

Eksamen

Miljøbehandling i praksis

*Taktil berøring som miljøbehandling til
Personer med demens.*



Fagskolen Aldring og helse
Demensomsorg og alderspsykiatri

Kull 2013

Kandidatnummer: 11

Antall ord: 5998

Forord:

Personen jeg har valgt å bruke i denne oppgaven er ei kvinne på 63 år, hun har alvorlig grad av Alzheimers sykdom. Denne diagnosen fikk hun for ca ti år siden, hun har bodd hjemme med ektemannen med hjelp fra voksne barn og støttekontakt frem til for et år siden. Da fikk hun fast plass på sykehjem på grunn av somatisk sykdom som gjorde at hun nå sitter i rullestol. Hennes ønske var og ikke komme på sykehjem, noe ektemannen og barna har prøvd å unngå i det lengste. Miljøbehandlingstiltaket jeg har valgt til denne personen er sansestimulering ved berøring og massasje for økt velvære og avspenning, som er utprøvd over en tre ukers periode.

Taktil berøring og bevisst berøring vil bli brukt som det passer best for å få god flyt gjennom oppgaven.

Taktil berøring/ bevisst berøring er en bevisst og strukturert form for berøring for å aktivere huden på hele kroppen. (6)



Innholdsfortegnelse

Forside	1
Forord	2
Innholdsfortegnelse	3
Del 1.	
1a Personsentrert omsorg og VIPS rammeverket.....	4-5
1.b Beskrivelse av personen jeg har valgt ved hjelp av Kitwoods utvidede modell.....	5-7
1.c Beskrivelse av hvordan demenssykdommen innvirker på hennes psykologiske behov, kognitive og praktiske ferdigheter.....	7-9
Alzheimers sykdom med tidlig debut.....	7-8
Demenssykdommens innvirkning på psykologiske behov.....	8-9
Demenssykdommens innvirkning på kognitive og praktiske ferdigheter.....	9
2.a Redegjørelse for hva miljøbehandling er.....	9-10
Beskrivelse av konkret miljøbehandlingstiltak.....	10
2.b Redegjørelse av målet for miljøbehandlingstiltaket.....	10
Hvordan jeg evaluerer om målet er nådd for pasienten.....	10
Del 2	
1.a Konkret beskrivelse av hvordan jeg planla miljøbehandlingstiltaket.....	11
1.b Beskrivelse av hva som skjedde under gjennomføringen av miljøbehandlingstiltaket.....	12
1.c Observasjoner og registreringer. Effekt av miljøbehandlingstiltaket.....	13
Evaluerings om måloppnåelse.....	13
2.	
Refleksjon.....	14
Litteraturliste / Referanse.....	15

Del 1

Personsentrert omsorg

1.a.

Redegjørelse for hva personsentrert omsorg og VIPS's fire hovedelementer er:

Personsentrert omsorg er blitt et kortfattet begrep for det som betraktes som kvalitetsomsorg for personer med demens. (1)

Personsentrert omsorg betyr å ha en empatisk tilnærming til pasienten og tilpasse omsorgen som blir gitt etter behovet til pasienten. At vi som hjelpere tilpasser tempo, og sikrer at informasjonen vi gir er forstått. Livshistorie eller bakgrunnsopplysninger som har blitt utfyllt av NNs datter er nødvendig for at jeg skal kunne tilpasse demensomsorgen som gis, etter hennes behov og ønsker. (1) Personsentrert omsorg handler om å se den unike personen bak demenssykdommen og vise forståelse, empati og likeverdighet. Det betyr å komme vekk fra vektlegging på demenssykdommen og ha fokus på personen og dens ressurser, opplevelser og ønsker. Personsentrert omsorg må vises gjennom holdninger og handlinger hos den enkelte pleier og på ledernivået i tjenestene. (2) Ledere har også et ansvar for å tilse at kvaliteten på omsorgen som blir gitt er faglig, etisk og følger lovpålagte føringer.

Vi som hjelpere har et ansvar for å skape gode relasjoner med pasient, pårørende og kollegaer. (1) For NN er det viktig at vi har et nært og godt samarbeid med hennes pårørende slik at hennes behov og ønsker kan bli ivaretatt best mulig. Det å kunne gi henne følelsen av velvære og mange gode øyeblikk vil gi henne god selvfølelse, mestringsfølelse og livskvalitet. Siden hun er avhengig av å ha noen til å være hennes talsmann, er det viktig å være oppmerksom på hennes atferd og ansiktsuttrykk, å lytte til pårørende. Personer med demens skal verdsettes og omsorgen de får skal være basert på tillit, trygghet, respekt, verdighet og gjenkjennelse. Personsentrert omsorg handler om å bevare og underbygge personverdet. I personverd legger jeg at alle mennesker er unike og har en verdi, og personer med demens skal verdsettes på lik linje som andre mennesker. De skal anerkjennes som kompetente på sin egen situasjon, og de har rett til å være hovedperson i eget liv. Vi må unngå å bryte ned pasientens selvbilde og bidra med å styrke det. (1) Et helhetlig menneskesyn hvor man ser hele personen og ikke bare sykdommen, og behandle personer med demens som likeverdige bør være et krav i demensomsorgen. (4)

Personalets bedreviter holdninger må endres, og vi må skape en felles forståelse for at omsorgen som gis skal være personsentrert. Det psykososiale miljøet og kulturen på avdelingen har stor betydning for hvordan pasienten opplever hverdagen. (2)

Dawn Brooker sammenfattet omsorgsfilosofien til Tom Kitwood til det som kalles VIPS rammeverket. Altså er personsentrert omsorg omfattet av de fire hovedelementene i VIPS rammeverket. (3)

V- Verdigrunnlaget som anerkjenner menneskets verdi uavhengig av alder eller kognitiv funksjon. (1) Handler om at det skal være en visjon der personsentrert omsorg er den omsorgskulturen som rå. Det er et ledelses ansvar å sikre at personalet føler seg verdsatt og støttet i sitt daglige arbeid. For NN er det viktig at personalets holdninger og omsorgsmiljøet preges av tillit, trygghet, inkludering og at det er et støttende omsorgsmiljø. Personalet må verdsette personer med demens, samarbeide og dele erfaringer slik at NN kan ha en så forutsigbar hverdag som mulig. (3)

I- Individuell tilnærming som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske. Individuell omsorg må settes i system på en god måte hvor det lages en plan for hver enkelt pasient der ressurser og sårbarhet identifiseres. (1) Bakgrunnsopplysninger er viktig i dette arbeidet for å kjenne pasientens levde liv før demenssykdommen. Da kan personalet lettere følge pasientens vaner og ønsker som er tillagt tidligere i livet. Pårørende er de som er ekspert på pasienten og derfor er det viktig å ha et godt samarbeid med dem. For NN er det viktig å ha bilder, personlige eiendeler, et hjemmekoselig rom og at pårørende og personalet samarbeider slik at hun føler trygghet, i tillegg til at det bevarer og støtter opp under hennes identitet siden hun har vanskeligheter med å kunne fortelle om sitt levde liv.(1)Planlegging av dagen er med på å trygge NN slik at hun kan unngå følelsen av engstelse, uro og fortvilelse.

P- Evnen til å forstå verden utfra personens perspektiv. Det innebærer kommunikasjon og en empatisk holdning til pasienten.(1)Empati er evnen til å sette seg inn i den andres posisjon og kjenne igjen følelsen situasjonen skaper i pasienten. (5)For NN er det viktig at personalet er oppmerksomme på smerteatferd, og møte atferd som kommunikasjon siden hun har problemer med å uttrykke seg verbalt om dette. Vi må legge til rette for og prøve å forstå både verbal og non verbal kommunikasjon. Vi fungerer som talsmann for NN og må derfor forstå verden utfra hennes perspektiv. (3)

S- Etablering av et støttende sosialt miljø som dekker personens psykiske behov. Et godt sosialt miljø som er preget av varme, respekt og inkludering kan kompensere svakheter og gi mestringsfølelse.(1) NN trenger trygghet og hjelp til aktiv inkludering i et støttende sosialt miljø, for ikke å bli sittende apatisk å sovne av kjedsomhet. Personalets holdninger må være inkluderende, preges av varme og respekt og ikke prate over hodet på pasienten. (3) Et berikende og støttende sosialt miljø hvor svakheter blir kompensert vil kunne gi bedre selvbilde og mestringsfølelse, og pasienten vil føle seg verdsatt og ivaretatt. Dette kan gi opplevelsen av et godt liv som er med å opprettholde livskvaliteten til den enkelte. (3) (Brooker, 2013)

Disse fire elementene kan eksistere uavhengig av hverandre, men det er først når alle fire settes sammen det danner personsentrert omsorg.(1) Nyttan av VIPS rammeverket er at det sikrer at omsorgen som gis er personsentrert og det er til hjelp for å holde fokus på de fire områdene personsentrert omsorg består av. (5)

1.b.

Beskrivelse av personen jeg har valgt ved hjelp av Kitwoods utvidede modell.

Alle personer med demens har ulikt mønster av nevrologisk svikt, ulik helseprofil, unik livshistorie og personlighet. Det er samspillet mellom disse elementene som knyttes til de sosiale aspektene ved vedkommendes nåværende situasjon. Den utvidede modellen for demens er også satt opp som en ligning som gjør det lettere å forstå den unike stillingen som hver enkelt person med demens har.(1)

DEMENS = NS + H + B + P + SP

NS = Nevrologisk svikt

Påvirker hukommelsen, evnen til å bruke å forstå muntlig og skriftlig språk, evnen til å utføre praktiske hverdagslige gjøremål, evnen til å planlegge en fremgangsmåte og se ting fra andres perspektiv. (1) NN har stor nevrologisk svikt, svikten har påvirket hukommelsen og evnen til å bruke å forstå muntlig og skriftlig språk. Hun har manglende evne til å utføre praktiske hverdagslige gjøremål og har manglende evne til å se ting utfra andres perspektiv. Hun prater lite oftest usammenhengende, forstår ikke skriftlig språk, men forstår oftest korte enkle setninger. (Viser til oppg. 1c.)

H = Helse og fysisk tilstand

Hvis det skjer en økning i forvirret atferd hos personer med demens blir det oftest tilskrevet demenssykdommen av både fagkyndige og pleiere. Men personer med demens er ofte utsatt for akutt forvirring og delirium som følge av fysiske helseplager. Personer med demens er også ofte utsatt for at fysiske helseproblemer ikke oppdages på grunn av at pasienten ikke er i stand til å gi nøyaktig beskrivelse av symptomene sine og de husker som regel ikke smertene de har hatt og kan derfor ikke fortelle om det. (1) Dette gjelder også NN hun drikker lite og kan fort bli dehydrert, hun er underernært, plages med obstipasjon, hun bruker morfinpreparater og beroligende medikamenter daglig. Hun er ikke i stand til å gi nøyaktig beskrivelse av symptomer på grunn av hukommelsessvikt og språkvansker. NN er veldig plaget av angst spesielt ved forflytting og ved brå bevegelser. Med smertestillende medikamenter i tillegg til at hun er immobil og ikke i fysisk aktivitet er obstipasjon en bivirkning. Hun blir sløvere, prater mindre og har dårlig matlyst.

B = Bakgrunn eller livshistorie

Mennesker prøver å forstå det de opplever her og nå på bakgrunn av tidligere hendelser. På grunn av den nevrologiske skaden personer med demens har, har nylige hendelser ofte ikke fått satt seg i hukommelsen. Personer med demens i sykehjem har ofte liten forståelse for hvor de befinner seg, men vil likevel prøve å forstå det. Når hukommelsessvikten er stor er det viktig at vi som pleiere har de kunnskapene og informasjonen vi trenger for å bidra til å bevare pasientens identitet. (1)(2) NN er oppvokst på gård som den nest eldste i søskenflokket på fire. Hun gikk på husmorskole. Hun har vært en livsglad og omsorgsfull ektefelle, mor og bestemor. Hun var en arbeidsom kvinne som interesserte seg i alt fra blomster og hagearbeid til bærplukking, lefsebaking og rosemaling. Hun likte livet på gården og ikke minst somrene på stølen, hvor hun alltid gjorde sitt ytterste for at både folk og dyr skulle ha det bra. For å kunne gi gode stunder og økt livsglede må livshistorien brukes aktivt i kommunikasjonen og tilnærmelsen av NN. De gode øyeblikkene er gull verdt. Vi må også vite hva som er vondt eller sår å prate om så vi kan unngå det. NN har et behov for nærhet og ro, nærheten til sine nærmeste ble sterkt redusert når hun flyttet til sykehjemmet.

P = Personlighet

Personlighet er summen av et menneskes ressurser og sårbare sider, disse sidene vil påvirke hvordan et menneske takler demenssykdommen. Personligheten endres vanligvis ikke ved demens. (1) Berøring kan være med å styrke personligheten, for kroppen har hukommelse og vil gjenkjenne berøring. (6)

NN har vært en person som alltid har stilt opp og hjulpet andre, hun er beskrevet som en omgjengelig, sterk person som var vane med å greie det meste selv. NN kan føle sårbarhet over at hun som var den sterke og omsorgsfulle, nå er blitt fullt avhengig av andre. Hun likte å ha venner og familie rundt seg.

SP = Sosialpsykologi

Handler om mellommenneskelige forhold, og sosialpsykologi kan støtte opp om eller virke nedbrytende på personer med demens. Når evnen til verbal kommunikasjon forsvinner blir nærhet og varme gjennom ikke verbale kanaler viktigere enn noen gang. Vi må tilrettelegge det psykososiale miljøet for best mulig å kunne dekke hennes behov. Selvfølelsen kan brytes ned og det er viktig at vi bidrar til å opprettholde god selvfølelse ved støtte opp og hjelpe med å skape gode mellommenneskelige relasjoner.(1)

”NN” har problemer med verbal kommunikasjon og dårlig syn som følge av demenssykdommen, derfor er det viktig at vi veileder henne ved fysisk berøring i tillegg til at vi prater rolig i korte setninger til henne. Dette skaper trygghetsfølelse for henne. Selv ved dyp demens er det grunnleggende emosjonelle systemet tilstede, og vi må være fullt og helt tilstede, gi nærhet og varme for å kunne oppnå en god relasjon basert på tillit og trygghet til henne. (1)

1.c.

Beskrivelse av hvordan demenssykdommen innvirker på hennes psykologiske behov, kognitive og praktiske ferdigheter.

NN fikk diagnose **Alzheimers sykdom** med tidlig debut når hun var tidlig i femtiårene. Dette er den vanligste demenssykdommen. Alzheimer er en degenerativ hjernesykdom som gjør at celler i hjernen tilbakedannes og dør. (2) Det avleires et fremmed protein, b-amyloid. Når det klumper seg blir det giftig for nervecellene. Det dannes senile plakk (sammenklumpet b-amyloid og skadde nerveceller). Det fine systemet av tråder (fibriller) som holder cellenes struktur, blir ødelagt. To og to tråder snur seg rundt hverandre og flokes. Denne forandringen kalles nevrofibrillær trådfloking og fører til celledød og færre synaptiske forbindelser. (7) Parallelt med utviklingen av plakk og floker skjer det forandringer i en rekke nevrokjemiske substanser. Som fører til at det blir reduksjon i signalsubstansene som bidrar til overføringen av impulser fra celle til celle i de synaptiske spaltene mellom nervecelleutløperne. Når det sirkulerer eller produseres for lite signalsubstanser, går impulsoverføringen langsommere og kan føre til redusert oppmerksomhet, dårligere hukommelse og hallusinasjoner. (2)

Alzheimers sykdom utvikler seg nesten umerkelig i startfasen og symptomene er hukommelsessvikt, rom og retningsproblemer, tegn til apraksi, motorisk svikt og språksvikt. (7)

Jeg har fokus på yngre personer med demens, siden det gjelder den personen jeg har valgt å skrive om.

Dersom sykdommen debuterer i tidlig alder ser man ofte en raskere progresjon og et mer sammensatt sykdomsbilde enn om sykdommen debuterer i høy alder. Yngre får betydelig redusert hukommelse og handlingssvikt tidlig i forløpet. Også språkevne og evnen til å forstå reduseres betydelig i begynnelsen. I den alvorlige fasen kan pasienten ha alle symptomer på kognitiv svikt, motoriske, atferdsmessige, og psykologiske symptomer. (2)

I tillegg er NN preget av angst. **Angst** er et psykologisk og atferdsmessig symptom ved demens. Personer med demens mangler oftest innsikt i sin egen situasjon, og befinner seg på et sykehjem hvor de ikke kjenner seg igjen. Redusert handlings og mestringsrepertoar og språksvikt medfører at personen ikke greier å finne ut av situasjoner og det kan medføre angst.(8)

Tom Kitwood var opptatt av at personer med demens skulle få dekket sine grunnleggende psykologiske behov. Alle menneskers grunnleggende psykologiske behov er trøst, identitet, tilknytning, inkludering og beskjeftigelse. (2)

Demenssykdommen innvirker på NN's psykologiske behov.

Trøst handler om opplevelsen av ømhet, nærhet og lindring. Sørger for varme og styrke som setter personen i stand til å holde på helheten når den er truet. (2) Trøst fremmer trygghet og demper angst og gjør personen avslappet. (2) Behovet for trøst er viktig for NN som på grunn av sin demenssykdom har en rekke tapsopplevelser å forholde seg til og viser ofte tegn til engstelse. Trøst kan gis gjennom fysisk berøring, trøstende ord og handlinger. Det som er viktig med trøst er at den andres situasjon bekreftes og det er et tillitsforhold mellom den som trøster og den som trøstes. For NN er det viktig med fysisk trøst ved å holde rundt henne, fordi hun har problemer med å bruke å forstå ord. (9) Hun trenger tid for å forstå det som blir sagt og stemmeleie til pleieren er av betydning for om NN føler trygghet og tillit.

Identitet handler om å ha god kunnskap om livshistorien til personen og gjenta den for henne for å understøtte hennes identitet. (9) For NN er det viktig at vi hjelper henne med å opprettholde og ivareta identiteten siden hun ikke selv greier det. Det er viktig for henne å vite hvem hun er og ha en kontinuitet med fortiden. NN viser stor glede og engasjement når jeg prater med henne om barnebarna, barn og mann. Når jeg prater om stølslivet, dyra og nevner plassen med navn kan hun komme med enkelte fragmenter selv, som for eksempel navnet på ei ku eller hun gjentar enkelte ord jeg sier. Behovet for identitet kan møtes ved å vise respekt, aksept og anerkjennelse. (2) Ved å bruke navnet hennes, egne klær og ha personlige eiendeler på rommet er vi med på å bekrefte hennes identitet. En primæroppgave i demensomsorgen er å opprettholde personens personlige identitet på tross av sviktende mental funksjon. (2)

Tilknytning innebærer å føle samhørighet, tillit og en trygg relasjon. Når mennesker er engstelige øker behovet for å knytte seg til noen eller noe velkjent. (9) Den sosiale tilknytningen fungerer som motvekt til uvissheten. (2) NN har behov for tilknytning, føle at hun har en trygg relasjon med personalet, hun er mye preget av engstelse derfor er det viktig at hun har tillit til oss. I omsorgen vi gir henne er det viktig at vi viser ekthet og verdsettelse ved å anerkjenne den virkeligheten hun er i. NN viser tydelig når hun er trygg ved at hun sitter mer rolig, virker avslappet, smiler og prater mer.

Inkludering innebærer å være en del av en gruppe. Inkludering er essensielt for å overleve, ofte kommer det akutt til overflaten for personer med demens. (2) For inkludere NN er det vi som pleiere som har ansvaret for å inkludere henne i gruppen, og dra henne med i samtalen ved for eksempel å prate om ting hun sannsynligvis ville pratet om selv. Derfor er det viktig at vi kjenner NN's behov og ønsker. Det som er viktig å fremheve her er at hun ikke ønsker å prate om sykehjemmet, det er vondt for henne å bli gjort oppmerksom på at hun er pleietrengende, dette står skrevet i livshistorien. Hun liker ro, nærhet og en hånd å holde i. Vi må bruke vår kunnskap og kjennskap til pasienten på en måte som er til pasientens beste. (9)

Beskjeftigelse innebærer å få være involvert i aktiviteter som virker meningsfylte, ha følelsen å være til nytte. Behovet for beskjeftigelse kan møtes ved myndiggjøring, tilrettelegging og samarbeid. (3) Jo mer en vet om personens livshistorie jo bedre muligheter har man til å kunne finne individuelt tilpassede aktiviteter. NN må møtes med en likeverdig holdning og hjelpe henne med å delta i aktiviteter. Sansestimulering, sang og musikk er aktiviteter hun kan delta i, og det er personalets ansvar at hun får være med på de aktivitetene hun mestrer. Sang og musikk har hun likt gjennom hele livet, hun nynner til sangen og virker avslappet og glad. Det vil gi økt selvfølelse og redusere apati og kjedsomhet om hun får dekket dette behovet. (2)

Demenssykdommen innvirker også på NN's kognitive og praktiske ferdigheter:

Ut fra OBS- demens kartleggingen ses det betydelig svikt i kognitive og praktiske ferdigheter. Svikt i kognitive ferdigheter innebærer redusert hukommelse, orienteringsevne, oppmerksomhet, språk og evne til problemløsning og abstraksjonsevne. Svikt i praktiske ferdigheter innebærer problemer med å løse dagliglivets aktiviteter og vanskeliggjør muligheten for å kunne leve et selvstendig liv. (3)

Den betydelige svikten i kognitive og praktiske ferdigheter samsvarer med det Engedal og Haugen, 1996 skriver i forhold til Alzheimer med tidlig debut. At sykdommen har rask progresjon og i den alvorlige fasen vises betydelig handlingssvikt og kognitiv svikt. (7) NN har problemer med oppmerksomhet og viser tegn til neglekt, som er at pasienten har redusert oppmerksomhet mot den ene siden og stimuli fra den siden fanges ikke opp. (2) NN viser tegn til venstresidig neglekt og stimuli fra den siden er vanskelig for henne å få med seg. Hun viser også betydelig svikt i hukommelse og læring ut fra OBS-demens kartleggingen. Hun husker fragmenter fra tidligere i livet, det vil si og huske retrospektivt, men har ofte problemer med å fortelle om det hun husker på grunn av språklige problemer. Hun viser tydelige tegn på sensorisk afasi som er redusert evne til å forstå andres tale. I tillegg til motorisk afasi som er svikt i språkproduksjonen og talen er langsom, usikker og avbrutt. (2) Hun kan ofte prate setninger, men det kan ofte være vanskelig å få sammenhengen i det som blir sagt. Hun har også favorittord som blir brukt ofte. Ved trygghetsfølelse og tillit til pleieren ser jeg at med berøring og fokus på pasienten kan vi oppleve god meningsfull kommunikasjon med NN. (2) *"Personer med demens kan tenke i større grad enn de talespråklig kan gi uttrykk for"* (Kjersti Wogn-Henriksen)

Jeg ser også ut fra figur 6.2 modell for observert funksjonsevne når jeg ser på praktiske ferdigheter: (2)

Somatisk sykdom har gjort at hun sitter i rullestol og hun har utviklet kikkertsyn som i seg selv er faktorer som kan føre til handlingssvikt. De hjerneorganiske forandringene virker til å være den faktoren som har størst innvirkning på NN's svikt i kognitive og praktiske ferdigheter(2). De psykologiske opplevelsene som identitet, selvfølelse og mestring er det viktig at vi som hjelpere understøtter og hjelper henne til å oppleve. I tillegg må vi være åpne for å møte henne i de vanskelige psykologiske opplevelsene som angst og sorg, ved å vise empati og forståelse. Det er viktig at NN får bruke de ressursene hun har som er å løfte armene når hun har på deodorant, hun er med å reise seg opp med personløfteren, og kan spise enkle ting hun får i hånden selv og drikke selv hvis personalet kompenserer svikten ved å holde under glasset slik at det er lettere for henne holde. Det må tilrettelegges slik at det er tid til å la NN oppleve mestring. (2) Det psykososiale miljøet må tilrettelegges slik at hun får mest mulig ro under måltidet, da kan man skape en god relasjon og trygghet til pasienten slik at hun får bruke sine ressurser og kan oppnå mestringsfølelse.

2.a.

En redegjørelse av hva miljøbehandling er og en beskrivelse av den konkrete miljøbehandlingsformen jeg har valgt for min pasient.

Miljøbehandling er å tilrettelegge fysisk, psykisk og sosialt til aktivitet, enten i gruppe eller en til en for at pasienten skal kunne oppnå trivsel, mestring og personlig vekst.(10) Miljøbehandling brukes aktivt under stell, måltider og som aktivitet i dagliglivet. Det er viktig å ha balanse mellom søvn/hvile og stimulering, overstimulering kan trigge angst, uro og forvirring. Det handler om at pasienten skal bidra med egne ressurser under dagliglivets aktiviteter, og pasienten skal få dekket sine behov, i tillegg bidrar det til at pasienten kan være selvstendig lengre.(10)

Jeg har valgt å bruke sansestimulering ved bevisst berøring og håndmassasje. Når verbalt språk blir vanskelig, blir kroppens erfaring og sansing den viktigste forbindelsen i kommunikasjonen med pasienten. (6)

For å få kontakt med henne om morgenen slik at hun merker at vi er der, begynner med lett stryking på hånd og arm. Når hun viser at vi har kontakt forteller hun med rolig stemme at hun skal få god håndmassasje. Jeg bruker god foran for at hun skal forstå at det er godt, for det er ikke sikkert hun forstår hva håndmassasje er. Begynn forsiktig med å holde i hånden, så stryker du med tommelene fra midten av håndryggen og utover, stryk over knokkelen på håndryggen og ut til hver finger. (11) (bruk olje eller en god krem). Hun kan ofte lukke hånda ubevisst og da fortsetter jeg bare med berøring på hånd og arm. Jeg bruker også bevisst berøring under kommunikasjon og måltider. NN har redusert kroppssoppfatning, som innebærer at hun oppfatter grensene mellom seg selv og omgivelsene som uklare. (11) Det kan hjelpe med god sittestilling som støtter, ved holde henne godt rundt skulderpartiet under måltidene virker beroligende, samlende, og hun spiser godt. (12) NN er i den alvorlige fasen av Alzheimers sykdom og har problemer med å mestre de fleste hverdagslige gjøremål og sliter en del med angst, underernæring og smerter. Derfor synes jeg det er viktig å gi henne tilpasset miljøbehandlingstiltak som fremmer trivsel og velvære.

2.b.

Redegjørelse for målet med dette miljøbehandlingstiltaket, og beskrivelse av hvordan jeg vil evaluere om målet er nådd.

Målet med tiltaket er å gi NN en god start på dagen, og for å skape en god relasjon mellom henne og hjelper, for å gi henne trygghetsfølelse og følelsen av tilknytning og velvære. Dette er viktig for at hun skal være mindre engstelig ved forflytning og for at hun skal føle seg trygg, likeverdig og ivaretatt. Jeg opplever ofte at hun prater mer og sammenhengende ved berøring, det gir henne muligheten til å fortelle sin egen historie og bidra til å bevare sin egen identitet i en liten grad, og dette er ressurser vi må bevare. Hudkontakt er en måte å bli bekreftet på og en viktig måte å kommunisere på. Gjennom berøring kjenner vi om andre vil oss vel og om vi kan ha tillit til hendene som tar på oss. Dette er kunnskap vi ubevisst bærer med oss og gjennom hendene kan vi uttrykke omsorg og trygghet. (11)

For at NN skal ha nytte av dette miljøbehandlingstiltaket er det viktig at hele personalgruppa samarbeider og arbeider likt for å nå målet som er å bedre helse, bevare personverdet og identitet, gi økt selvfølelse, velvære og bedre livskvalitet. (10)

For å evaluere om målet er nådd bruker jeg RA skjema for å kartlegge døgnrytme som søvn, våken/oppmerksom, våken/uoppmerksom og uro/engstelse. I tillegg bruker jeg velvære skjema for å kartlegge positive og negative følelser samt våkenhet og oppmerksomhet. For å få forståelse for kognitive og praktiske ferdigheter i forkant har jeg brukt OBS demens kartlegging for å se om miljøbehandlingstiltaket kan ha innvirkning på hennes kognitive og praktiske ferdigheter.

Å kartlegge hva NN mestrer er viktig fordi hun ikke lenger kan rapportere om egen svikt selv. (2)

Del 2

Praktisk del.

1.a. Beskrivelse av hvordan jeg konkret planla å gjennomføre tiltaket:

Jeg valgte denne pasienten for å se om miljøbehandlingstiltaket med sansestimulering ved bevisst berøring og håndmassasje kunne redusere apati og kjedsomhet, øke trivsel og gi trygghetsfølelse. Jeg valgte i forkant å informere pårørende for å innhente livshistorie og for å fortelle litt om miljøbehandlingstiltaket jeg hadde i tankene, og om de hadde noen tanker rundt dette. Fordi NN mangler samtykkekompetanse valgte jeg å la pårørende medvirke i utarbeidelsen av miljøbehandlingstiltaket ved at de fylte ut livshistorie skjema, og jeg spurte hva de trodde NN synes om nærhet og berøring som tiltak. Dette var den eneste måten jeg kunne tilrettelegge tiltaket slik at det ble best mulig tilpasset. I tillegg informerte jeg NN hver morgen om hva jeg skulle gjøre og spurte om hun synes det var i orden. I pasient og brukerrettighetsloven kapittel 3, rett til medvirkning og informasjon står det: ” *Dersom ikke pasienten har samtykkekompetanse har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten. Pasienten har rett til å medvirke ved blant annet forskjellige behandlingsmetoder*”. (13) Jeg planla å informere de interesserte av personalet og ville spørre om de kunne hjelpe med å kartlegge RA- skjema og velvære skjema. Å kartlegge OBS-demens sammen med primærkontakten, og spørre om hun ville utføre tiltaket slik jeg skrev det de dagene jeg ikke fikk anledning selv. For å få mest mulig kontinuitet i tiltaket. Planen var å bruke håndmassasje hver morgen, og bevisst berøring ved behov i tre uker. Det skulle registreres døgnrytme (RA- skjema), og velvære kartlegging skulle brukes etter tiltaket var utført om morgenen. Slik at jeg kunne registrere effekten av tiltaket selv om jeg ikke var på jobb. Jeg valgte å legge miljøbehandlingstiltaket og velvære kartleggingen på rommet slik at den som tok henne opp om morgenen lett kunne finne frem tiltaket og utføre det. Planen var å ha et godt samarbeid med hele personalgruppa for å kunne utføre dette miljøbehandlingstiltaket, samarbeid i personalgruppa er viktig for å kunne nå et mål. Planen med dette var at NN på denne måten kunne starte dagen basert på trygghet, tillit og velvære. Og at tiltaket kunne redusere engstelse og gjøre henne mer avslappet ved forflytning. NN har redusert kroppsoppfatning og dette ser vi for eksempel ved forflytning at NN klamrer seg fast i det hun får tak i, og viser tydelig at hun er redd både verbalt og nonverbalt. Planen var å trygge NN best mulig slik at hun ikke ble redd ved forflytning. (11)

Verdighetsgarantien som er spesielt tilknyttet eldreomsorgen har som formål: ” *Å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom*”. (13) Det var også målet mitt for NN, at hverdagen hennes skulle bli preget av verdighet, meningsfulle aktiviteter og trygghet. Derfor var det viktig å involvere pårørende som kjenner pasienten best slik at jeg hadde best mulig forutsetning for å utarbeide en individuelt tilpasset plan.

1.b

Beskrivelse av hva som skjedde under gjennomføringen av miljøbehandlingstiltaket:

Av personalgruppa var det noen som viste mer interesse enn andre til å hjelpe til med tiltaket og kartleggingen. Men de fleste var hjelpsomme med å registrere døgnrytmeskjema (RA-skjema). Primærkontakten utførte tiltaket og registrerte på velvære kartleggingen to ganger i denne perioden. Tiltaket, mål og begrunnelse for tiltaket lå på rommet til NN i denne tre ukers perioden slik at alle kunne bruke det. Samarbeidet ble ikke helt som planlagt, men samarbeidet med de som viste interesse for dette var kjempe godt og de hjalp til så jeg kunne bruke ekstra tid hos NN for å kartlegge, i tillegg var de flinke til å fortelle hva de så, slik at jeg fikk med meg det. Noen dager følte jeg meg mer til bry enn nytte, men så lenge jeg så at NN hadde nytte av tiltaket valgte jeg å holde et fokus på henne og ikke på negative holdninger. Jeg følte pleiekulturen som sitter i veggene godt på kroppen disse dagene.

NN fikk sove til hun våknet selv rundt 08.45, når jeg kom inn i rommet pratet jeg med rolig stemme og strøk henne forsiktig på overarmen slik at hun ble oppmerksom på at jeg var der. Hun viste fort oppmerksomhet og jeg forklarte henne rolig med nedtonet stemmeleie hva jeg skulle gjøre. (Miljøbehandlingstiltaket, se del 1, 2.a.).

Jeg tilrettela det fysiske miljøet med dempet belysning, og tilså at hun lå behagelig slik at hun fikk en behagelig start på dagen.

Når jeg brukte bevisst berøring ved å ta på foten samtidig som jeg forklarte at jeg skulle ta på sokken, fikk hun bruke sine ressurser ved å løfte opp beinet å hjelpe til selv. Slik gjorde jeg gjennom hele påkledningen. Så holdt jeg henne på armen og forklarte at jeg skulle ta vekk dyna, og videre at hun skulle få sette seg på sengekanten. Dette forklarte jeg til hun gjentok det jeg sa, og jeg fikk en forståelse for at hun forstod hva som skulle skje til enhver tid. Så holdt jeg henne godt rundt skulderpartiet når jeg hjalp henne opp i sittestilling, og satte meg ved siden av henne på sengekanten mens jeg fortsatt holdt rundt henne. Dette hjalp henne med å få en bedre kroppsoppfatning slik at grensene mellom henne selv og omgivelsene ble litt klarere.(6) Så jeg valgte å bruke bevisst berøring gjennom store deler av dagen, og da spesielt ved måltidene siden dette har vært et problem. Når jeg brukte bevisst berøring og holdt godt rundt skulderpartiet fikk hun kontroll over sin egen kropp, og fikk mindre ukontrollerte bevegelser. Ved at jeg holdt henne og ga henne mat samtidig som jeg snakket direkte til henne mistet hun ikke så lett fokuset på matsituasjon.

1.c

Mine observasjoner og registreringer viser at sansestimulering ved bevisst berøring og håndmassasje har gitt gode resultater. Utfra velvære kartleggingen sees tydelig bedring i positive følelser og oppmerksomhet, og reduserte negative følelser etter miljøbehandlingstiltaket er utført. Hun virker mye mer oppmerksom når hun blir kommunisert med både verbalt og med bevisst berøring.

Utfra RA- skjema ser jeg at hun er mer våken og oppmerksom under og etter frokost enn hun var før jeg begynte med tiltaket. Hun sitter rolig og virker avslappet. **Effekt:** Det jeg synes er mest merkbart er når trygghetsfølelsen og tilliten er der så er den verbale kommunikasjonen

mer flytende og hun henger seg ikke opp i et ord. Hennes ressurser kommer mer til syne når hun får tid til å forstå hva som blir sagt. Ved å bruke tiden NN trenger så blir hun også tryggere i situasjonen og kan oppleve mestringsfølelse. Nonverbal kommunikasjon ved berøring har vært verdifullt for å komme i kontakt med og nære relasjonen til NN. (6)

Målet med tiltaket som var å gi trygghetsfølelse, bevare identitet, gi følelsen av tilknytning og velvære i tillegg til å øke livskvalitet og mestringsfølelse nådde jeg ved å ha en empatisk tilnærming, vise respekt og likeverdighet.

NN virket mer livsglad, avslappet og trygg i denne perioden hvor jeg utførte tiltaket regelmessig. Hun ble fortere oppmerksom på at jeg snakket til henne, hun deltok oftere selv i samtaler og fikk med seg mye av det som ble sagt. Jeg har fått lære å kjenne NN mye bedre, jeg fikk et godt innblikk i hvem hun er som person, hvilke ressurser hun har og hvordan hun har det til tross for demenssykdommen. NN virker til å ha en god livskvalitet, men har behov for å bli bekreftet for den hun er og hun må få tid til å forstå.. I tillegg har det blitt lettere for meg å lese kroppsspråket (non verbal kommunikasjon) fordi jeg ved berøring føler hvordan hun har det. Dette er en kommunikasjonsmetode som er forbausende god. Berøring er også med å dekke NN's psykologiske behov og dempe hennes angst. (6)

2.

Refleksjon.

Jeg har valgt tre temaer å bruke inn i refleksjonen min på grunn av begrenset ordbruk. Refleksjonen vil ta utgangspunkt i personalets samarbeid, pårørende og mestringsfølelsen til NN.

Pleiekulturen på avdelingen er en somatiseringskultur hvor medisiner og rutiner er prioritert. En kultur hvor pasientens livskvalitet og miljøbehandling ikke er et tema. En episode jeg opplevde under praksisukene reflekterer jeg over ennå. Denne dagen hadde NN støttekontakt til etter middag, og tradisjonen tro skal alle hvile middag. For å få mest mulig tid med NN ville jeg legge henne. Det viste seg at NN var våken, oppmerksom og pratsom, hun var ikke trøtt og sliten. Jeg fikk et etisk dilemma. Forventningen til personalet var at hun skulle legge seg, hvis ikke blir hun trøtt til kveldsmat sier de. Resultatet ble at jeg satt med henne og brukte tiden jeg hadde (ca.45 minutter) og pratet med henne før jeg motvillig la henne. Jeg møtte kollegaer som lurte på om ikke alt var i orden og de viste med kroppsspråket at dette hadde tatt for lang tid. Selv om alt annet på avdelingen var ferdig før jeg gikk inn til NN. Det viser meg hvor vanskelig det er å stå i mot den pleiekulturen og de holdningene som rå. Jo mer jeg tenker over denne situasjonen jo mer sikker er jeg på at jeg valgte feil, det er jeg som skulle vært talsmann for NN og fulgt hennes ønske, og respektert hennes valg om ikke å legge seg.

Berøring som kommunikasjonsform er viktig i arbeidet med personer med demens. For fysisk berøring retter seg mer mot det emosjonelle enn det kognitive og gjør at berøring er godt egnet til å uttrykke positive følelser. (6) Ved å sitte ned ved siden av henne fikk vi god kontakt og den verbale kommunikasjonen fikk mer flyt, og vi hadde fine samtaler. Disse stundene hvor vi satt sammen på sengekanten var gylne øyeblikk, jeg kjente følelsen av likeverdighet og det tror jeg NN også gjorde. Jeg opplevde at NN ikke klamret seg fast på samme måte som før, hun virket trygg og rolig. At NN har så mange ressurser som å holde glasset sitt, løfte armer og bein under påkledning og at den verbale kommunikasjonen er så bra, var jeg ikke klar over før jeg begynte med miljøbehandlingstiltaket. Det virket som hun

fikk mer tak i det jeg sa og forstod det når jeg pratet rolig og gjentok flere ganger samtidig som jeg brukte bevisst berøring.

Berøring som miljøbehandlingsform innebærer samhandling, en-til-en kontakt og non verbal kommunikasjon. Dette vil forebygge opplevelsen av ensomhet. Ved berøring og nærhet kan NN få såkalt kvalifisert kontakt som innebærer å kunne være i ro og stille i sin oppmerksomhet, sanser og følelser med mulighet for kontakt og samspill med den andre person. (6)

Berøring kan fremme ønske om sosial interaksjon og empati. Så hvis omsorgsgiver vier tid til berøring, kan det fremme empatisk tilnærming til den demensrammede og indirekte bidra til å styrke pasientens opplevelse av identitet. (6)

Ved å tilrettelegge i det psykososiale miljøet, kompensere svikten hennes og gi trygghetsfølelse ble det lettere for NN å kommunisere og å følge med i samtaler. Ved at jeg møtte hennes individuelle behov for trygghet, tillit og støtte fikk hun bruke ressursene sine slik at hun fikk opplevelsen av mestring.

Hun har tendens til å knipe igjen munnen under måltider, men sier hun vil ha mat, om det er ukontrollert eller kan skyldes dårlige opplevelser i måltidssituasjoner er vanskelig å si. Men når hun hadde tillit, trygghetsfølelse og var våken og oppmerksom virket det som hun lettere åpner munnen og spiser bra.

Pårørende til NN synes det kan være vanskelig å få kontakt, og kommunisere med henne. Ved å bruke miljøbehandlingstiltaket taktil berøring som kommunikasjon kan det hjelpe pårørende å kommunisere med og få nærhet til NN. Pårørende til personer med demens i institusjon opplever ofte å stå utenfor, kaos, oppgitthet og føle seg fremmed. Vi må prøve å bevege oss mot harmoni, fellesskap, livskraft, samhörighet og opplevelse av kontroll slik Söderlund, 2004 beskriver det.(14) Ved å hjelpe pårørende til nærhet og kommunikasjon vil det være med å styrke forholdet mellom pårørende og NN. Personalet på avdelingen er oftest ikke klar over hvilken sorg og belastning pårørende kan slite med når deres nære er på institusjon. Viktige ressurser går tapt hvis personalet ikke inkluderer pårørende, formelle omsorgsgivere kan aldri erstatte den spesielle kontakten pårørende og den demensrammede har. (14)

God pårørendesorg er god demensomsorg.

Som hjelpepleier har jeg erfart gjennom denne oppgaven at vi fagarbeidere som er hos pasienten kan gjøre en forandring for den enkelte.

Vi må bidra til å bryte den etablerte kulturen for den er til hinder for nødvendig faglig utvikling og den virker mot virksomhetens mål og hensikt. At vi reflekterer over egne og fellesskapets holdninger i ulike situasjoner er vesentlig i en profesjonell kultur. (2) Det er stadig utvikling innen demens og vi som helsepersonell har et ansvar for å oppjustere kunnskapen vår. (2)

Jeg fikk bare positive tilbakemeldinger på pårørendesamtalen når jeg fortalte om miljøbehandlingstiltaket, både pårørende og legen mener det er et miljøbehandlingstiltak som skal følges opp videre.

Litteraturliste

1. Personsentrert demensomsorg, veien til bedre tjenester, Dawn Brooker, forlaget Aldring og helse, 2013
2. Personer med demens, møte og samhandling, Anne Marie Mork Rokstad, Kari Lislerud Smebye, Akribe forlag, 2009
3. Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens, Anne Marie Mork Rokstad, universitetsforlaget, 2014
4. Etikk og kommunikasjon, Kari Kruger Grasaas, Marit Sjursen, Jørn Stordalen, høyskoleforlaget, 2009
5. ABC miljøbehandling hefte 2, VIPS rammeverket, Janne Røsvik, Forlaget aldring og helse, 2012
6. Berøring i omsorg og lindring, Lene Dieserud Ertner, Fagbokforlaget, 2014
7. Psykiatri, kunnskap-forståelse-utfordringer, Jannike Engelstad Snoek, Knut Engedal, Akribe forlag, 2012
8. Demensboka, Vigdis Drivdal Berentsen, forlaget Aldring og helse, 2008
9. ABC miljøbehandling hefte 1, Før du starter. Personsentrert omsorg, Marit Mjørud, Janne Røsvik, Forlaget Aldring og helse, 2012
10. Det går an!- Muligheter i miljøterapi, Ragnhild M.E. Kruger, Birger Lillesveen, Marit Nåvik, Anne Marie Mork Rokstad, Kjersti Wogn – Henriksen, Allan Øvereng, forlaget Aldring og helse, 2008
11. ABC miljøbehandling hefte 8, Sansestimulering, May- Britt Storjord m.fl., forlaget Aldring og helse, 2012
12. Geria – tema nr 5, sansestimulering, Vibeke Hasselø, alderspsyk. Avd Vardåsen, Ullevål universitetssykehus, 2005.
13. www.lovddata.no
14. Pårørende til personer med demens, om å forstå, involvere og støtte de pårørende, Rita Jakobsen, Siri Homelien, Gyldendal akademiske forlag, 2011