunnlaget for et menneske- til- menneske forhold. Det oppstår når sykepleieren har klart å vise forståelse og ønske om å hjelpe pasienten, og faktisk hjelper han. Det forutsetter at sykepleieren altså har et ønske om å hjelpe, og har de kunnskaper og ferdigheter som behøves for å iverksette sykepleietiltak som samsvarer med de behov som den individuelle pasienten har. I det forholdet som har oppstått sier Travelbee at kommunikasjon er et av de viktigste redskapene sykepleiere har. (Travelbee i Kristoffersen, 2005).

3.3 Kommunikasjon

Kommunikasjonsprosessen foregår kontinuerlig i følge Travelbee, den er formålstyrt hvor det skjer en utveksling mellom meninger og budskaper mellom individer. Kommunikasjonen hvor man formidler disse meningene deler man opp i verbalt og non-verbalt. Travelbee skriver at en verbal kommunikasjon alltid blir ledsaget av den non-verbale. I alle møter mellom sykepleier og pasient, foregår det en kommunikasjon. Dette sier Travelbee skjer ved hjelp av ord (verbalt) og gjennom gester, ansiktsuttrykk, kroppsspråk og berøring med mer (nonverbalt). Kommunikasjonsprosessen har i følge Travelbee tre mål, som er å lære den syke å kjenne, forstå og ivareta den sykes behov, og å oppfylle sykepleierens mål og hensikt. I Travelbee sin vurdering av hva som kommer frem i kommunikasjon er sykepleieren avhengig av å ha visse ferdigheter. Travelbee sier at sykepleieren må ha ulike kommunikasjonsevner og kunne bruke kommunikasjon målrettet.

Travelbee understreker at dersom sykepleieren viser likegyldighet og lite engasjement ovenfor pasienten, vil ikke kommunikasjonsteknikkene føre til et godt kontaktforhold. Sykepleieren må heller ikke bli for opptatt av å bruke teknikker, hvis dette går ut over den

spontane og naturlige siden av kommunikasjonen, mellom henne og pasienten. (Travelbee, 199) I denne oppgaven blir det å kunne kommunisere med DAT- pasienten ut i fra en senere fase.

Kommunikasjon er en gjensidig prosess der en deler eller overfører tanker og følelser.

Kommunikasjon kan enkelt defineres som utveksling mellom to eller flere parter. I det daglige bruker man kommunikasjon om flere fenomener. All kommunikasjon forutsetter minst to personer. (Eide og Eide, 2008).

Profejonell helsefaglig kommunikasjon er basert på yrkets verdi grunnlag som man finner i internasjonal retningslinje for sykepleie

Sykepleie ytes uavhengig alder, hudfarge, trosoppfatning, kultur, funksjonshemming eller sykdom, kjønn og seksuell legning, nasjonalitet, politisk oppfatning, etnisk bakgrunn eller sosial status” (Eide og Eide, 2008 s 19).

Begrepet ”hjelpende kommunikasjon” er for å tydeliggjøre at kjennetegnet ved all kommunikasjon i helseyrker er ment for å være til hjelp for pasienten og pårørende. Ved hjelpende kommunikasjon har man som hensikt å oppnå anerkjennelse, trygghet og tillitt og kunne formidle informasjon som fremmer mestring hos pasientene. (Eide og Eide, 2006).

4.0 Metode

Metodevalg består av å velge framgangsmåte for den studien man skal gjøre. Valg av metode begrunner man i lys av problemstillingen(Dalland, 2007). I mange sammenhenger med spørsmål om metode blir Vilhelm Aubert sitert. I Dalland 2007, formulerer han det slik:

En metode forteller oss noe om hvordan man bør gå til verks for å komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst hjelpemiddel som tjener dette formålet hører med i arsenalet av metoder (Dalland, 2007 s 81).

4.1 Litteraturstudie

Til denne oppgaven har jeg valgt å gjøre en litteraturstudie. Bakgrunnen for dette valget er at det er et krav for oppgaven og herunder den tiden som da står til disposisjon. For å velge et empirisk studie, så tror jeg det kreves større forkunnskap om emne enn hva jeg har som utgangspunkt, og erfaringer om å skrive et slikt studie. Ved litteraturstudie så har man tilgang til et stort spekter av litteratur, og man kan lett få oversikt over temaet. På den andre siden kan

stor tilgang på litteratur hindre en i å få lest alt i sin helhet og dette kan føre til at en kan overse viktige poeng. Man må også være klar over at data man finner kan være usanne eller unøyaktige. Derfor må man være kritisk i valg av kilder.

I følge Forsberg og Wengstrøm 2008 innebærer dette å systematisk søke, kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde. Forsberg og Wengstrøm hevder at dette krever en tydelig formulert problemstilling som kan besvares systematisk. Dette gjennom å kritisk analysere og vurdere forskningslitteratur. Forsberg og Wengstrøm skriver at en systematisk litteratur studie krever at en går i dybden på de undersøkelsene som er blitt gjort for den problemstillingen man har valgt. Metoden jeg har valgt har vært en hjelp til å finne aktuelle forskningsresultat som har positive/negative konsekvenser i forhold til den valgte problemstillingen min.

Fordeler og ulemper med litteraturstudie

I en litteraturstudie er fordelene at det vanligvis er tilgang på gode og relevante kilder som til sammen utgjør et bredt spekter av aktuell litteratur. Litteratur er viktig som grunnlag for studentoppgaver (Dalland, 2007). Om man kombinerer teori fra litteraturen med hva man har opplevd i klinisk praksis, altså egen erfaring, bør det gi resultater som utfyller kravene til en litterær oppgave (Dalland, 2007). Ulempene kan være at det er nødvendig med en kritisk holdning til litteraturen. Litteratur kan være ”gammel” viten og den kan være tolket av andre. (sekundærlitteratur).

Etiske overveielser

Etisk overveielse ved litteraturstudie bør gjøres betreffende utvalg og i presentasjon av resultat (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Jeg har gått utifra Forsberg og Wengstrøm når jeg har vurdert utvalget jeg har brukt. De sier at:

- De studier man velger har med etiske overveielser eller har fått tilstand fra en etisk komitè.
- Å avregne alle artikler som inngår i litteratur studiet, samtidig så de ikke er mer enn 10 år gamle.
- Presentere resultat som støtter repektiv og ikke støtter hypotesen- der de uetiske endes å presentere de artiklerne som bare støtter egen mening. (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Kvalitetskriterier og kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastlå om en kilde er sann. Hensikten med å bruke eller å ha fokus på kildekritikk når man utfører et studie er at leserne tar del i de refleksjoner en har gjort seg om hvilken relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder valgt problemstilling (Dalland, 2007).

Målet for vitenskaplig virksomhet innen helsefag er i følge Fjelland og Gjengedal tosidig.

- Vitenskapens oppgave er å skape god praksis.
- Vitenskapens oppgave er å avklare hva som er god praksis

(Dalland, 2007).

Validitet i bruk av kilder innebærer at kildene betraktes som relevante og gyldige(Dalland, 2007). Jeg vil i denne oppgaven benytte meg av litteratur som anses valide og omfatter forhold som er relevante for å svare på min problemstilling. Fokuset mitt i valg av kilder vil være at litteraturen er sykepleierrelatert og skrevet av forfattere med fagkompetanse innenfor feltet.

Reliabilitet betyr pålitelighet(Dalland, 2007). Jeg kommer til å bruke/benytte meg av litteratur fra ulike forfattere. Jeg har sette etter yrke og akademisk bakgrunn og tidligere publikasjoner, Jeg har vurdert synspunkter på aktuelle forhold og om de representerer primær eller sekundær kilder og om elektroniske kilder jeg bruker fremstår som seriøse. I en litteraturstudie kan det bli brukt både primær og sekundærkilder. Jeg har brukt begge deler i oppgaven. I sekundærkilder så har en forfatter tolket noe av en annen forfatter.

Når man bruker sekundærkilder så må en være klar over at missforståelser/misstolkninger eller feiltolkninger av primærforfatter kan forekomme.

Forskningsartikler bør være fagfellevurdert, som er en metode for og kvalitetsikre publikasjoner. Metoden er mest brukt i vitenskaplig publisering, på den bakgrunn vil jeg anse kildene som pålitelige (Dalland, 2007).

4.2 Litteratursøk og datainnsamling

Ved oppstart av søking etter litteratur startet jeg i hovedsak på biblioteket ved høgskolen Stord/Haugesund. Jeg brukt databasene: BIBSYS, Vård i Norden og Norart, evidence based

nursing, SveMed, sykepleieforskning og tidsskriftet i min søkeprosess. Jeg har brukt søkemotorer og elektroniske tidsskrifter som ligger på bibliotekets hjemmeside.

Anvendte søkeord i de ulike databasene: Alzheimer, Alzheimers disease, demens, dementia, geriatri, tilrettelegging, målrettet miljøarbeid, sykepleie, nursing, caregivers, samhandling, interaction, kommunikasjon, communication.

Jeg har brukt alle de overnevnte søkemotorene og søkeord, men her viser jeg til eksempel i søkeprosessen som førte til resultat:

SveMed:

Søkeordet demens gav 24 funn i denne databasen, og deriblant var ”*Hur demenssjukas smärta kan tolkas*”.

Vård i Norden:

Kombinasjon av søkeordene sykehjem og demens innskrenket antall treff betraktelig til 2 treff deriblant: ”*Autonomi i sykehjem – en beskrivelse av avdelingssykepleiers forhold til autonomiprinsippet*”

Kombinasjon av søkeordene ”trivsel”, ”verdighet” og ”sykehjem” førte til innskrenking til to treff deriblant *Pleier – pasient relasjonen i sykehjem – tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse.* ”

Det hjalp å bruke nevnte søkeord, og bruke dem i kombinasjoner. I funn så vurderte jeg når og hvor artiklene var publisert og hvorvidt de er relatert til sykepleie. Det viste seg at det var vanskelig å finne artikler og forskning som er direkte knytt opp til min problemstilling, men de valgte artiklene har relevans for min problemstilling.

4.3 Valg av kilder

Litteratur jeg har brukt er i hovedsak funnet ved biblioteket ved HSH. Om begrepet kommunikasjon har jeg brukt ”Kommunikasjon i relasjoner av” av Eide & Eide og ”mellommenneskelige forhold i sykepleie” av Travelbee, 1991. Ellers så har jeg brukt relevant pensumlitteratur og valgte artikler som blir presentert i resultatdelen av oppgaven. Som sykepleieteoretisk referanse har jeg støttet meg til Joyce Travelbee og hennes bok ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie”. Annen litteratur er pensumlitteratur og relevant faglitteratur.

Som supplement har jeg benyttet meg av to fagartikler som har relevans for problemstillingen min.

5.0 Resultat

Artikkel nr 1: ”Pleier - pasient - relasjonen i sykehjem – tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse”

Artikkelen er skrevet av høgskolelektor Gøril Haugan Hovdenes. Artikkelen ble godkjent for publisering 2002.

Studien er av kvalitativ metode og er skrevet med den hensikt å kunne presentere essensen av det å oppleve mening i livet som sykehjemspasient. Studien tar for seg spørsmålet om hvilke faktorer som bidrar til opplevelse av mening i livet som sykehjemsbeboer. I studiet er det gjort 17 omfattende intervju med 9 ulike pasienter med en gjennomsnittsalder på 79 år. Resultatet beskriver disse pasientenes opplevelse av mening og meningsløshet, og pleier-pasient relasjonen står sentralt i opplevelsen av disse. Studiet konkluderer med at pasientens opplevelse av pleierrelasjonen er avgjørende i hans selvopplevelse av livet som meningsfullt eller meningsløst. Pleierens evne til å møte pasienten som en person er avgjørende for pasientens integritet og opplevelse av seg selv som levende og autonom (Hovdenes, 2002).

Artikkel nr 2: ”Hur demenssjukas smärta kan tolkas”

En studie av kvalitativ metode skrevet av Sara Lundell og Kerstin Svensson. Målet for studien var å beskrive hvordan sykepleiere og annet pleiepersonell kan tolke smerte hos pasienter som lider av demens. Videre var målet å lage et enkelt instrument som verktøy for å oppdage/analysere smerte hos disse pasientene. Bakgrunnen for studiet er forskning som viser til at demente er underbehandlet og lider unødvendig. Metoden som ble brukt var intervju med et utvalg av sykepleiere og hjelpepleiere, for og senere, på bakgrunn av dette utarbeide et instrument som de skulle bruke i tolking av smerte hos pasientene. I resultatet fremkom smerte av ulik grad; fysisk, psykisk og åndlig (Lundell og Svensson, 2003).

Artikkel nr 3: ”Autonomi i sykehjem”

En studie av kvalitativ metode skrevet av: Marianne Askautrud- stipendiat og Bodil Ellefsen, professor. Bakgrunnen for denne studien har vært det faktum at autonomi har blitt et fokus som er viktig innen norsk helsehjelp. Studien lette etter svar på hvordan avdelingssykepleiere forholder seg til autonomi prinsippet på sykehjem. Studien søker svar på tre spørsmål som

innebærer avdelingssykepleiers forståelse av autonomiprinsippet og hva som hemmer og fremmer autonomi. Funn i studien viser at varierende grad av kognitiv svikt oppleves som det største hinder for autonomi. Kognitiv svikt kan føre til oppførsel som gjør at personalet må overstyre pasienten. Funn i denne studien viser også til at holdninger blant personalet som en av de største utfordringene knyttet til autonomi. (Askautrud og Ellefsen, 2008).

6.0 drøfting

6.1 Menneske- til - menneske forhold, - Fremme livskvalitet ved å bevare DAT - pasientens autonomi

Den kognitive svikten som DAT- pasienten lider av kan føre til situasjoner i samhandling med sykepleier og annet pleiepersonell som kan true personens autonomi. Sykepleier skal ifølge Travelbee (1999) bevisst skape en relasjon til det individuelle mennesket hun utfører sykepleie til. Gjennom fire faser så skal i følge Travelbee et menneske- til- menneske forhold oppdrettes jf.3.3 punkt om Travelbee. Med de symptomene jf. 2.5 som DAT fører med seg kan dette i praksis by på utfordringer.

Jeg har erfart i praksis at det å oppnå forståelse hos DAT pasientene i utførelse av nødvendig sykepleie kan være vanskelig. Autonomi er nedfelt i menneskerettighetene og sykepleiere vil ut i fra verdiene i yrket forsøke å vise pasienten respekt og forståelse. Askautrud og Ellefsen (2008) skriver i sin studie at autonomi har betydning for menneskets opplevelse av verdighet, og at begrepet betyr selvbestemmelse, og at blant annet at pasienten skal ha innflytelse i beslutningsprosesser. Askautrud og Ellefsen skriver at med autonomi i sykehjem så vil man at pasienten skal oppleve trygghet og respekt med mulighet til styring av eget liv. Til tross for at DAT pasienten har reduserte mentale funksjoner jf. 2.5 så er dette elementer som også er viktig å ivareta for denne pasientgruppen. Sykepleier må være bevisst på å bevare DAT- pasientens autonomi så godt det lar seg gjøre i de ulike situasjonene man kommer opp i og så lenge det er ansvarlig. Igjennom de fire fasene som Travelbee beskriver det hun omtaler som menneske- til- menneske forholdet jf.3.3 så peker hun på flere ting som er betydningsfulle i sykepleie til demente.

Når sykepleieren har blitt kjent med pasienten og engasjerer seg i mennesket i DAT- pasienten, blir hun kjent med de individuelle verdiene, ressursene og personligheten til pasienten. Det er nettopp dette Travelbee legger vekt på, å se bort i fra roller og se

mennesket, personen i pasienten. Sykepleier kan bruke det individuelle ved pasienten i interaksjonen med DAT- pasienten. Interesser, livshistorie osv. Jeg har erfart at det er lett å komme opp i situasjoner som truer DAT- pasientens autonomi, DAT- pasienten vil ofte ikke selv være i stand til å ta stilling til hva som er rimelig og fornuftig i situasjonen. Et av funnene i Askautrud og Ellefsen sin studie var at avdelingssykepleiere opplevde kognitiv svikt som det største hinderet for autonomi. Jeg opplever at i praksis er det ofte da er kommunikasjonsferdighetene til DAT – pasienten som igjen blir hinderet.

Kunnskap og holdninger

Jeg mener at målet bør være å ivareta pasientens autonomi så godt det lar seg gjøre i alle situasjoner så lenge det er ansvarlig. Men dette innebærer at sykepleiere er bevisst på at krenking av autonomi kan være en faktor som reduserer livskvaliteten til pasienten, og at DAT- pasienter faktisk er avhenging av sykepleiere som kan verne om deres autonomi og integritet. Selv om DAT- pasienter lider av sviktende kognitive funksjoner så har de behov for en viss kontroll over eget liv som i følge Askautrud og Ellefsen er nødvendig for følelsen av egen verd og integritet.

En avdelingssykepleier som deltok i studiet til Askautrud og Ellefsen uttalte at demenete pasienter har til tross for sykdommen muligheter til å ta en del avgjørelser som er knyttet til dagligdagse ting, og at disse pasientene må få styre det de kan så lenge de kan. Holdninger hos helsepersonell kommer også frem i studien som en av begrensningene for autonomi. Forekommer det manglende bevissthet og liten vilje til å inkludere pasientene begrensede mulighetene for autonomi.

I praksis så ble jeg kjent med en DAT – pasient i sykehjem som hadde en nedsatt personlig hygiene og som personalet sjelden lykkes i å hjelpe med stell. Pasienten reagerte ofte med sinne, og hun gav sterkt uttrykk for at hun følte at personalet overkjørte henne. Jeg la merke til at noen av personalet vegret seg for å ha ansvar for stell til den demente pasienten jeg fortalte om ovenfor. Noen uttrykte negative holdninger allerede før de hadde vert inne hos pasienten. Noen av personalet lot seg irritere over den demente, dette kom frem i hevet stemme og ”irritabelt” kroppsspråk. Jeg har både lært og erfart i praksis at den nonverbale kommunikasjonen jf 3.4 har mye å si i samhandling med demente.

Negative holdninger kan bidra til en dårlig kommunikasjon med den demente pasienten. Negative holdninger blant personalet jeg har møtt i praksis gjelder langt i fra de fleste. Men det forekommer, og jeg har merket i praksis at slike holdninger kan være smittsomme.

Hvorfor er det slik? Ikke alt helsepersonell har like stor erfaring med demente. Sammen med at en kanskje ikke er bevisst på at pasienten er dement eller, at man "glemmer seg" litt og at tidspress og mange oppgaver forhindrer tilgang på tid. Jeg tror også personlighet og tålmodighet hos den enkelte spiller inn i samhandling med pasienter med demens i utfordrende situasjoner. I denne sammenheng peker Foss og Whal på avdelingslederens ansvar for å jobbe mot et felles verdi grunnlag. Et av intervjuobjektene i Askautrud og Ellefsen sitt studie legger også vekt på stort arbeidspres i sykehjem, som fører til mindre tid i arbeid med å fremme autonomi og livskvalitet. *".. De får jo dekt fysiske behov, de får mat og blir fulgt på do, men det andre som er minst like viktig, det rekker vi ikke pga resurssmangel."* (Askautrud og Ellefsen, 2008 s 7).

Kunnskap om demens og forståelse av autonomiprinsippet er dermed avgjørende. Til tross for at flere av symptomene som DAT- pasienten lider av i følge sin sykdom så kan sykepleier fremme trygghet i "her og nå" øyeblikke. Jeg erfarer at det er viktig å kunne fremme en følelse av trygghet til denne gruppen av pasienter for å oppnå de mål man har for sykepleie. Når man klarer å fremme en form for trygghet er det lettere å kunne oppnå en forståelse i øyeblikket. Dette krever en bevisst bruk av kommunikasjon jf. 3.4.

6.2 Livskvalitet gjennom aktivitet og samvær

Hva er livskvalitet for DAT- Pasienten? Det kan være naturlig å ta utgangspunkt i at livskvalitet for pasienter som lider av denne sykdommen, er det samme for pasienter som har intakte kognitive funksjoner, og at de har de samme behovene for å oppleve mening med livet.

Siden DAT- pasienten lider av mental svikt så trenger disse pasientene hjelp til å ivareta det som fremmer mening, siden dette er noe de ofte ikke klarer å uttrykke selv. Studien til Hovdenes tar for seg intervjuer med langtids sykehjemspasienter om hva som oppleves som mening i livet for dem. Pasientene som ble intervjuet la vekt på nettopp de elementer som inngår i Siri Næss sin definisjon på hva som skal til for at et menneske opplever livskvalitet jf.

2.7. Funnene i studien viser også til de elementer som hemmer en opplevelse av mening med livet, som er nødvendig for en økt livskvalitet. Det som fører til mening omtaler Hovdenes som ”virkeliggjørelsen” og det som hemmer ”tilintetgjørelsen”.

Virkeliggjørelse: Dette rommer pasientenes livsbekreftende erfaringer som bidrar til å gjøre livet meningsfylt. Pasientene la vekt på livsmot og glede, vennlighet og kjærighet, jeg- du-forholdet, den gode samtalen og delaktighet(Hovdenes, 2002).

Tilintetgjørelsen: Dette innebærer når sykehjemspasientene føler at de ikke har en plass i virkeligheten, at de ikke får fremstå som en person, å være død i en åndeling/eksistensiell betydning. Pasientene beskrev dette som lidelse, når grenser ble krenket, jeg- det forholdet- når pasientene kjenner seg som en ting(Hovdenes, 2002).

Forskjellen vil være at DAT- pasienten ikke vil være i stand til å definere sin følelse av livskvalitet, og gi uttrykk for sine psykososiale behov og, heller ikke ivareta disse på egenhånd. Skriver at pleierens beredskap til å møte pasienten som en person, er avgjørende for pasientens integritet og opplevelse av seg selv. Dette går igjen i Tralvelbee sitt syn på menneske – til – menneske forholdet jf. 3.3 om å kunne være i stand til å se mennesket og personen ikke bare pasienten. For DAT- pasienter som bor på sykehjem er sykepleier og annet helsepersonell de bidragsytere som best kan bidra til opplevelse av mening og fremme livskvalitet. (Hovdenes, 2002)

Dette er fordi at de er de som er mest i kontakt med pasientene i løpet av dagen. Funnene i studien til Hovdenes gjenspeiler flere av de fire punktene i Siri Næss sin definisjon på livskvalitet jf. 2.7

Punktene i Næss sin definisjon går også igjen i Kitwood sin modell over psykologiske behov hos demente pasienter. I den modellen er det kjærighet som står i sentrum, med elementene: Tilknytning, trøst, identitet, å være inkludert og bekreftelse knyttet til seg. Kitwood sier at disse behovene overlapper hverandre og møtes i et sentralt behov for kjærighet(Kitwood, 2003).

For DAT – pasienter som bor på sykehjem, så er det nødvendig at sykepleier bidrar i å oppfylle disse punktene. Siri Næss skriver at mennesket må være aktiv for å ha livskvalitet. Jeg mener at DAT – pasienten sin mentale svikt ikke nødvendigvis betyr fysisk svikt og om sykepleieren kan være den som tar initiativ for DAT – pasienter i sykehjem.

Jeg opplever i praksis at aktiviteter er viktig for å fremme livskvalitet, skape gode øyeblikk og opprettholde funksjoner. Derfor mener jeg at det er viktig å jobbe imot passivitet hos DAT-pasientene. Men for å kunne fremme livskvalitet gjennom aktivitet må ofte sykepleier fungere som initiativtaker. DAT-pasientene lider av en sviktende hukommelse som et av symptomene på sin sykdom jf. 2.4.1 Karoliussen og Smebye 2006, skriver at evnen til å huske er en forutsetning for mestring i hverdagen. DAT – pasienten får dermed problemer med å lære seg nye ting. Derfor mener jeg det er viktig med aktiviteter som DAT-pasienten mestrer. Man må altså ta hensyn til funksjonsevne.

Aktiviteter jeg har erfaring med som kan stimulere DAT-pasientene på en god måte, kan være sang, musikk, høyt lesning, enkle spill osv. Her har jeg også erfaring med hvor viktig det er å se den individuelle pasienten slik som Travelbee jf. 3.0 sier er viktig. Å vise den demente damen som er glad i blomster en fin blomst, eller å synge en sang til den demente mannen som en gang sang i mannskor kan gi en følelse av glede og samvær i nået. Karoliussen og Smebye 2006, støtter dette i det de sier om at aktiviteter til DAT-pasienter bør bygge på bekreftelse av pasientens tidligere rolle, ta hensyn til behov, muligheter og interesser hos den enkelte. Om man som sykepleier har fokus på å bli kjent med den enkelte DAT-pasienten slik som Travelbee jf 3.0 beskriver så kan dette la seg gjøre. Aktivitetene kan være mange. Daglige gjøremål som personlig stell, kle på seg, rydde av bordet er også verdifull aktivisering i følge Karoliussen og Smebye. Foss og Wahl 2002 som har skrevet en artikkel om pasienters behov er viktigere enn rutiner, peker på at det er dokumentert at mange sykehjem i Norge fungerer som et ”passiviserende oppbevarings sted” for pasientene, dette fordi det ikke er lagt opp til aktiviteter. Jeg mener at det handler mye om å gjøre DAT-pasienten til en aktiv deltaker i den pleien man gir.

Jeg mener også at det er viktig å forstå at i aktivitet med DAT-pasientene så er det selve aktiviteten og opplevelsen rundt denne som er viktig. At man skaper gode øyeblikk for den demente. Livskvalitet for disse pasientene er i stor grad slike gode øyeblikk der de kan oppleve glede, mestring og samvær med andre. Siden symptomene som medfører sykdommen jf. 2.5 gjør at pasientene møter mange utfordringer i hverdagen så er slike øyeblikk å verdsette. ”Når en skal vurdere livskvaliteten til demente kan en likestille tegn på trivsel i nået med livskvalitet”(Rokstad mfl. I Karoliussen og Smebye, 2002). I praksis så jeg sett at bruk av standardiserte skjema for å kartlegge trivsel kan være nyttig. Foss og Wahl skriver også at skal man jobbe for å bevare livskvaliteten til sykehjemspasienter, bør det finnes redskap for å

evaluere tiltakene man setter i gang. Ved slike skjema kan man registrere observasjoner og uttrykk for trivsel. Jeg opplevde at når man brukte et slikt skjema så ble man mer bevisst på å fremme og observere trivsel hos DAT- pasientene. I en hektisk dag på sykehjem, så kan dette fort bli noe man ellers glemmer, eller ikke rekker å ha fokus på. (Karoliussen og Smebye, 2006).

6.3 Kommunikasjon – Et viktig verktøy i fremming av livskvalitet

Kommunikasjon er som kjent et viktig hjelpemiddel i all sykepleie. Det kreves både kunnskaper og ferdigheter.

Funn i alle tre studier som jeg har benyttet viser til at kommunikasjon med demente byr på utfordringer, og at det er et stort behov for kunnskaper, ferdigheter og bevisstgjøring rundt dette. For DAT- pasienter er kommunikasjon viktig i både bevaring av autonomi, skape et menneske – til menneske forhold der man blir kjent med den individuelle DAT – pasienten, og når man skal fremme livskvalitet med aktivitet og samvær med andre enten det er pleier eller medpasienter i sykehjemmet.

Funn i Lundell og Svensson (2003) sin studie viser at det kreves kunnskaper og innlevelse av sykepleier for å kunne tolke det som den demente ønsker å formidle. Å ha en nedsatt livskvalitet som fører til ubehag, er også en form for smerte. Funnene i studiet legger vekt på at smerte hos demente har ulike tegn, i denne : fysiske, psykiske og sosiale og eksistensielle tegn. Videre så skriver de at det er viktig at sykepleier kan tolke disse tegnene. Alle de nevnte tegnene i studien går ut på kommunikasjon, for det handler igjen også om å tolke non- verbale tegn hos pasientene. Ut ifra mitt syn så viser funnene at det handler ikke bare om å kunne bruke, men også tolke og observere, i kommunikasjon med DAT- pasienten.

Travelbee (1999) legger blant annet vekt på at kommunikasjonen skal være formålstyrt og bevisst fra sykepleieren sin side jf. 3.0. Ut ifra mitt syn så er dette særlig viktig i samhandling med pasienter med DAT.

Språkproblem er som nevnt et vanlig symptom ved DAT jf.2.4.2. Evnen til å uttrykke seg verbalt svikter og fører til utfordringer, og ofte til at den demente ikke blir tatt på alvor. Funn i Askautrud og Ellefsen sin studie viser til utfordringene med reduserte

kommunikasjonsferdigheter. Ut i fra mitt syn og erfaringer fra praksis, så er det ofte avgjørende for utfallet hvordan sykepleiere eller annet helsepersonell kommuniserer med DAT – pasienten. I følge Jones I Karoliussen og Smebye 2006 så må man ta visse forhåndsregler når man kommuniserer med demente. Slik som Eide og Eide skriver jf 3.0 så foregår det alltid både en verbal og non- verbal kommunikasjon, og for sykepleier så må det være en sammenheng mellom det man sier og gjør. I samhandling med DAT- pasienten så har jeg observert at den non- verbale kommunikasjonen har høy betydning for utfallet av det man ønsker å oppnå som sykepleier. Både for å fremme forståelse og også for å skape trygghet og tillitt hos pasienten. Mine erfaringer stemmer med det som Travelbee sier om å ”bruke seg selv” å være bevisst på non- verbal kommunikasjon i samhandling med pasienten. Jeg opplever i praksis at jeg lykkes best med å gå varsomt frem, og opptre rolig og betryggende for pasienter som lider av DAT. Konkret så handler det om å være bevisst på blick, stemmebruk berøring, og andre non – verbale signaler man sender. Bevisst bruk kommunikasjon med DAT pasienter er ut ifra mitt syn viktig av flere årsaker. Først og fremst er den et nødvendig verktøy som kan hjelpe å føre til mål om man er bevisst og har kunnskaper. På den andre siden er det viktig for kunne ha gode samtaler med den demente. Jeg vet i fra praksis av, at mange av disse pasientene har behov for samtaler og samhør med andre mennesker. For å ha gode samtaleemner, så må man igjen kjenne til det individuelle ved pasienten, hva som tidligere har opptatt pasienten. Slik kan man øke sjansen for å motivere for samtale.

Det er alltid noe man kan gjøre for å bedre et menneskes livskvalitet, dette uansett situasjon og framtidsutsikt. Jeg er enig med Rustøen 2001, som skriver at dette er et positivt utgangspunkt som kan flytte oppmerksomheten bort fra problemer og begrensinger som finnes i situasjonen og legge fokuset på muligheter og ressurser.

7.0 Konklusjon

For at pasienter i sykehjem som lider av DAT skal kunne få en økt livskvalitet og oppleve trivsel og mening i hverdagen så er det nødvendig at sykepleier bidrar på flere områder. I tillegg til å dekke fysiske behov må en også rette fokus på det miljømessige for å fremme livskvalitet i sykehjem. I Hovdenes sin studie så viser funnene til at det som pasienter vektlegger som livskvalitet og mening går igjen i det Næss definerer livskvalitet som.

Om man ikke bidrar til at pasienten kan oppleve mening i hverdagen føler de som Hovdenes seier, en ”tilintetgjørelse” og ut i fra mitt syn så kan da ”omsorg for hele mennesket” bli et tomt slagord.

Livskvalitet for pasienter i sykehjem kan blant annet økes ved å verne om autonomi i så stor grad det lar seg gjøre, for å hindre krenking av pasienten. Da viser felles funn i studiene at det foreligger et krav om kunnskaper og ferdigheter til å bruke disse i praksis. Det er nødvendig med gode kunnskaper om DAT og forståelse over de sviktende funksjonene til pasientene.

I ulik grad så kommer det frem i alle studiene at en må se pasientene som en helhet, lytte og finne frem til de individuelle ressursene dette samsvarer med det Travelbee skriver om å legge vekt på det individuelle ved pasientene og etablere et menneske- til – menneskeforhold, der en blir kjent med personen. Funn i studiene jeg har brukt har også belyst at DAT kan gi utfordringer ved dette forholdet pga den kognitive svikten, så det handler mye om å fremme trygghet og tillitt i ”nået”.

Jeg mener at sykepleier kan bidra til en økt livskvalitet til disse pasientene i stor grad ved å fremme gode øyeblikk og opplevelser for pasienten. Livskvalitet for demente er som Karoliussen og Smebye sier, glede og trivsel i nået. Aktivitet kan fremme livskvalitet på flere nivå. Ved å tilrettelegge aktivitet og ta hensyn til den enkeltes funksjonsnivå kan man bidra til følelse av trivsel og mestring og følelse av glede. Aktiviteter er også en god mulighet til å fremme samhør men andre mennesker som også er nødvendig for å føle livskvalitet. Ved aktivitet kan en hjelpe DAT pasienten med å opprettholde funksjonsevne og hindre passivitet som er viktig for å fremme livskvalitet. Sykepleier må jobbe for at DAT pasienten skal være en aktiv deltaker i pleien som blir gitt.

Kommunikasjon vil være et avgjørende verktøy om man skal oppnå resultat i fremming i livskvalitet. Funn i studiene viser også at det er særlig den non- verbale kommunikasjonen som må bevisstgjøres i samhandling med demente. Alzheimer gir som sagt et komplekst symptom bilde og en god bruk av kommunikasjon vil så klart ikke alltid være nok, men jeg tror at det i mange tilfeller kan hjelpe en som sykepleier å oppnå mål i fremming av livskvalitet hos DAT pasienter.

8.0 Litteratur

- Askautrud, M. & Ellefsen, B. (2008) **Autonomi i sykehjem** Publisert i Vård i Norden
<http://www.artikkel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=3036> Hentet: 14/1-10
- Dalland, O (2007) **Metode og oppgaveskriving for studenter**. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). **Att göra systematiska litteraturstudier** Stockholm, Natur och Kultur.
- Foss, B., & Wahl, A., Pasienters behov viktigere enn rutiner., Sykepleien nr. 18/2002.
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=786&categoryID=25> Hentet: 6/2-10
- Hovdenes, G. (2002) **Pleier - pasient - relasjonen i sykehjem – tilintetjørelse eller virkeliggjørelse** Publisert i Vård i Norden
<http://www.artikkel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=1055> Hentet: 14/1-10
- Jacobsen., D. m.fl, (2001) **Sykdomslære- indremedisin, kirurgi og anestesi** Gyldendal Norsk Forlag Oslo
- Karoliussen, M., & Smebye, K. L. (2006) **Eldre, aldring og sykepleie**. 2.utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Kristoffersen, N. J. (2004) **Grunnleggende sykepleie**. Oslo, Gyldendal.
- Lundell, S. & Svensson, K.(2003) **Hur demenssjukas smärta kan tolkas** Publisert i vård i Norden.
<http://www.artikkel.nu/Bob/GetBob.aspx?bobID=999> Hentet: 14/1-10
- Kitwood., T.(1999) **En revurdering af demens- Personen kommer i første rekke** Munksgrad Danmark, København
- Eide., H & Eide., T. (2008) **Kommunikasjon i relasjoner** Gyldendal Norsk Forlag Oslo
- Engedal., K., & Haugen., P.K., (2006) **Demens- Fakta og utfordringer** Forlaget aldring og Helse 2006
- Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009) **Fakta om demens**. Elektronisk publisering Lest: 6/1-10
<http://www.fhi.no/artikler?id=72828>.
- Today's Senior Network., **Kilde til bilde på oppgavens forside:**
<http://todaysseniorsnetwork.com/Aging%20Hands%20Cane.jpg> Hentet 16/2-10