



Sansedialog

Diakonhjemmet
Høgskole

Master i Diakoni

Deltid høst 2007

Åsrun Eli Håvik

Masteroppgåve

Antal ord: 20 000

12.05.2012

- eit verkemiddel for å skape relasjonelle
menneskemøte i demensomsorg?

Samandrag

Personar med demens og deira pårørande er i ein sårbar livssituasjon. Miljøtiltak er ein viktig del av omsorg til personar med demens. Dette er ikkje direkte helsetenester, men noko pårørande, vennar, kyrkjelydsarbeidarar og andre kan ta ansvar for som del av ein heilskapleg demensomsorg. Samhandlingsreforma tek grep for å møte omsorgsutfordringar. I framtida er det venta fleire omsorgsmottakarar per helsepersonell. Den andre samhandlingsreforma er allereie varsla gjennom utgreiinga Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11), der nettverket til pasienten får eit tydelig medansvar som omsorgsytarar.

Problemformulering

Eg ser at sansestimulering er ein viktig kommunikasjonskanal for å nå inn til personar med demens. Eg trur at det å spele på fleire sansar opnar opp for eit rom der relasjonelle menneskemøter kan skje. I oppgåva søker eg å finne eksempel på likeverdige møte mellom pasient og hjelpar. Eg er spent på om hjelparen også får eit utbytte av møtet. Eg ynskjer å finne svar på om det eg kallar sansedialog kan vere eit verkemiddel for å skape relasjonelle menneskemøte i demensomsorg.

Teori

Eg nyttar bakgrunnsteori frå aktuelle lovverk og planverk, innan diakoni og demens. Litteratur eg har nytta er sakprosa der pårørande og pasientperspektivet er skildra, rapportar frå prosjekt innan miljøarbeid og mine eigne erfaringar frå miljøarbeid i demensomsorg. Knut Løgstrup og Peter F. Hjort nyttar eg som teoretikarar innan avklaring av omgrepet omsorg. Lis Engel nyttar eg som hovudteoretikar innan omgrepet sansedialog.

Metode

For å finne svar på mi problemformulering nyttar eg litteratur, prosjektrapportar og eigne erfaringar. Teorien omhandlar kommunikasjon og demensomsorg. Ved hjelp av ein hermeneutisk metode ynskjer eg å trekke ut ny kunnskap. Dette ved å sjå på ulik litteratur i lys av mi eiga erfaring og undring.

Konklusjon

Erfaringar frå prosjektrapportar og litteratur støttar min teori om at sansedialog er eit verkemiddel som skaper relasjonelle menneskemøter i demensomsorg.

Innhald

Samandrag	2
Føreord	5
1 Innleiing	6
1.1 Min bakgrunn	6
1.2 Problemformulering.....	6
2 Bakgrunnskapittel.....	8
2.1 Sansedialog	8
2.2 Diakoni	10
2.3 Demens	13
2.4 Samhandlingsreforma.....	18
2.5 Det frivillige omsorgsarbeidet	21
3 Metode.....	26
3.1 Val av litteratur	27
3.2 Utval av kvalitative data	27
3.3 Analyse og tolking av data	29
4 Avklaring av omgrep.....	30
4.1 Menneskesyn	30
4.2 Omsorg	32
4.3 Kommunikasjon i demensomsorg	34
4.4 Sansestimulering.....	36
5 Presentasjon av empiriske funn.....	38
5.1 Miljøtiltak i demensomsorg.....	38

5.2	Musikk i demensomsorg.....	41
5.3	Pasient og pårørandeperspektivet	44
5.4	Gudsrike-leiken	45
5.5	Eksistensiell og andeleg omsorg.....	50
6	Tolking og drøfting	53
6.1	Menneskesyn og menneskeverd	53
6.2	Kommunikasjon.....	55
6.3	Sansedialog.....	58
6.4	Andelege behov og andeleg omsorg.....	64
7	Konklusjon	66
	Kjelder – Litteraturliste.....	69
	Vedlegg	73
	Gudsrike-leiken i Bjørgvin.....	73

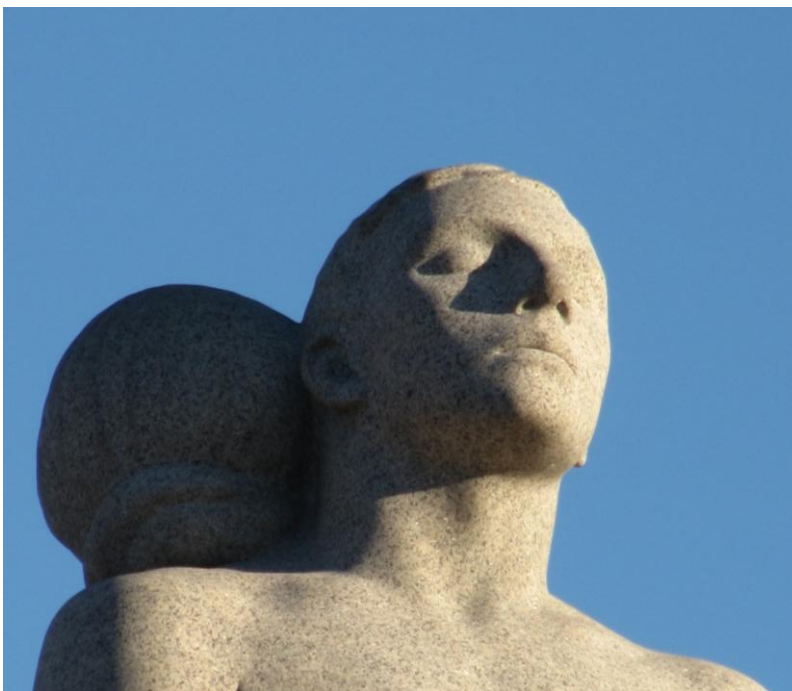
Føreord

Vår beste dag

Kom og lytt til lyset når det gryr av dag
Solen løfter sin trompet mot munnen.
Lytt til hvite sommerfuglers vingeslag;
Denne dag kan bli vår beste dag!
Stien som vi gikk i går er like ny,
Hemmelig som ved vårt første morgengry;
Mangt skal vi møte – og mangt skal vi
mestre
Dagen i dag – den kan bli vår beste dag.

Kom og lytt til dypet når vi ror mot dag,
Hør, maneten stemmer sine strenger.
Løfterik er tonen i et fiskevak,
Denne dag kan bli vår beste dag!
Fjorden vår er like ny og blå og blank,
Blikket ditt er fritt og ryggen like rank,
Mangt skal vi møte – og mangt skal vi
mestre
Dagen i dag – den kan bli vår beste dag.

Kom og lytt til mørke når vår dag er gått,
Natten nynner over fjerne åser.
Mangt har dagen skjenket oss av stort og
smått,
Mer, kan hende, enn vi har forstått,
Månen over tun og tak er like ny,
Men tier stille om vårt neste morgengry.
Mangt skal vi møte – og mangt skal vi
mestre
Dagen i morgen kan bli vår beste dag.
(Erik Bye 2003)



1 Innleiing

1.1 Min bakgrunn

Eg er sjukepleier og mitt arbeidsfelt er omsorg til personar med demens. Eg har erfaring frå heile kjeda av omsorgstenester, men har lengst erfaring frå arbeid i heildøgns omsorgstilbod for personar med demens. Frå min bakgrunn ynskjer eg å trekke fram dei gode kvardagane som tilsette ved Volda omsorgssenter skaper. Stabile fagarbeidarar har gjennom tiår drive demensomsorg i små bugrupper. Aktivitetstankegang er integrert i kvardagen. Det er fokus på individuell pleie samt fellesskap under måltid og sangstunder. Det er fokus på å styrke meistringskjensla til bebruarane. Pleiarane er tilstades i daglegstove og kjøken, og inkluderer bebruarane i samtale og aktivitetar. Pleiarane oppdaterer seg ved å gå på kurs, lese tidsskrifter eller ved å ta inn innspel frå sjukepleiestudentar i praksis. Pleiarane bidreg til å skape ein verdig kvardag for personar som i utgangspunktet er i ein sårbar livssituasjon. Pårørande og frivillige deltek i aktivitetar og miljøtiltak.

1.2 Problemformulering

Som pleiar reflekterer eg stadig over omgrepa kommunikasjon og respekt. Det er ei utfordring å skape eit likeverdige møte mellom meg som pleiar og pasienten. Aldersforskjel gjer at eg kan føle meg underlegen den eldre pasienten. Omsorgssituasjonen gjer at mottakaren av hjelp kan føle seg underlegen hjelparen. Å sitte ned på eit fysisk likenivå med pasienten er eit utgangspunkt for å oppnå kontakt. I samtale har eg verkemiddel innan kommunikasjon kalla realitetsorientering, validering og reminisens. Målet er å gi pasienten ei meistringskjensle, ved å nytte støttande samtaleteknikk. Eg ynskjer å hindre at pasienten 'taper ansikt'.

Gjennom erfaring og utdanning veit eg at sansestimulering er eit viktig miljøtiltak i demensomsorg. For å nå inn til pasienten om til dømes tid og stad, kan dette kommuniserast via sansane. Blomar kan, like godt som ord, stadfeste ei årstid. Møblar og inventar frå ein pasient sin heim kan stadfeste, like godt som ord, at pasienten bur her og kan sove her i natt.

Eg ynskjer å trekke sansestimulering eit steg vidare. Frå min ståstad der sansestimulering er eit tiltak for pasienten, ynskjer eg i oppgåva å sjå kva bruk av opne sansar har å seie for mennesket og hjelparen generelt. Eg undrar om sansing av augeblikket kan danne eit felles møtepunkt mellom pasient og hjelpar i form av ein likeverdig to-vegs kommunikasjon. Eg ynskjer å kalle dette møtet for sansedialog.

Sansedialog definerer eg som eit relasjonelt menneskemøte som spelar på fleire dimensjonar enn ord åleine. Empati er ei kjensle som tolkar kroppspråket til motparten. Sansing innover, av eigne kroppssignal og eiga erfaring, er del av sansinga. Ein er tilstades i situasjonen, i eigen kropp og tillèt seg sjølv å være open og gjerne *litt utanpå seg sjølv*. Slik gir ein av krafta ein har i seg sjølv, og er villeg til å dele den i romet der motparten er. I sansedialogen kan ein fornemme meir enn det visuelle.

Gjennom undring vil eg i oppgåva nytte min erfaringsbakgrunn og i lys av litteratur greie ut om kommunikasjon ved hjelp av opne sansar har eit potensiale i omsorg til personar med demens. Oppgåva vil omtale diakoni i vid forstand, der diakoni er omsorg for menneske i ein sårbar livssituasjon. Min synsvinkel er frå ein sjukepleiar eller diakon sin ståstad. Diakoni eller sjukepleie er omsorg for heile mennesket sine fysiske, psykiske, sosiale og andelege behov.

Målgruppa for oppgåva er frivillige og yrkesgrupper ut over helsearbeidarar. Alle har eit ansvar for sine medmenneske, også etter at kommunale tenester yter helsehjelp. Miljøarbeid er eit ansvar som kviler på pasienten sitt nettverk av pårørande, naboar, venner og kyrkjelydsarbeidarar.

2 Bakgrunnskapittel

2.1 Sansedialog

Sansedialog og kommunikasjon har Lis Engel ved idrettsinstituttet ved København universitet definert i artikkelen med namn Sansedialog (Engel 1998). Lis Engel har erfaring frå sport og idrett og fokuserer på at kropp og rørsler har samanheng med sjølvoppleving, subjektivitet, relasjon og kjensle av meining. Rørsler er eit skapande element i menneska sin eksistens og læring. Det er samanheng mellom dynamikken i rørslene og kreativitet. Rytme, kraft og energien i rørslene, kan opplevast som ein visuell og kinestetisk imaginasjon. Kroppen og rørslene artikulerer ”kroppen – i – verden”. I artikkelen nyttar ho omgrepet sansedialog for å skildre samanhengen mellom kroppen si evne til å sanse det synlege og usynlege i verda. Sansinga gjer kroppen i stand til bevisst å kjenne igjen (empati) og gi eit motsvar i form av frigitt energi frå kroppen som ein aura eller som tankar og handling. Sansedialog er fleirdimensjonal kommunikasjon.

2.1.1 Oppmerksamt nærvær i nuet

”Øjeblikkets nærvær – nøglen til forvandling” er ei oppleving og erkjenning, som er forankra i eit møte, der vi opnar vår evne til innfølande mangedimensjonal sansing og nærvær. Ei nærværande dynamisk sansing utan førehandsvurderingar, opnar for eit møte som skapar evna til å gjere kvart augneblikk ”lysande”. Kvaliteten på vår merksemd er avgjerande for kor levande vi tillet oss sjølv og våre omgjevnader å vere (Engel, Lis 2001:12). Lis Engen seier vidare at det er viktig å kunne veksle fokus mellom det statiske og det dynamiske, mellom posisjon og rørsle slik at vi kan veksle mellom å sanse figuren, grenseskilje og samtidig også rørsler i mellom, energien sin straum, mellomroma, ikkje-forma og oppløysinga av grenser.

Nøglen er at skabe et rum af accept at det, som er, accept af her-og-nu, sådan som det er, i sin kejtethed, i sin ufuldkommenhed, og ved at møde øjeblikket helt opdage, at energien ændrer sig, og at muligheden for heling og livgivende energi ligger i det ægte og åbne møde. Ved at åbne for et sådant nærvær i mødet opleves, at det *at give og at modtage* er to sider af det samme. Det er essensen af levende, kreativ kommunikation, nøglen til forvandling (Engel, Lis 2001:13).

Hver enkelt af os kan forøge vor sensitivitet og møde øjeblikket med opmærksomhed og nærvær og dermed åbne for en bevidst oplevelse af, hvordan krop, tanker og følelser farver øjeblikket. Vi er altid medskabere af nu'et og dermed også af fortiden og fremtiden. (...) Måske kan vi tale om en form for glemte kommunikation, som vi kender fra drøm, leg, fantasi og naturoplevelse. (...)

Kroppen er vores kilde til en direkte sansing og oplevelse af flerdimensionel samhørighed med verden omkring os. Så længe kroppen kun ses som overfladekroppen, vil moderne problemer med stress, civilisations sygdomme, ensomhed, alderdoms problemer, livsproblemer og meget mere vokse. Hvis vi derimod lykkes at åbne for en direkte erfaring af deres forbundethed med verden og nødvendigheden af at åbne sig for en sådan flerdimensionel kommunikation (Engel, 2001:13-14).

2.1.2 Kommunikasjon i flere dimensjonar

Lis Engel viser til ein gløymt dimensjon. Der vi i dagens samfunn er opptatt av det visuelle, peikar Engel på at vi ikkje berre lev i eit fysisk rom, men også i eit mentalt rom. Kvar einaste kjensle, tanke og handling påvirkar også det som er utanfor oss sjølve. Det blir då viktig ikkje å handle automatisk, men å lytte til hjertets stemme, gjennom øving i å lytte til kroppen sine signal. Engel er påverka av eit positivt menneskesyn, med tankar frå austen sine religionar. I kroppen til menneska strøymer det energi igjennom. Den energien som vi strålar ut av kroppen kallast aura. Engel ser på denne energien som strøymar gjennom kroppen som del av ei heilskapleg universell utveksling av energi mellom himmelen og jord. Det magiske er ved å opne opp for det skapande augeblikket, altså ved å gå djupt i det personlege, blir det subjektive foreina med det universielle og eksistensielle. Kroppen kan kjennast både som fysisk avgrensa frå omgjevnadane og samtidig kjennast som om den er utan ei fysisk grense, som utflytande til å bli ein del av omgjevnadane. Kroppen er avgjerande for om augeblikket blir noko magisk og avgjerande eller om det berre blir eit vanleg augeblikk som passerer utan at vi legg merke til det. Idrett, leik, rørsle, dans og kreativitet er verkemiddel som kan gi plass til det levande og leikande mennesket. Mennesket har sjølv evna til å opne opp kroppen for eit levande, dynamisk nærvær eller å stenge for den kreative energien.

Det moderne liv, med meget præcis planlægning, programmerig og ønske om høj effektivitet (produktion) risikerer at miste det musiske. Alt hvad der giver mulighed for at åbne sanser, tanker, følelser og for at bevæge og at blive bevæget åbner for det levende møde (Engel 2001, side 30).

2.1.3 Exposure

Exposure er ein metode for å stille seg til disposisjon. I ein kontekst eller setting, til dømes på ein togstasjon eller eit torg, stiller ein seg open for å ta inn inntrykk og erkjenne kjenslene inntrykka fører med seg. Tre enkle spørsmål kan opna opp for refleksjon over holdningar og handlingar som eg som menneske har eller får i møte med omgivnadane. Desse spørsmåla er: Kva ser eg? Kva kjenner eg? Kva tenker eg om det eg ser og kjenner? Verkemiddelet nyttar ei sansing som registrerer inntrykk gjennom hørsel, syn og lukt og opnar for ein dialog mellom ein indre og ein ytre verden (Korslien/Notland 2011). I ein kyrkjeleg kontekst kan metoden kallast for sansediakoni. Ved å ta inn sanseintrykk og nytte empati bevisst, stiller ein seg open for inntrykk frå menneske i naud.

Menneskesynet i Exposure-tankesettet er at kvart menneske er eit unikt og eineståande individ. Ein kan ikkje sjå på mennesket som eit objekt eller som del av ein kategori eller gruppe. Mennesket er i stand til å ta eigen val og sjølv påverke eige liv. Dette er ein empowerment-tankegang der ein går vekk frå tanken om at mennesket er offer for ytre omstende. Exposure-tankesettet går også vekk frå eit moraliserande tankesett der mennesket er vurdert av andre. Mennesket kan sjølv vurdere seg sjølv og er i stand til å nytte egne ressursar for å løyse problem i livet. Målet med omsorg er å styrke mennesket si sjølvkjensle. Som fagperson eller omsorgsperson har ein kategorikunnskap. Mottakaren av hjelp har kunnskapen om seg sjølv som individ. Det er ikkje sjølv sagt et vedkomande treng same tiltak som andre menneske i liknande livssituasjonar. Ved å kombinere fagkunnskap og kunnskapen den enkelte har om seg sjølv, kan omsorg individuelt tilpassast (Starke red. 2010).

2.2 Diakoni

Kjell Nordstokke omtalar diakoni i samanheng med at: «vi skal kunne rette ryggen og se hvem vi *er*, og at det skal frigjøre oss til å *gjøre* det gode Gud har gitt oss å ta et medansvar for» (Nordstokke 2002:13). Diakoni er også definert som Ordet i handling, kyrkja si omsorgsteneste og nødhjelp. Jesus tok på seg tenarrolla då han vaska føtene til læresveinane

(Joh. 13.5). Tenarrolla er førebiletet til nokre diakonar i dag og teneste for våre medmenneske er også til inspirasjon for menneske i dag.

Dagens Noreg er eit velferdssamfunn. Noreg har sidan den industrielle revolusjon på 1800-talet utvikla seg til å bli ein velferdsstat. Særleg i etterkrigstida har velferdsstaten Noreg utvikla seg. Det offentlege har no sosiale støtteordningar til trengande menneske. Den kyrkjelege diakonien står difor i ein annan kontekst enn det den gjorde i oldkyrkja og i mellomalderen. Solidaritet har blitt ein tanke som tydelig har kome inn i det offentlege og politiske system i etterkrigstida. Å bry seg om sin neste er eit allment og sekulært ansvar. Diakonien i Den norske kyrkje skal vere eit alternativ, eit supplement eller ei erstatning til offentlege hjelpetiltak. Kyrkja konkurrer ikkje med statlig hjelpeapparat, men utfyller det. Tidlegare utøvd diakoni som sosialteneste, sjukepleieteneste og sjukehusdrift er overteke av stat eller kommune.

I helsevesenet har kyrkja fortsatt eit ansvar for å oppretthalde pasientane sine andelege behov. Den kyrkjelege diakonien har her oppgåver som erstatning og supplement til offentleg hjelpeapparat. Kyrkja er ein del av den offentlege forvaltning. Likevel skal denne vera som samvitet til staten. I saker der kyrkja meiner staten ikkje gjer rette prioriteringar, bør kyrkja vere eit alternativ til det statlege. Olav Helge Angell ser på diakoni som ei røyst, med funksjonane:

- Pionerfunksjon
- Velferdsforbetrar: vakthund, kritikar i høve til det offentlege
- Tenesteytar
- Verdivaktar eller interesseforsvarar

Verdivaktar kan ein vere på det praktiske planet med velferdsarbeid og på eit politisk-ideologisk plan som ei røyst i den offentlege debatten (Angell 2009).

2.2.1 Diakoniplan for Den norske kyrkja

I Diakoniplanen for Den norske kyrkje, frå kyrkjemøtet i 2007, er følgjande målsetjing sentral for kyrkja sitt diakonale arbeid:

Diakoni er kyrkja si omsorgsteneste. Den er evangeliet i handling og blir uttrykt gjennom nestekjærleik, inkluderande fellesskap, vern om skaparverket og kampen for rettferd.

Evangeliet i handling er å gi omsorg til menneska nært og fjernt, uavhengig av sosial, kulturell eller religiøs tilhørsle. Planen er ingen plan som går på å ha omsyn til sine indre medlemmar. Planen oppfordrar derimot til eit lokalt, nasjonalt og internasjonalt initiativ til nestekjærleik, fellesskap, naturvern og kamp for rettferd.

Jesus er eit klart førebilete i Bibelen for korleis vise nestekjærleik. Eksempla er mange: Han besøkte sjuke og sørgjande. Han gjorde matunder, for at svoltne tilhørrarar skulle få noko å ete. Han tok på seg tenarrolla ved vaske føtene til sine læresveinar. Historia om den barmhjertige samaritan er eit godt eksempel på nestekjærleik. Samaritanen hjelpte uoppfordra ein mann frå eit anna land, med ein annan religion og tilsynelatande tilhøyrande ei lågare sosial klasse. Han hadde ingen baktankar med å hjelpe. Denne altruistiske nestekjærleiken skil seg frå solidaritetstanken, slik:

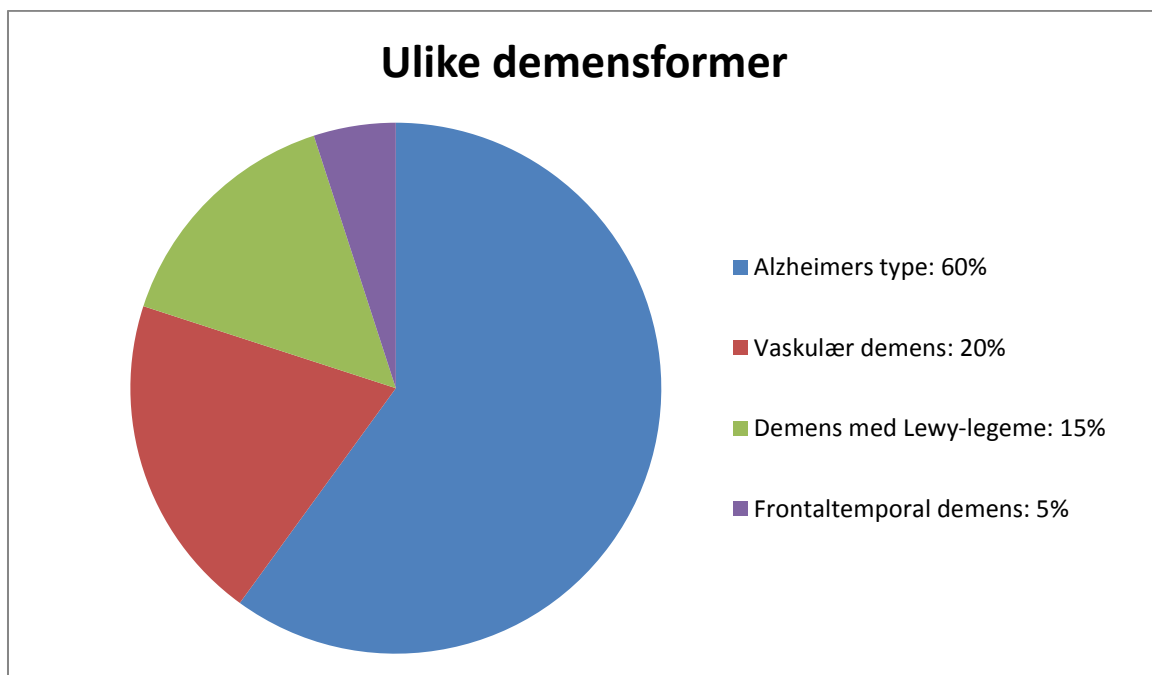
Solidaritet	bygger på gjensidigheit i fellesskap. ”I dag deg, i morgon meg”. Solidaritet er derfor også egeninteresse.
Nestekjærlyghet (altruisme)	bygger på medmenneskelig godhet, jf. den barmhjertige samaritan. En skal gi uten å vente noe igjen, endog til sine fiender. Men heldigvis er det slik at det er den som gir, som får. (Hjort 2010:171.)

I debatten om velferdsstaten versus sivilsamfunnet, kan velferdsstaten bli skulda for å ta over mellommenneskelege forhold og dermed underminere den naturlige, ikkje-statlege solidariteten menneska mellom (Heiene 2006:222). I nær etterkrigstid viste nordmenn sterk solidaritet. Solidariteten kan vere mindre synleg i det individualistiske samfunnet.

2.3 Demens

Ordet demens kjem frå latin, der ”de” betyr fra, og ”mens” betyr sinn (Hjort 2010:93). Det sentrale er at hukommelsen, og evna til å tenke og resonnerer blir svekka. Som følgje av alderdomssvekking i hjerna eller som følgje av skader etter hjerneslag eller hjernebløding skjer denne forandringa. Psykiske følgetilstander kan også oppstå, som fornektning, forvirring, angst, depresjon eller atferdsending.

Demens er eit samleomgrep for fleire demensformar. Vaskulær demens kjenneteiknast ved at det er blødningsskader eller blodproppskader i hjerna. Frontallappsdemens er når skaden sit i frontallappen i hjerna. Denne forma gir ofte adferdsendingar. Der den sjuke kan banne og vere fysisk eller verbalt utagerande, uavhengig om han har hatt slik språk eller åtferd tidligare i livet sitt. Sjukdomar som Parkinson, Huntington eller misbruk av alkohol eller medikament kan gi demensforandringar i hjerna. Peter F. Hjort skriv om den tyske legen Alois Alzheimer som oppdaga demenssjukdomen som var opp igjen kalla etter han. Alzheimers demens har ein tidlig debut, der personar som får denne diagnose kan vere under 67 år.



Figur 1 Illustrasjon over ulike demensformer i prosent i Noreg. Talmateriale er frå Nasjonalforeningen for folkehelse

Sekundære demenstilstandar er tilstandar der demens er eitt av fleire symptom. Eksempel er demenssymptom knytt til stor og langvarig bruk av alkohol, vitaminmangel, hjernesvulst, hovudskade, hjernebløding eller hormonubalanse. Fleire av desse tilstandane er det mogleg å

førebyggje eller lege. Det er difor svært viktig å oppsøke lege for å få ei korrekt diagnose (www.nasjonalforeningen.no).

Det er ikkje enda funnet ein kur for sjukdomen, men det fins demenspreparat som kan stagge den nedgåande funksjonen i hjerna. Preparat mot depresjon, angst eller søvnforstyrning kan giast for å behandle tilleggslidingar. Ein person med demens vil kunne ha problem med å uttrykke smerter eller ubehag, og behandlande lege må derfor være oppmerksom på tilleggslidingar som kan gi unødige plager hos den sjuke.

Delir er ein forbigåande akutt forvirringstilstand som ikkje må betegnast som demens. Eldre har lett for å bli forbigåande kognitivt svekka ved for eksempel feber, infeksjon eller ved rask flytting til nye omgjevnader. Etter behandling og ro i kjente omgjevnader vil forvirringstilstanden gå over. Demensdiagnosa skal difor stadfestast over minimum 6 månader. Det skal takast to uavhengige MMS-testar (Mini mental status), der orientering, korttidshukommelse og abstrakt tenking blir målt. Det blir og tatt CT Cerebralt, der røntgenbilde av hjerna stadfester ei diagnosa og ikkje minst avkreftar andre diagnosar, som for eksempel hjernesvulst (Hjort 2010).

2.3.1 Førekomst av demens i Noreg

Over 70 000 menneske her i landet har demens (www.nasjonalforeningen.no). I dei komande tiåra vil folketalssamansetjinga endre seg ved at det blir fleire eldre personar (www.ssb.no). I løpet av 35 år er talet på menneske med demens venta å bli auke til 140 000 menneske. Demenssjukdom er sjeldan hos 50-åringar, men aukar i førekomst frå 65-70 års alder, og rammar 15-20 prosent av personar over 75 år. Av bebuarar på sjukeheim har nær 80 % ei demensliding, på landsbasis (www.nasjonalforeningen.no).

2.3.2 Demensplan ”Den gode dagen”

Overordna føringar er Demensplan ”Den gode dagen” som regjeringa ga ut i 2009, som ein delplan til Omsorgsplan 2015 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). I 2011 har

Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse kome med tilrådingar for utgreiing, pårørandeskule og demensteam. Det er presisert at omsorg til demente bør giast gjennom dagaktivitetstilbod, små bugrupper, auka kompetanse og individuelt tilpassa tenester.

Tilrådingar frå Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse er ei større fokus på utgreiing og omsorg til personar med demens. Å jobbe mot ei grundig og tidleg utgreiing av sjukdomsutviklinga, vil gjere det mogleg å sette inn tidlege tiltak som dagsenter og avlastning. Ved mistanke om demens skal fastlege starte utgreiing.

Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse rår til at dette gjerast i samarbeid med anna helse- og omsorgspersonell i kommunen. I demensutgreiing inngår ein samtale med pasienten, ein samtale med pårørande, blodprøvetaking og røntgenundersøking av hovudet. Pårørande vert lytta til, ved at deira omsorgsoppgåver vert kartlagde og sett.

Ved å nytte utgreiingsverktøy (revidert 2011) og ved å greie ut alle personar som har symptom på demens, vil det stå sterke faglege vurderingar bak tildelte tenestetilbod. Kartlegginga vert utført av fleire fagpersonar og pasient vil få oppfølging og evaluering av helsetilstand og legemiddelbruk. Om legen er i tvil om diagnosen skal kompetansen til spesialisthelsetenesta nyttast.

2.3.3 Demensteam

Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse tilrår oppretting av kommunalt forankra demensteam, tverrfagleg samansett av fagpersonell med faste dagar og stillingsprosent avsett til arbeidet. Å ha ein eigen koordinerande lege i demensteamet vil betre samarbeidet mellom fastelegane og demensteamet. Demensteam og fastlege vil samarbeide og utveksle informasjon, så sant pasienten samtykker til det. Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse rår alle kommunar å opprette demensteam innan år 2015. For å auke kompetansen er det gunstig å danne nettverk av demensteam på tvers av kommunegrenser (Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011).

2.3.4 Tenestetilbod

Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse seier at ei forbetra utgreiingsrutine kjem pasienten og pårørande til nytte ved ei tidlig utgreiing gjer det mogleg å ta viktige avgjersler medan pasienten har samtykkekompetanse. Tidleg diagnose gjer det mogleg å informere pårørande om sjukdomsutviklinga og gjere pårørande tryggare i si rolle. Pårørandeskule og samtalegruppe for personar med demens er gode verkemiddel. Pårørandeskule og oppfølging av pårørande vil støtte og gi kunnskap. Aktuelle støttande tenestetilbod er dagsenter, praktisk hjelp, heimesjukepleie, støttekontakt, hukommelses hjelpemiddel, korttids- og avlastningsopphald eller fast plass i omsorgsbustad/sjukeheim (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Støttekontakt er ei teneste som skal gje personar med særlege behov for hjelp ei meiningsfull fritid og sosialt samvær. Støttekontaktordninga omfattar hjelp og følgje til kulturarrangement, fysisk aktivitet og sosiale aktivitetar. Støttekontakt kan tildelast personar som har behov for dette grunna funksjonshemming, alder eller sosiale problem.

I åra som kjem må tenestetilbodet utformast i samsvar med utviklingstrekk i samfunnet elles. Ein vil sjå fleire yngre brukarar med samansette helse og sosiale problem, som ønskjer eit aktivt omsorgstilbod. Støttekontakttenester i tråd med den nye Kommunale helse- og omsorgstenestelova, kan gje tilbod om tenesta på fleire måtar enn den individuelle støttekontaktordninga. For unge personar med demens er individuelt tilpassa grøn omsorg aktuelt. Grøn omsorg er aktivitetstilbod knytt til natur, dyrehald eller gardsbruk.

Dagsenter med små grupper gir tryggleik for personar med demens. Fast personale, fast brukargruppe og same lokalar gir trygge og kjende rammer (Volda kommune 2012). Tilbodet skal avlaste pårørande og legge til rette for at personar med demens kan bu heime lenger. Tilsette ved dagsenter kan samtale med pårørande som har behov for nokon å snakke med om sjukdomssituasjonen.

Personar med demens har best orienteringsevne i heimen, der dei er kjent. Flytting til nye omgivnader gjer at vedkomande vil misse funksjonar for kvar flytting. Rullerande avlastningsopphald gir tilvenning til ein framtidig fast plass. Både brukaren og den pårørande kan trenge denne tilvenninga. Fast rullering bør vere ved heildøgns omsorgstilbod, ved same avdelinga kvar gong. Unødig flytting mellom omsorgsnivå må hindrast sidan flytting til nye,

ukjende lokalar kan føre til at pasienten misser funksjonar, jamfør nasjonal Demensplan. Ved behov for heildøgns omsorgstilbod, er avdelingar organisert i små bugrupper tilrådd for personar med demens. Aktuelle tilbod må individuelt tilretteleggjast. Flytting og overgang i omsorgsnivå må planleggast nøye.

2.3.5 Omsorg ved demens

Det er viktig at ein person som har diagnosen demens, får oppretthalde sine vante daglege funksjonar lengst mulig. Eit godt samarbeid med kommunale helsetenester vil være gunstig for å unngå unødige sjukehusinnleggingar og unødige skifter i sjukeheimsavdelingar ved avlastnings- eller langstidsopphald. Ved opphald i institusjon må omgjevnadene og rutinane der avspegle dei vante rutinar og omgjevnader frå pasienten sin heim. Avdelingane må være oversiktlige, slik at ein person med kognitiv svikt lettare kan orientere seg. Ved at vedkomande kan utføre sine vante oppgåver sjølvstendig lengst mulig, vil daglegfunksjonen ADL (activities of daily living) bli oppretthaldt. Pleiar eller pårørande har ei rettleiande rolle. Dei fungerer som ein ekstern hukommelse, der den demente sjølv er den aktive i utføringa av hygiene, påkledning, påsmøring og eting av mat og i praktiske oppgåver. Det som er et tankekors er at "hjerna blir utslitt av å ikkje bli brukt" (Hjort 2010:99).

2.3.6 Demensomsorgens ABC

Som kompetanseheving tilrår demensplanen at tilsette gjennomføre internundervisning i Demensomsorgens ABC. Dette er ei kursrekke som gir innsikt i demensdiagnosar og miljøarbeid i demensomsorg. Det er fokus på aktivitetar og miljøarbeid i kvardagen. Sanseshage er positivt for bebuarar, og kan innehalde bær og frukttre, blomster og levande dyr. Tilsette ved institusjon bruker pasienten si livsforteljing i omsorg. På bebuarmøte blir brukarmedverknad og etikk diskutert for betra kvalitet på omsorg til enkeltbrukarar (Volda kommune 2012).

2.3.7 Demensutvikling hos personar med psykisk utviklingshemming

UAU (Utviklingsprogram for aldring hos menneske med utviklingshemming) har utvikla program som skal fange opp demens tidleg hjå menneske med psykisk utviklingshemming. Desse testane blir anbefalt gjennomførte allereie i 35 års alder, og deretter minimum ein gong per år. Det er viktig å ha tilgang på fagpersonar med kunnskap om desse kartleggingsverktøya av demens sidan personar med psykisk utviklingshemming kan ha alderdomsutvikling frå ung alder (Volda kommune 2012).

Det kan vere utfordringar i å tenke integrering av utviklingshemma i dagaktivitetstilbod for andre eldre med demens. Dagaktivitetstilbod, bustadtilbod og aktivitetstilbod må tilpassast den enkelte. Pårørande er søsken eller foreldre som sjølv er i alderdomen. Dette i motsetning til eldre i omsorgsbustad eller sjukeheim, som kan få meir hjelp og støtte frå sine pårørande som er vaksne born (Volda kommune 2012).

2.4 Samhandlingsreforma

Samhandlingsreforma med nye lovverk er gjeldande frå 1. januar 2012, med Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid. Kommunen vil få eit større ansvar i heile rekkja av omsorgstenester med førebygging, behandling, rehabilitering og pleie.

Kommunal helse- og omsorgslov § 3-5: Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

I nær framtid kan ein vente ei ytterligere auke av brukarar < 67 år med omfattande hjelpebehov (St.meld 25, 2005-2006: Mestring, mulighet og mening). Førebygging og informasjonsarbeid om folkehelse, helseåtferd og tidleg innsats er nyttig. Satsingsområde er kosthald, mosjon, daglege gjeremål og sosiale aktivitetar. ”Reparasjon” kostar meir enn førebygging, difor bør all omsorg bli gitt med eit sterkt fokus på førebygging. Den enkelte må

ta ansvar for eiga helse, men kommunen og lokalsamfunnet må leggje til rette for at dette let seg gjere. Det er nyttig med samarbeid mellom omsorgstenester, pårørande og frivillige.

Kommunal helse- og omsorgslov: § 3-3. *Helsefremmende og forebyggende arbeid*
Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning.

Helse- og omsorgstjenestene skal bidra i kommunens folkehelsearbeid, herunder til oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer etter folkehelseoven § 5.

Helse- og omsorgstjenesten skal arbeide for at det blir satt i verk velferds- og aktivitetstiltak for barn, eldre og funksjonshemmede og andre som har behov for det.

2.4.1 Utfordringar på lang sikt

Alderssamansetjing er ein av indikatorane for utvikling og behov for pleie- og omsorgstenester. Andre indikatorar er flytting frå bygd til sentrum og fysisk avstand mellom egne born og gamle foreldre.



Figur 2 Helsedirektoratet ventar at levealderen blir auka og talet på eldre i Noreg blir auka.

I aldersgruppa 70-79 år er det venta ei jamn auke i innbyggjartal frå 2010 til 2030. Dette gir ein auke på nær 70% over ei 20 års periode (ssb.no, mellomalternativet). For aldersgruppa >80 år vil det vere eit stabilt innbyggjartal framover. Men over ei tiårsperiode, frå 2020-2030,

er auken over på 40 % for denne aldersgruppa. Aldersgruppa 90 år og eldre ser ut til å halde seg stabil. Andre prognosar går på at innbyggjarane i Noreg vil leve lenger i framtida. Helsedirektoratet ventar at levealderen i Noreg vil auke med opptil fem år fram mot 2050.

Det er viktig at kommunane legg grunnlaget for å kunne møte ei venta auka etterspurnad etter omsorgstenester. Dette gir behov for gradvis utbygging av tenestetilbodet gjennom utdanning og rekruttering av personell, investering i bygningsmasse og teknologi (St.meld. 25, 2005-2006)

2.4.2 Kvalitet i tenestene

Kommunal helse- og omsorgslov: § 4-1. *Forsvarlighet*

Helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes etter loven her skal være forsvarlige.

Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at:

den enkelte pasient eller bruker gis et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud,

den enkelte pasient eller bruker gis et verdig tjenestetilbud

helse- og omsorgstjenesten og personell som utfører tjenestene blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter og tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene.

Brukarmedverknad bør giast på individnivå og på systemnivå. På individnivå skal pasienten eller den berørte part bli hørt. Brukarmedverknad på individnivå kan ivaretaast gjennom datainnsamling og samarbeidsmøter med pasient, pårørende eller verje. Alle pasientar med samansette behov og trong om koordinerte tenester får tilbod om Individuell plan (FOR 2011.12.19). På systemnivå kan brukarmedverknad ivaretaast gjennom høyring av interesseorganisasjonar av berørte partar.

Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukernes erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermidvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar. (Helse- og omsorgsdepartementet si internettside)

Telemarkforskning har i 2011 gitt ein rapport om brukarmedverknad i pleie og omsorgssektoren. Rapporten viser dilemmaet: I ein travel kvardag er den største utfordringa ikkje å ta snarvegane. Det store dilemmaet er å rekke alt eller å gjere alt rett (Møller, Vike og Haukelien 2011). Samtidig møter ein stadig både somatiske og etiske problemstillingar, der grensegangen mellom kva som er rett og gale kan vere uklar. Det er difor viktig å ha opne arenaer for å diskutere og reflektere over pasientutfordringar. Det er nyttig med ein ekstern person som held refleksjonsseminar eller rettleier personalet ved vanskelege utfordringar. Auka brukarmedverknad kan vere ein motpol til tvang. Det er mottakarar av pleie- og omsorgstenester som har nedsett evne til å uttrykke brukarmedverknad. Difor er samarbeid med pårørande viktig på individnivå. På systemnivå, må brukarmedverknad ivaretaast gjennom høyringar og samarbeid med faggrupper og brukarrepresentantar (Møller, Vike og Haukelien 2011).

Nasjonalt har eit etikkprosjektet vorte starta som del av omsorgsplanmeldinga (St.meld 25, 2005-2006) og det er KS, Kommunenes setralforbund som har drive prosjektet i praksis. Materiale for prosjektet er utarbeida i samarbeid med Diakonhjemmet høgskole. Målet er at fleire av kommunane skal bli etikk-kommunar, der det etiske kompetansen blant tilsette er auka. Refleksjonsgrupper samansett av tilsette blir nytta. Tverrfaglege team gir fleire synsvinklar og styrkar refleksjonen. Grunnlaget for etisk refleksjon er yrkesetiske retningslinjer, lovverk og kommunen sine verdiar

2.5 Det frivillige omsorgsarbeidet

Kommunen tok over ansvaret for sjukeheimplassar i 1988. Diakonal institusjonsverksemd innan pleie- og omsorg er redusert, men i 2008 var det om lag 2200 plassar fordelt på 40 verksemdar i Noreg (Angell 2011). Kommunale insitusjonar har omsorg for heile mennesket, med hovudvekt på fysiologiske behov som søvn, ernæring, hygiene og kle. Pårørande og frivillige har ei viktig rolle som supplement til psykologiske, sosiologiske og andelegar behov. Partnerskap mellom kyrkje og kommune vil gi personar med demens heilskapleg omsorg innan psykologiske, sosiale og andelegar behov.

St.meld. nr. 39 (2006-2007) Frivillighet for alle, slår fast at frivillige gjer samfunnet rikare, sterkare og betre. Frivillig sektor har spelt ei viktig rolle i utviklinga av demokratiet og oppbygginga av det norske samfunnet. Historia viser at mange av behova som organisasjonane har avdekka, senere har blitt definert som en del av det offentlige sitt ansvar. Frivillige organisasjonar er samfunnsbyggjarar med et mangfald av kultur- og idrettsaktivitetar, engasjement for barn og unges oppvekstkår, interesse for nærmiljø og trivsel. Frivillige er viktige miljøskaparar og bidreg til identitetsbygging og kjensle av tilhøyrse.

Frivillige er gjerne friske pensjonistar. ”Friske pensjonister er en økende og uutnyttet ressurs for frivillig arbeid blant barn, unge og eldre”. (St.meld. 25, 2005-2006).

Frivillige hjelparar og organisasjonar gjer ein stor innsats for bebuarar i institusjon. Dei er ein viktig del av fritids- og aktivitetstilbodet til ulike grupper av tenestemottakarar. Dette er sporadisk arbeid og faste tilstellingar som til dømes songstund eller faste erindringssamlingar. Det frivillige arbeidet er i tillegg til å være gode sosiale aktivtetar, også viktige i høve til integrasjon og synleggjering av ulike grupper i nærmiljøet. Aktivitetane og innsatsen til dei frivillige representerer stor grad av normalisering for dei som deltek . Ein kjem seg anten ut i nærmiljøet og kan delta i eit fellesskap, eller aktivitetar kjem dit ein mottek tenester. Dette er med på å normalisere tilværet i institusjon (Volda kommune 2012).

Det er ofte personar som står på og gjer ein innsats over lang tid, og det er særskilt viktig at kommunane støtter og oppmuntrar lag og einskildpersonar. I tillegg må ein også legge til rette for i framtida å kunne rekruttere inn nye eldsjeler i det frivillige arbeidet.

Den kulturelle spaserstokk er finansiert gjennom statlege løyvingar. Målet er å tilby gode kulturtilbod til personar som er hindra i å delta i det eksisterande kulturtilbod. Gode kulturopplevingar er med på å styrke livsglede og sosialt fellesskap hos den enkelte, noko som igjen gir ein positiv helseeffekt.

Frivilligsentralar i kommuner og lokalsamfunn har som oppgåve å koordinere frivillig verksemd. Det er ope for enkeltpersonar å ta kontakt med Frivilligsentralen med spørsmål om tenester. Det er fruktbart med regelmessige samtalar mellom Frivilligsentralen, diakon og kommunale pleie- og omsorgstenester, for å oppdatere om aktuelle samhandlingspunkt. Ved å

koordinere hjelpearar kan Frivilligsentralen tilby småjobbar som snømoking, hagearbeid, hjelp til innkjøp og følgje til undersøkingar.

Pårørandeforeiningar kan stette brukarmedverknaden til pasientane på systemnivå. Det kan vere tungt å drive ei slik gruppe, men Frivilligsentralen kan støtte og koordinere, mellom anna ved å søke om aktivitetsmidlar.

2.5.1 Besøksteneste

Røde Kors besøksteneste er eit tilbod som er organisert gjennom frivillig innsats. Diakon og andre kan også ha eit formalisert besøkstenestetilbod. Slik kan kyrkje følgje opp kyrkjelydsmedlemar også etter at dei er hindra i sjølv å gå til gudstenester. Besøksteneste kan hindre einsemd.

2.5.2 Erfaringsgruppe

Erfaringsgrupper skal være ein open møteplass for personar med alzheimers i eit tidleg stadium av sjukdomen. Det skal være ein møteplass der vedkomande kan møte andre i same situasjon, der ein kan utveksle erfaringar og lære av kvarandre. Ein kan knyte nye kontakter, som gjer det lettare å møtes på dagsenter og tilrettelagte aktivitetar seinare. Erfaringsgrupper har som målsetting å medverke til at enkeltpersonar i ein ny livssituasjon kan planlegge korleis framtida skal bli (Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse 2011).

2.5.3 Ektepar

60 % av personar som har ein demensdiagnose, har diagnosen Alzheimer. Denne demensforma rammar i yngre alder enn dei andre demensformene. Litteraturen om demens viser tydeleg nære pårørande si oppleving av sjukdomen. Eit døme er pårørande Laila Lanes og tidligare fiskeriminister Jan Henry T. Olsen sine erfaringar. Laila Lanes og tidligare fiskeriminister Jan Henry T. Olsen har vore med å vist større åpenhet om demenssjukdomen.

Dei ynskjer å påverke personar i tidleg stadie av alzheimerssjukdomen til tidligare å akseptere diagnose og sin nye situasjon (Lanes 2009).

Ein individuell plan, tek ikkje nødvendigvis høgde for å koordinere omsorg til fleire enn den eine pasienten. Likevel, særleg ved tidlig debut av demens, er pasientar som blir råka i ekteskap eller samliv. Demenssjukdom kan krevje tyngande omsorgsoppgåver for ektefelle eller partner. Etter kvart vil institusjonsopphald eller avlastningsopphald bli naudsynt.

Pårørande til demensråka, kan også bli mottakar av ulike omsorgstenester. Bruk av Individuell plan bør også opne for koordinering av tenester til ektefelle eller partner av den demensråka.

Ved institusjonsplass for den eine i eit ektepar, må det giast informasjon og opnast for at romet kan gjerast heimekoseleg. Dette er heimen til den sjuke. Her kan påørande ta med møblar, bilete og kjente album. Det er råd å låse døra, for å få privatliv i heimen, sjølv om ein er på institusjon. Som sjukepleier er dette ei grunnleggjande haldning eg kjenner frå utdanninga mi og frå institusjonane eg har arbeidd eller hatt praksis i. Eg støttar denne haldninga og meiner at romet til pasienten er vedkomande sin heim. Som pleiar vil eg alltid banke på døra før eg trakkar over vedkomande sin dørstokk. Det er viktig at påørande og pasienten får denne informasjonen, slik at dei ikkje kjenner på at dei *bur* på min arbeidsplass. I realiteten er det eg som arbeider på deira heimstad.

2.5.4 Eit fleirkulturelt samfunn

Brukarar med andre livssyn eller med fleirkulturell bakgrunn vil ha glede av trus- eller sosiale fellesskap med personar med lik tilknytning. Innbyggjarar med bakgrunn frå mange ulike nasjonar og kulturar er ein ressurs som kan nyttast som frivillige og som medarbeidarar. Ei slik integrering meiner eg vil vere styrkande for mangfaldet i aktivitets- og tenestetilbod.

2.5.5 Teknologi i omsorg

Innovasjonsmeldinga (NOU 11:2011) rår til at ny lovgiving innan personvern og datasikkerheit vil opne opp for at personar med demens kan nyttiggjere seg av velferdsteknologi og sporingsteknologi. Teknologien er eit hjelpemiddel som gir den råka ein større handlefridom. Smarthusteknologi og alarmsensorar i heimen er verkemiddel som vil minne den demensråka på nyttig informasjon Ein sensor på ytterdøra kan alarmere den råka om tid på døgnet. Internett opnar for aktivitetstilbod heim i stova. Direkte overføringar frå lokale kulturarrangement kan nytast frå eiga stove. Sosiale medium gir nye møteplassar og møteformer. Komfyrvakt er eit hjelpemiddel som nyttast i dag. Dette sikrar heimen mot brann eller røykutvikling. Alarmknapp knytt til hometenestene via alarmsentralen er også eit hjelpemiddel som mange nyttar seg av i dag. Endring i lovverk og utvinning av nye hjelpemiddel er eit potensiale for demensomsorg i framtida. Teknologi kan ikkje erstatte den menneskelege kontakta med pårørande eller hjelpeapparatet. Likevel kan teknologien gi større handlingsrom for den demensråka og gi personar med demens ein større grad av sjølvstende (NOU 11:2011).

3 Metode

Hermeneutikk er å fortolke tekst, menneskelege uttrykk eller aktivitetar. Fenomenologi er å forsøke forstå fenomen. Personlege erfaring i lys av teori gir ei ny forståing. (Gilje og Grimen 1993) Metoden eg vil bruke for å belyse valt tema, er ein skildrande metode. Målet er å skildre metodar for korleis gi god omsorg til personar med demens i institusjon. Gjennom fenomenologi fordjupar eg meg i omgrepet som eg kallar for sansedialog. Omgrepet sansedialog er nytta av ph.d Lis Engel og skildrar korleis menneska i noet kan oppleve, kommunisere og fortolke verda. Bakteppe for oppgåva er:

- Litteraturgjennomgang av omgrep som demens, sansestimulering, empati, omsorg og diakoni.
- Min erfaringsbaserte kunnskap frå miljøtiltak i demensomsorg
- Kunnskap frå praksis i diakoniutdanninga i høve til relasjonelle møter
- Samhandlingsreform og Diakoniplan for den norske kyrkja er bakgrunnsmateriale

Problemstillinga for oppgåva er korleis nytte sansedialog som eit verkemiddel for å skape relasjonelle menneskemøte i demensomsorg. I dette metodekapittelet gjer eg greie for korleis eg vil finne svar på denne problemstillinga. Spørsmålet inngår i den store diakonale samtalen gjennom vektlegging av menneskesyn og kommunikasjon. Bakgrunnsmateriale med overordna planar og lovføringar syner konteksten for demensomsorg. Teori omtalar demens som diagnose. Materialet for oppgåva er ulike element i sansedialogen og konkrete arbeidsmetodar som kan fremje sansedialog. Oppgåva er i hovudsak ein skildrande studie basert på teori om demens og sansestimulering. Som mal for val av metode og struktur for oppgåva har eg nytta litteratur innan samfunnsvitenskapleg metode (Johannessen med fleire 2010 og Halvorsen 1996).

3.1 Val av litteratur

Demensomsorg er eit satsingsområde på nasjonalt nivå. Store helsereformar skisserer strukturelle tiltak for å møte eit venta auka tal av personar med demens i framtida. Strukturelle og overordna føringar innan demensomsorg og diakoni er med i bakgrunnskapittelet i oppgåva. Strukturelle føringar og politiske løyvingar er avgjerande for at faktorarar som lokalar, fagpersonell og koordinering av frivillige ligg til rette for god demensomsorg. Overordna føringar er ei føresetnad, men er diverre ikkje einstydande med god omsorg på individnivå. Oppgåva mi har hovudvekt på individnivået, der relasjonelle møte kan skje. Kunnskap og gode holdningar på individnivå er ein føresetnad for gode menneskemøte.

Eg har tidligare vore på kursdag og høyrte foredragshaldar og lege Peter Hjort fortelje om erfaringar han har gjort seg som pårørande i møte med helsevesenet. Dette har inspirert meg til å nytte den siste boka han har skrive som hovudkjelde for demens og omsorg. Som sjukepleieteoretikar har eg nytta Kari Martinsen. Eg ser at hennar teoriar er prega av Knud E. Løgstrup sine teoriar. Det same gjeld for professor i religionsvitenskap Karstein M. Hanssen. Også han reflekterer over Knud E. Løgstrup sine teoriar. Dette har frista meg til å lese Løgstrup si kanskje viktigaste bok ”Den etiske fordring” som omtalar moral, samvit og omsorg.

I oppgåva ynskjer eg å ta sansestimulering eit steg vidare. Dette ved å reflektere over det magiske rommet som opnar seg i nuet. Som teoretikar for oppmerksamt nærvær nyttar eg den danske idrettsteoretikaren Lis Engel. Ho er inspirert av austen sine religionar. Eg ser at hennar synsvinkel kan tilføre kunnskap i høve til personnære møte. Oppgåva er ikkje låst til ein religion. Eg fordrar å samanlikne og opne opp for fleire synsvinklar for å finne det som eg trur er universelt. Eg ynskjer å definere mennesket sitt potensiale og ukrenkelige verdi.

3.2 Utval av kvalitative data

I val av informantar til å gi svar på problemformuleringa mi vart eg tidlig i arbeidet tipsa om bruk av Gudsrike leiken overfor personar med demens. Eg brenn for relasjonelle møter mellom hjelparen og pasienten. Som diakon ynskjer eg å søke etter nye andaktsformer. Eg er

på leit etter eit nytt språk og nye møteplassar der kyrkjelydsarbeidaren eller frivillige utanfrå institusjonen kan møte pasientar på ein verdig måte. Eg er i utgangspunktet kritisk til om søndagsskulepedagogikken Gudsrike leiken er verdig, brukt hos vaksne menneske. Eg er også skeptisk til metoden, dersom den har ei misjonsvinkling på andaktsformidlinga. Eit eventuelt fokus på omvendning kan vere uverdig, meiner eg, ut frå at personar med redusert samtykkekompetanse kan bli pressa til val dei ikkje står inne for. Trass i denne skepsisen ynskjer eg i oppgåva å fordjupe meg nærmare i denne Gudsrike-metoden. Eg ser at metoden er mest som eit repetisjonskurs å rekne, nytta på personar som har kjennskap til kristne bibelforteljingar.

Eg kom i kontakt med nøkkelpersonar i Bjørgvin bispedøme og Norsk Lærerakademi i Bergen der eg fekk lære om metoden. Som kvalitativt studium har eg nytta ein prosjektrapport frå Bjørgvin bispedøme, der Gudsrike leiken er nytta på eit dagsenter for eldre personar (Gjengedal 2009).

Anders Myskja har eg høyrte foredrag av og eg nyttar han som teoretikar innanfor området musikkterapi i demensomsorga. Han har praktiske tips til korleis integrere musikk som individuelle tiltak i kvardagen (Myskja 2009). Høgskulen i Volda har i samarbeid med tre kommunar på Sunnmøre gjennomført eit prosjekt om Musikkterapi i demensomsorg. Prosjektrapport er ikkje publisert på skrivande tidspunkt, men i oppgåva nemner eg nokre erfaringar frå prosjektet.

Det er skrive ei rekke bøker som skildrar pårørandeperspektivet der demenssjukdom er under utvikling (Nordby 1999, Alver 2002 og Lanes 2010). Enkelte bøker skildrar pasientperspektivet hos den som er råka (Wogt-Henriksen 1997 og Solberg). Nokre av bøkene er sakprosa og eksakte biografier. Andre er skrive som romanar, men sidan dei er bygd på sanne historier vel eg å nytte dei som referansar i oppgåva.

Å forske på litteratur og rapportar er hensiktsmessig i høve mi problemstilling. Eg nyttar også eiga erfaring og kunnskap innan sansestimulering. Som bacheloroppgåve i sjukepleierutdanninga mi var temaet: ”Bruk av Snoezelen som miljøtiltak hos personar med demens i institusjon”. Snoezelen er ein teori som bevisst nyttar sansestimuli for å fremje aktivitet eller kvile. Eg skriv ikkje direkte om denne teorien i oppgåva, men tankesettet er ein del av min erfaringsbakgrunn.

3.3 Analyse og tolking av data

Eigen kunnskap og erfaring pregar mitt drøftingskapittel. Eg går gjennom ei fenomenologisk tankerekkje i høve til omgrep som menneskeverd, omsorg, likeverd og kommunikasjon. Det er innanfor desse omgrepa eg ynskjer å definere sansedialogen som eit verkemiddel innan demensomsorg. Rapportar og funn innan miljøterapi nyttar eg som eit eksempelbibliotek og funna fungerer som ein idébank for relasjonelle tiltak i demensomsorg.

Det diakonale oppdraget er eit allment oppdrag. I åra framover kan det bli vanskelegare enn i dag å rekruttere tilstrekkeleg med helsepersonell. Som del av dette vil helsearbeidarar måtte prioritere helseretta oppgåver. Eg meiner at miljøarbeid er ei oppgåve som frivillige og pårørande kan utføre som del av ein heilskapleg demensomsorg. Å allminneleggjere og ufarleggjere demensdiagnosane er eit mål for meg i denne oppgåva. Eg søker å finne eksempel på at den sjuke og den friske kan vere likeverdige. Trass i sjukdom og høg alder, ynskjer eg å gi eksempel på at livskvalitet og glede over livet kan vere intakt. Eg ynskjer å studere om den svake part kan bli den sterke part, ved at den friske har noko å lære av den sjuke. Eg har ei hypotese om at den demensråka si evne til å sanse nuet, er av ein stor allmennyttig verdi.

4 Avklaring av omgrep

4.1 Menneskesyn

Eg ynskjer å nytte eit positivt menneskesyn, bygd på førestellinga om at mennesket er skapt i Guds bilete (1. mos.1.27), der mennesket er lite ringare enn Gud. Ingen har sett Gud, men ved å sjå på menneska rundt seg, kan ein sjå eit gjenskin av Gud, som eit spegelbilete av Guds ansikt.

For Gud, som sa: «Lys skal stråla fram frå mørkret», han har late det skina i våre hjarte, så kunnskapen om Guds herlegdom i Jesu Kristi andlet skal lysa fram. Men vi har denne skatten i leirkrukker, så den veldige krafta skal vera av Gud og ikkje koma frå oss. (2. Kor. 6-7)

I mitt menneskesyn har menneska Gud i seg på det viset at ei veldig kraft strålar ut frå mennesket og gir eit potensiale. Mennesket er unikt og har sjansen til å ta ansvaret og styringa for sitt eige liv. Denne ibuande verdien og evna til å sanse og leve i eitt med naturen og menneska rundt er kjernen i menneskesynet eg nyttar i oppgåva. Religionar og livssyn har ulike namn på denne krafta eller verdien som fins i mennesket.

Sykepleiaren sine yrkesetiske retningsliner byggjer på eit positiv pasientsyn (Norsk sykepleierforbund 2011:7):

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og ibrøende verdighet
Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert

4.1.1 Livskvalitet

Kva livskvalitet er, vil vere ulik frå menneske til menneske. Lise Næss sin definisjon på livskvalitet er (Rustøen 1991:18):

En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen

1. Er aktiv
2. Har samhørighet
3. Har selvfølelse
4. Har en grunnstemning av glede

Anton Aggernes definerer livskvalitet slik (Rustøen 1991:20):

Livskvalitet avgjøres av graden av tilfredsstillelse av behov som

De elementære biologiske behov
Behov for varme og menneskelige kontakter
Behov for meningsfull beskjeftigelse
Behov for et variert, spennende og engasjerende handle- og opplevelsesliv.

FN sin definisjon god helse som: ”fullstendig fravær av sjukdom og lidning.” Denne definisjonen er streng. Peter Hjort definerer god helse som ”overskudd til dagens krav.” Denne definisjonen er opnare. Den viser at det er håp og mogleg å ha god livskvalitet trass i sjukdom og lidning (Hjort 2010).

Maslows behovspyramide er oppbygd med dekking av dei fysiologiske behova som grunnsteinar. Tryggleiksbehov kjem som neste behov. Behov for kjærleik og tilhørsle er nummer tre. Mot toppen av pyramida, der den skrenkar seg stadig innover, er behovet for anerkjenning (respekt/ verdsetting). På toppen er behovet for sjølvrealisering (Rustøen 1991:21). Berre når dei andre behova er dekkja kan personen verkeleg leve sine draumar og evner fullstendig ut. Slik pyramideforma indikerer er det berre eit fåtal menneske som får muligheit til å nå den ypparste toppen. Store delar av verdas befolkning har nok med å dekke fysiologiske og tryggleiks behov. Eg trur livskvalitet kan opplevast på alle nivå i pyramiden. Di høgare opp i pyramiden di sikrare kan kjensle av livskvalitet vere. Likevel trur eg ikkje at det å vere på toppen av behovspyramida er einstylande med høg livskvalitet. Materiell tryggleik kan vere medverkande, men er ikkje einstylande med god livskvalitet. Gode relasjonar medverkar til god livskvalitet.

4.2 Omsorg

Forholdet mellom Hjælperen og den der skal hjælpes maa være saadan at men, naar der i Sannhed, skal lukkes En at føre et menneske til et bestemt Sted, først og fremst maa passe paa at finde Ham der hvor Han er og begynde der.

Dette er hemmeligheden i all Hjælpekunst. Enhver der ikke kan det, Han er selv i en Indbildning naar Han mener at kunde hjælpe en Anden.

For i Sandhed at kunde hjælpe en Anden maa jeg forstaa mer end Han men dog først og fremmest forstaa det Han forstaa. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Merviden Ham slett ikke.

(Søren Kirkegaard 1906)

Eg har sjølv høyrst legen Peter Hjort holde foredrag om det å vere pårørande i helsevesenet. Han har utvikla teorien om ei inndeling av helsepersonell etter to kategoriar; dei som har ”grepet” og dei som ikkje har det. Sitatet av Søren Krikegaard bruker han som grunngeving for dette synet (Hjort 2010).

Filosofar har forsøkt forklare hjelparen sin motivasjon til å hjelpe i det som er eit ujamnt forhold mellom den hjelpetrengande og hjelparen. Kari Martinsen er ein sjukepleierteoretikar som har sett opp sin omsorgsteori slik (Kirkevold 1992:132):

- Mennesket kan ikke leve i isolasjon fra andre.
- Avhengigheten av andre trer særlig tydelig frem i situasjoner hvor sykdom, lidelse og funksjonshemming er tilstede, men er ikke begrenset til slike situasjoner.
- Den fundamentale menneskelige avhengigheten ”krever” et ”menneskelig motsvar”. Dette motsvaret er omsorg.
- Omsorg er et relasjonelt begrep som beskriver det ene menneskets svar på den andres avhengighet.

Samanfletting i K. E. Løgstrup sin omsorgsteori bygg på omgrepet tillit. Under normale omstende vil mennesket møte andre menneske med ei grunnstemning av tillit. Å vise tillit er å utlevere seg sjølv. Krig og misbruk av makt skaper misstillit. Mennesket er i ulike situasjonar sårbare og avhengig av hjelp frå andre. Den sårbare kan møte hjelparen med tillit eller

mistillit. Hjelparen kan gjere urett eller usjølvisk å hjelpe sin neste. Mennesket er utlevert til den andre i eit stadig vekselssforhold. Dette medfører veksling i maktforhold. Menneska er samanfletta kvarandre. Fordringa i maktforholdet ligg i om ein skal ta vare på den andre sitt liv eller øydelegge det. Mennesket har det andre mennesket si sjølvkjensle og skjebne i si makt (Løgstrup 2008:25):

Den enkelte har aldrig med et annet menneske at gøre
uden at han holder noe av dets liv i sin hånd

Løgstrup undrar seg over kva det er som får mennesket til å hjelpe ein annan, i dei tilfella der hjelparen ikkje får noko igjen for det sjølv. Hjelparen blir tilfreds. Det å hjelpe einannan kan gi livet innhald og meining i seg sjølv. Tanken på at livet er skjenka oss som ei gåve. Naturen og menneska rundt oss er del av dette livet. Uegositisk omsorg, godleik og kjærleik spring ut frå livet som er gitt oss. (Løgstrup 1956/2011).

Olav Fanuelsen definerer omsorg slik (Fanuelsen 2009:142):

Omsorg er noe vi erfarer gjennom hele livet. Det kan være den gode, omsluttende følelsen, eller det kan vere en konkret fysisk hjelp og omsorg når kroppen svikter. Men det kan også være et oppmuntrende ord når livet blir tungt, eller hjelp til å finne seg til rette i livet i ulike sosiale sammenhenger. Omsorg er også noe man som menneske gir i ulike situasjoner. Det kan gi en og tilfredstillelse, men det kan også medføre usikkerhet; har jeg handlet rett, har jeg egentlig tenkt på den andre eller handler jeg mest ut fra egne motiver? Primært er det de nærmeste – familie og venner - som er i fokus, men en del mennsker har også omsorg som yrke.

4.2.1 Likeverd

Kai Ingolf Johannesen viser at rettferd har to røter; ein klassisk gresk tradisjon og ein jødisk-kristen religiøs tradisjon. Ein nyare, feministisk omsorgsrefleksjon er i ferd med å vekse fram og skaper ei syntese mellom omsorg og rettferd, kjenneteikna med (Johannesen 2009:123):

- Først framholdes det *relasjonelle* perspektivet, slik det kommer til uttrykk i gjensidigheten mellom den som utøver omsorg og den som er gjenstand for omsorg. (...)

- *Kontekstualitet* er også sterkt vektlagt. Omsorg innebærer alltid at man er i stand til å innta den annens ståsted. Slik utfordrer man den distanserte og kjølig upartiskhet som man mener er typisk for rettferdighetsetikken.
- Og endelig opner omsorgsetikken opp for *følelsene*. (...) Uten å underkjenne verdien av god fornuftsbruk er det vanskelig å tenke seg hvordan man kan etablere en omsorgsetikk uten å involvere følelser som sympati og medlidenhet. Den empatiske personen rykker altså inn i sentrum av omsorgsetikken på en helt annen måte enn i rettferdighetsetikken.

I mi problemformuleringa er det denne syntesa mellom omsorg og rettferd som triggar meg. Eg ser etter likeverdige møter i ein omsorgssituasjon der det i utgangspunktet er ein mottakar og ein hjelper. Eg ser at hjelparen sitt utbytte er det å vere tilstades kjenslemessig, noko som i seg sjølv gir meining. Mottakaren kan gi noko tilbake i form av omsorg og takksemd overfor hjelparen. Relasjonelle møter kan aldri bli keisame. Ved å opne for kjenslene, tek ein med seg ein ny dimensjon inn i omsorg. Ved å nytte denne dimensjonen, trur eg at hjelparen vil få sitt motsvar frå pasienten i form av takksemd, glede, stadfesting av eigen eksistens og medforståing.

4.3 Kommunikasjon i demensomsorg

Ved demens er det utvikla ein skade i hjerna til vedkomande. Dette er ei funksjonshemming som gjer det hensiktsmessig å styrke funksjonane som mennesket har intakt. I samtale og dialog med personar med demens er validering, reminiserns eller realitetsorientering viktige kommunikasjonsformer. Kjersti Wogn-Henriksen omtalar desse kommunikasjonsformene (Rokstad/Smeby red. 2008:103-106) som eg i arbeidssituasjon nyttar vekselvis.

Realitetsorientering

Ved hjelp av realitetsorientering vil pleiaren informere personen om situasjon, tid og stad. Ein

person som grunna demens var forvirra, vil etter denne realitetsorienteringa finne tryggleik og forstå kvar han er.

Validering

I andre situasjonar og hos andre pasientar vil validering vere hensiktsmessig. Dette hindrar at pasienten taper ansikt sidan realitetsorientering kan opplevast som ei brutal avsløring av kor desorientert personen er. I validering vil pleiaren bekrefte pasienten der pasienten er, for så å skånsamt rettleie pasienten til reell situasjon, tid og stad. Eit døme er pasientar som ropar på mor. Pleiaren bør då vite at dette kan vere uttrykk for ei sterk utrygg kjensle. Å møte pasienten med råde fakta: ”Mor di er død”, vil ikkje virke tryggleiksskapande. Eg har sjølv som vaksen i toppen av ein karusell ropt på mi eiga mor: ”mamma!”, trass i at mor mi var fleire mil vekke. Ein person med demens som roper på mor kan vere i den same situasjonen, ute av kontroll i ukjende omgjevnadane. Ved hjelp av validering kan ein møte pasienten roleg ved å bekrefte namnet på mor og samtale om mor og kjende familieforhold. Å snakke om mor vil vere tryggleiksskapande og virke bekräftande. Pasienten har gjenvunne si plattform og pleiaren kan gradvis gjennom samtalen snu fokuset til den aktuelle situasjonen, tid og stad. Pleiaren vil bekrefte rollene, kven pasienten er no og at pleiaren er der for å hjelpe.

Reminisens

Reminisens nyttar i situasjonar eller hos pasientar der realitetsorientering eller validering ikkje lukkast. Målet er ikkje å få fokuset til pasienten til reell tid og stad. Gjennom å møte pasienten der vedkomande er, kan pleiaren samtale og oppleve den tidsepoken og situasjonen som pasienten er i. Dette krev at pleiaren har innsikt i livshistoria til pasienten og at pleiaren har bakgrunnsinnsikt om generelle historiske levetilstandar. I erindringsgrupper nyttar ein historiske gjenstandar, songar, og samtalar om tradisjonar og aktivitetar. Reminisens verkar bekräftande og gjer at pasienten meistrar situasjonen. Her er det nemleg pasienten som er ekspert og pleiaren som må lytte og lære.

I demensomsorg gir kommunikasjonsformene validering og reminisens pasienten rom til sjølv å vandre i eige tempo. Pleiaren eller hjelparen blir ein medvandrar. Pasienten slepp kjensla av

å tape ansikt. For enkelte pasientar er det likevel hensiktsmessig å nytte realitetsorientering, sidan fakta om tid og stad kan skape meining og forståing for pasienten.

4.4 Sansestimulering

I omsorg til personar med demens er eg opptatt av å stimulere fleire sansar for å nå inn til vedkomande. Dette kan kalle fram ei igjenkjennande stemning. Eg bruker alle sansane som er hørsel, smak, lukt, syn og taktil sans. Det er ved hjelp av lyssetting, der ein kan dempe lyset noko, for å understreke budskapet om at no er det kveld. Det er ved å følgje vedkomande til romet for å vise fram og kjenne på senga. Når vi går byd eg fram ei hand å halde i. Denne er støttande for ein kropp med nedsett balanse, men det kjennest også trygt ut å kjenne hudkontakt hand i hand. Slik nyttar ein fleire sansestimuli for å forsterke budskapet om at det er trygt at vedkomande kan sove her i natt. Etter ein god kveldsmat, er pasienten trygg og roleg. Ein kveldssong vil formidle at det er kveld. Det er ikkje naudsynt å repetere den verbale budskapet gang på gang, dersom ein tek seg tid til roleg å formidle ein budskap gjennom sansane.

Anne Marie Mork Rokstad er sjukepleier med tilleggsutdanning og definerer sansestimulering med vekt på sju sansar, der avsplassing av musklar og balansetrening kjem i tillegg til dei øvrige fem sansane (Rokstad/Smebye red. 2008:168):

Sansestimulering av personer med demens tar utgangspunkt i de sju sansene ledd- og muskelsansen, likevektsansen, følesansen, luktesansen, synssansen, hørselssansen og smakssansen.

4.4.1 Stemning

Også elles i samfunnet er vi opptatt av å nytte fleire sansar for å framkalle ei stemning. Jaget etter julestemning er eit godt eksempel på det. Vi vaskar til jul, for å få fram grønsåpelukt. Vi pyntar til jul for at det skal sjå ut som jul. Når vi bakar med barn er det for at dei skal få smake, sjå, lukte og forme deigen. Julemiddagen er den same kvart år. Det luktar i heile huset når den blir laga, den ser god ut og smakar godt. Vi syng julesongar eller hører på julemusikk.

Vi nyttar sansane for å sjå, kjenne, riste/høyre på pakkar i gåvepapir. Kan hende inneheld pakken både parfyme og sjokolade?

Anne Marie Mork Rokstad, sjukepleier og forfattar, ser at måltidsfellesskap gir sansestimulering og sosial stimulering for personar med demens i institusjon. Å delta i matlaging ved å lukte, kjenne, sjå og smake på maten, skaper nysgjerrighet, trivsel og matlyst. Personalet si aktive deltaking rundt bordet er avgjerdande for at fellesskapet rundt bordet skal opplevast som positivt (Rokstad/Smebye red. 2008:162).

5 Presentasjon av empiriske funn

5.1 Miljøtiltak i demensomsorg

Miljøtiltak ser eg på som medisin i demensomsorg. Sansestimulering er nyttig i miljøarbeid for å trygge pasienten. Eg ynskjer å vise eksempel på ulike miljøtiltak som blir nytta i demensomsorg. Eksempla viser ikkje pasientskildringar, men igjengir erfaringar og tankar eg har frå min erfaringsbakgrunn. Eg trekker fram lærdom eg har danna meg etter å ha arbeidd saman med og observert dyktige pleiarar og kollegaer. Gjennom sjukepleierutdanninga har eg også fordjupa meg i sansestimulering i demensomsorg.

5.1.1 Å sanse året rundt

Inne i ein institusjonalisert sjukeheim, blir årstidene visualiserast gjennom blomar og fargar som passar årstida. Årstidene har også sine smakar, lydar og lukter. Nokre sjukeheimar har sansehagar, der bebruarane kan vandre og sjå, smake, lukte, kjenne på og høyre.

Våren har sine blad som spreitt og frukttrær som blomstrar. Det er lydar av fuglekvitter og bekkar som bruser. Sola varmar huda og ein må late att augo i det sterke lyset. Det er enno kaldt og ein må kle seg for å gå ut. Det er ei forventning i lufta.

Om sommaren er det varmt og lyst. Det er fint å ta eit felles måltid ute. Det er godt å kjenne sola varme huda på bein og armar. Enn å få kjenne kald, grønt gras mot såre føter. Det er leskande med kald drikke. Jordbær og bringebær må ein smake. Ein kan høyre lyden av barnelatter og barn som leikar. Ei elv sildirar og fuglar syng. Det blømer i alle fargar. Graset er irr grønt. Himmelen er blå.

Om hausten kjem det eple på trea. Bladverk skiftar til gult, raudt og brunleg. Rognebæra er tirande raude. I denne årstida er det fint å ta med haustlyng til å pynte borda med. Det er godt å varme kakao og sitte inne. Nokre bebruarar kan hjelpe til med vaffelsteikinga. Ute er det mørkt, vind og regnvær. Fårikål er ein rett som fyller huset med god lukt og god smak. Det er godt for ein som har dårleg husk, å få bekrefte at vedkomande skal sove her i natt, sidan det er så stygt vær å gå ut i.

Vinteren har sine juleførebuingar. Den mørkaste tida har sitt lyspunkt. Ein gamal kropp og krokete fingrar kan likevel flittig ta del i julebakst og julegleder. Etter nyttår blir det stadig lysare dagar. Snøen lyser opp. Det er godt å være i ro inne, og ein kan være takksam ein ikkje skal ut.

5.1.2 Erindringsgruppe

Grupper er frivillige i demensomsorg. I måltidsfelleskap kan pasienten velge å ete i einerom. Likevel er fellesskapet inkluderande. Grappa fungerer som tryggleiksskapande og identitetsskapande. Tryggande miljøtiltak i demensomsorg kan vere overfor enkeltpasientar eller overfor grupper av menneske. Demensomsorg er organisert i grupper anten på dagsenter, i omsorgsbustad eller i institusjonseiningar.

Anne Marie Mork Rokstad viser at erindringgrupper eller minnegrupper er eit miljøarbeid med positiv verknad både for pasient og leiar av grappa. Personalet følte at dei kunne bidra med noko, tiltaket skapte glede og pleiaren fekk meir kunnskap om pasienten som person (Rokstad/Smebye red. 2008:175). Eg har sjølv fått erfare at erindringsgrupper gir gode stunder, godt humør og betra trivsel og eg ynskjer å skissere ein god mal for gjennomføring av miljøtiltaket.

Ei erindringsgruppe kan bestå av seks til 10 deltakarar og to leiarar. Grupper bør settast saman av personar med nokså lik bakgrunn. Ei gruppe med personar frå byen vil snakke om andre tema enn ei gruppe frå bygda.

Leiarane startar først å gå rundt å helse på deltakarane og ynskje dei velkommen til gruppe. Etter at alle har sett seg rundt eit dekkka kaffibord, kan grappa starte. Leiaren ynskjer velkomen og presenterer kvar enkelt person etter tur. Namn, gjerne berre fornamn, kvar vedkomande har vakse opp og budd, yrke og interesser. Denne korte informasjonen blir pakka inn i få setningar, men den er opplysende, oppløftande og bekreftande for den det gjeld. Informasjonen er sagt på ein vennleg måte, og merksemda er retta mot vedkomande. På denne måten blir kvar enkelt lagt merke til, verdsett og inkludert i grappa. Det hender også at det er nokon som nikkar igjenkjennande frå andre sidan av bordet: ”Å, er det *ho/han*..” Kanskje er grappa samansett av personar som tilhøyrrer same sjukeheimsavdeling, som et alle måltid

saman. Likevel vert det ei ny oppdaging når eit skrukkete, gammalt andletet blir presentert på ein positiv måte. Namn, yrke, bustad gir informasjon.

Etter presentasjonsrunda passar det å synge ein song. Det er igjenkjennande at det er nokon faste songar som blir sunge kvar gong. Desse kan være religiøse songar, eller andre songar som vart sunge mykje før. Kaffien blir servert og dagens tema blir omtala. Leiaren innleier med å relatere samtalen til noko som har med den aktuelle årstida å gjere. På bygda er jordbruksaktivitetar, matlaging og handarbeid naturlege tema. I byen kan skulekvardag, arbeidsliv eller sportsarrangement vere aktuelle tema.

Tema kan visualiserast av relaterte gjenstandar som blir sendt rundt. Kvar enkelt rundt bordet kan kjenne på og studere nærmare gjenstandane. Eit eple, ein vev, utstyr til å kare ull er aktuelle gjenstandar. Det blir gjerne fine forteljingar ut frå temaet. Ein ser livsgnist i augene til deltakarane. Dei er her på heimebane, og får snakke om noko dei er ekspertar på.

Det er rom for songynskjer. Det er enkel servering. Bordet er pynta med duk og blomster. Det blir ei hyggeleg stund. Sjølv om den demente kan gløyme samkoma like etterpå, vil gleda og den gode stemninga sitte i kroppen. Den demente er nemleg observant på stemningar dei rundt signaliserer.

5.1.3 Livsforteljing

Sigmund Freud er opphavsmann til psykoanalysa, og teorien hans er fokusert mot å forklare psykiske problem ut frå livshistoria og han har søkelys på opplevingar frå barndomen. Gestalt tererapien har fokuset på ”her og no”, der det å erkjenne kjensler og emosjonar er fokuset. Å få samanheng i fortellinga om si livshistorie kan være ein tidkrevjande prosess. Å få kontakt og lære å kjenne sine kjensler her og no, er derimot hurtig og ”helande”. (Ruitenbeek 1975:33)

I demensomsorg har bruk av livsforteljing ei anna tyding. Demensplan 2015 viser til at det er viktig å ha kjennskap til pasienten si livsforteljing (St.meld.25, 2005-2006). Ved datainnsamling i inkomstsamtaler med pasient og pårørande er det nyttig å samle informasjon om livsforteljinga til pasienten. Oppvekst, familie, utdanning, yrke, ekteskap og

born er viktig informasjon. Interesser og deltaking i foreiningar er og nyttig informasjon. I Søren Kierkegaard sin definisjon av omsorg, er det avgjerande å kunne møte pasienten der han er. Ved samtalar med personar med demens er det nyttig å bruke livsforteljinga aktivt. Pleiaren kan nærme seg pasienten der han er, ved å tyde pasienten sine utsegn i lys av vedkomande si livsforteljing.

Eit døme bygd på eigen erfaringsbakgrunn kan vere når ein person med demens i institusjon vil ut i vedskjulet for å hente ved. Pasienten kan verte tiltakande uroleg. Pleiaren veit at det verken er vedskjul eller omn til å fyre i ved sjukeheimen. Pleiaren må finne kvar pasienten er for å kunne hjelpe vedkomande. ”Er det kald? Frys du?” er opnande replikkar understøtta av at ein legg til rette eit teppe og kjenner om hendene er kalde. ”Det er snø ute,” er ein bekreftande replikk, der pleiaren vil nytte validering for ikkje sette pasienten i eit dårleg lys. Mimikk som at pleiar slår armane sine på kryss for å varme overarmene sine, understreker utsagnet. Pleiaren kan sette seg ned og ved hjelp av validering opne opp for ein samtale om vedhenting, snømoking og plikter i heimen. Ei avslutning kan vere ei bekreftande realitetsorientering der pasienten blir forsikra om at her i denne heimen er det ikkje naudsynt å vade i snø for å hente ved. Pasienten har ikkje misst ansikt, men fått bekrefte si livsgjerning. Pasienten har fått tatt fram minner på ein god måte. Frå ei kjensle pasienten hadde av maktesløyse eller plikt, har pleiaren bekrefte kjensla som eit reelt minne i lys av pasienten si livsforteljing. Det å ta fram nøkkelhistorier frå livet kan gi kontinuitet og samanheng og tydeliggjere kven ein er (Rokstad/Smebye red. 2008:104).

I kriser eller i overgang av livsfasar blir menneske pressa til å ta fram si livshistorie. I tøffe periodar av livet kan livsgrunnlaget vere råka, og mennesket er pressa til å reflektere over sitt verdisyn eller meiningsaspektet ved livet. For personar med demens kan hola i livsforteljinga vere store. Hjelparen tilfører og bekreftar informasjon frå livsforteljinga for å skape ein sann og samtidig meiningsgivande samanheng i minnet.

5.2 Musikk i demensomsorg

For personar med demens er det viktig å halde ved like funksjonar ved hjelp av repetisjon. Trass i svikt i daglege funksjonar, kan det gammal innlært kunnskap fortsatt være intakt. Å

syngje songar som dei eldre har lært i tidlige leveår, gir mestringskjensle. Den enkelte kan huske vers etter vers på desse salmane eller songane. Pleiaren eller den pårørende kan syngje attmed og hjelpe til at det er rett vers som blir sunge. Ein kan risikere at same songen blir sungen igjen og igjen, dersom det ikkje er styring på det. Det er enkelt å sjå gleda songen utløyser. Det er fellesskapsbyggjande å syngje ilag i grupper. Der samtalen lett kan gå i stå, ved at medpasientar snakkar forbi kvarandre, kan i songstund samle gruppa. Det er rørende å være med i ei slik songstund med eldre. Sjølv om språket kan være stotrande, kan likevel songtekstane kome ordrett.

Musikkterapeuten og legen Audun Myskja har gjort greie for musikken sin effekt som roande og stimulerande. Musikk kan gi fysisk og muskulær avspenning. Musikk kan lindre søvnproblem og gi bedre søvnkvalitet. Musikk kan redusere angst. Musikk kan redusere nivået av stresshormonar. Musikk kan betre koordinasjon og motorikk. Musikk kan auke konsentrasjon og hukommelse. (Myskja 1999:114-116.) I tillegg til fellesskapsbyggjande effekt i songgrupper, kan musikk individualiserast. Myskja anbefalar å finne to songar som pasienten responderer godt på. Songar som gir gode kjensler hos den demente. Desse to songane kan slik bli sunge saman med pasienten under situasjonar som morgonstell. Den ”vanskelige” pasienten kan på denne måten snu til å bli i godt humør. Sjenanse kan bli avleia av songen. Ei dansande rytme kan hjelpe motorikken i gang, ved at kroppen lystrar. Rørsler som å sette seg opp på sengekanten og å reise seg frå sengekanten kan gå som ein leik. En – to – tre og opp!, blir understøtta av rytme i songen. Den demente blir smitta av den lystige melodien og den tirande teksta. Konsentrasjonen blir fokusert rundt det å huske teksta. Stell situasjonen kjem slik i andre rekke og blir gjort meir på automatikk. Den demente viser dessutan at han kan utføre meir av stellsituasjonen sjølv. I staden for å stritte imot når pleiaren kjem med vaskekluten, kan pasienten sjølv få vaskekluten i handa. Automatikken i dei innlærte bevegelsane, gjer at vaskekluten sklir lett frå augekrok til augekrok, rundt panne, kinn og munn. Mentalt kan pasienten muntert være tilbake i barndomen eller ungdomens minner.

5.2.1 Alarmberedskap

Audun Myskja er lege og musikkterapeut. Han avviser oppfatninga av at demens er svekking og sløvheit i hjerna. Røntgen viser nemleg at hjerna til personar med Alzheimers demens har

alle alarmknappar og funksjonar på. Hjerna klarer ikkje å systematisere og sortere impulsar utanfrå, og alle sanseintrykk set hjerna i alarmberedskap. Med denne kunnskapen, blir pleiar og pårørande sin funksjon å roe ned den sjuke steg for steg, slik at eitt og eitt alarmlys i hjerna kan slåast av. Myskja er opptatt av at musikk kan nyttast som igjenkjennande eller roande element. Men også reduksjon av sansestimuli som støyande lydar eller lys kan reduserast. Roing ved roleg berøring, som å ta i handa, verkar tryggande på ein person i alarmberedskap. Det er viktig å finne årsaka til denne uroa. Er det noko fysisk som er årsaka? Kan eit toalettbesøk lette plagene? Kan ein som pleiar eller pårørande sette seg ned og få den oppstemte til også å sette seg ned i ein god stol, vil noko av det fysiske stresset med muskelspenningar avta. Slik kan ein altså, skritt for skritt, få hjelpe den alzheimersråka til å slå av dei mange unødvendige alarmlysa i hjerna.

5.2.2 Prosjekt Musikkterapi i demensomsorga

Høgskulen i Volda har i samarbeid med omsorgstenestene i tre omkringliggande kommunar gjennomført prosjektet Musikkterapi i demensomsorg. I kvar kommune er 5-6 faste pasientar og 2-3 fast personale vore på samlingar der musikk har vore tema. Musikkterapeut og sjukepleier med vidareutdanning innan demensomsorg har vore prosjektleiarar. Målet til prosjektet har vore kompetanseheving hos fagpersonalet. Utgangspunktet er at kultur og miljøarbeid hos personar med demens har ein stor gevinst i høve til pasienten sin livskvalitet og meistringsevne. At musikk verkar er det lite tvil om.

Prosjektleiarane har spurt personalet som var med på prosjektet om kva deira oppleving av samlingane har vore. Her har personalet hatt fullstendig fokus på pasienten si oppleving, men etter å bli spurt igjen har dei kjent etter korleis dei sjølv som personar har opplevt samlingane. Funna eller svara er at samlingane har vore ut av det vanlege, inn i eit nytt rom med nye muligheiter. Det har vore som å sjå med nye auger, men også det å bli sett sjølv. gjennom ei oppleving av at no ser pasienten eit nytt bilete av meg enn korleis pasienten ser på meg til vanleg (Erfaringskonferanse 26. april 2012).

Erfaringa av samlinga var at det vart skapt gyldne augneblikk, verdien av relasjonane som utvikla seg var synleg. Det var tryggleik. Tid til å vente dei to-tre sekunda gjorde at ein oppdaga nye sider ved seg sjølv og andre. Dei små detaljane hadde betyding. Personalet fortel

at ein pasient etter samlinga sa ho kjende seg heilt nyforelska. Ho dansa eller småtrippa bortover korridoren etter samlinga. Det at det var små grupper gjorde det mulig for personalet å verkeleg sjå den enkelte pasient. Som pleiar vart samlingane opplevt som energigivande, det var ikkje slitsamt å vere med. I songstunder er møtet gjensidig, der også pleiaren får noko igjen. Der pleiaren ikkje kan teksta, kan pasienten strofa og pleiaren har noko å lære av pasienten (Erfaringskonferanse 26. april 2012).

Sjølv om personalet merka at samlinga kunne bli gløymt i ettertid, hadde opplevinga som skjedde i augneblikket stor verdi i seg sjølv. Pasienten kom tilbake til avdelinga med ei god kjensle og stemning (Erfaringskonferanse 26. april 2012).

Etter dei faste samlingane initiert av prosjektgruppa har det i ei av kommunane fortsatt med samlingar etter at prosjektkoordinatorane har avslutta sine samlingar. Målet med samlingane er ein konsert. Samlingane har blitt kalla korøving. Korøving er ein kjend setting, sidan fleire av deltakarane tidligare har sunge i kor. Siste øvinga før konserten stilte deltakane opp i korformasjon. Personalet ser at det å stå i kor gjer noko med pasienten, meir enn det å sitte rundt eit bord å synge (Erfaringskonferanse 26. april 2012).

Eg meiner at musikk i institusjon kan, men treng ikkje vere avgrensa til faste musikkstunder. Musikk kan nyttast individuelt i stellsituasjon eller under forflytting/gange. Musikk er ikkje avgrensa til berre å bli nytta av pleiarar saman med pasient, men er sjølv sagt ein møteplass pårørande eller venner som besøker pasienten kan nytte.

5.3 Pasient og pårørandeperspektivet

Karen Sofie Mørstad er lege og oppdagar tidleg at ho sjølv er i ferd med å utvikle Alzheimers sjukdom. Boka om "Karen si historie" viser kampen hennar mot sjukdomen. Ho møter tvil og fornektning hos medkollegaer då ho kjempar for å få ei tidlig utgreiing. Ho merkar at demens er tabu. Ho kjempar mot dette, sidan ho ynskjer å lage seg meistringsstrategiar og sjølv få vere med å planlegge si eiga framtid. Det unike med boka er at den fortel om Alzheimers sjukdom sett frå synsvinkelen til ein som sjølv er råka (Solberg, Helje).

5.3.1 Ektepar og samliv

Eirin og Anders er ei skildring av eit ektepar der ektemannen utviklar Alzheimers type av demens. Tankane og skildringane til kona er ført i pennen av Marit Nordby. Skildringa under viser pårørande sine tunge sjølvmondsnære tankar, og det meistringivande motsvaret som den demensråka ektemannen gir:

Men Anders hadde likevel holdt fast ved at hun ikke skulle leve for hans skyld. Skulle hun leve, måtte det vere for sin egen skyld. Han ville leve. ”Om så ikkje for annet så for å se solnedgangen fra vestvinduet i stua vår” sa han (Nordby 1997:48-49).

Han levde i øyeblikket han. Alltid åpen mot det evige nå (Nordby 1997:46).

«Den dagen Anders ikke kjenner meg skal han på gamle hjem», tenkte Eirin. «Jeg orker ikke bo sammen med ham hvis han ikke vet hvem jeg er. Men kanskje er det nettopp når de ikke lenger kjenner folk rundt seg at de trenger å være hos noen som kjenner dem?», tenkte hun så (Nordby 1997:34)

Trass i strevsame tankar og dagar, ser både pårørande og pasienten verdien av augeblikket her og no. Naturopplevingar og samliv har ein verdi som veg opp for tap og bekymring. Livet må nytast her og no.

Dagar som kjem kan ikkje planleggast, sidan dagsforma til pasienten kan svinge. Boka syner også korleis feber kan gi forvirringstilstand. Men også det å vere sliten etter ein strevsam dag kan gi forvirring. Etter ein middagskvil viser Anders derimot at han er klartenkt igjen. Eirin slit med å få forståing hos lege og hos medmenneske. Vennar, familie og lege bagatelliserer teikna ho ser. Det er ei belastning for ho ikkje å få snakke med nokon om endringane som skjer. Anders viser seg derimot open og klarsynt om sin tilstand. Han fornektar ikkje og prøver heller ikkje å dekke over sin tilstand overfor legen eller Eirin (Nordby 1997).

5.4 Gudsrike-leiken

Ei erindringsgruppe tek opp tema og synleggjer temaet gjennom sansestimulering og inkludering. Ei erfaringsgruppe tek personen bak diagnosa på alvor. Gudsrike-leiken nyttar

sansestimulering og inkludering som andaktsformidling. I den monologe/tradisjonelle andaktstformidlinga kan det vere vanskeleg for personar med demens å halde tråden i det som blir sagt, trur eg. I monolog formidling er mindre inkluderande enn gruppesamlingar der deltakarane sjølv er aktive. Med dette som grunnlag trur eg at Gudsrike-leiken kan tilføre andaktsformidlinga ein ny metodikk.

Gudsrike-leiken er eit søndagsskuleopplegg for barn som er nytta i fleire land som USA, Storbritannia, Spania, Nederland, Finland, Tyskland og Noreg. Bibelfortellingane blir visualiserte ved hjelp av små dukkar og leiker på eit bord med tilhøyrarane rundt. Fortellinga blir fortalt medan leiaren styrer objekta på bordet. Leiaren har heile tida blikkontakt på bordet det handlinga skjer.

Det er Maria Montessori sin pedagogikk som ligg til grunn i Gudsrike-leiken. Pedagogikken har i seg sjølv ikkje noko med kristendomen å gjere. Ho var utdanna doktor og budde i Italia. Ho var med å endre synet på læring i skulen, ved at ho fornya synet på barnet. Ho meiner at barn skal respekterast. Dei treng rammer og instruksjon, men ut over dette har barnet evne og motivasjon i seg sjølv til å lære. Det er viktig at barnet får ro og tid til å utforske og bruke fysisk materiell i læring av fag som matematikk, språk og naturfag (Camp 1999).

Pedagogikken er fortsatt aktuell og nyttast blant skular og barnehagar også i dagens Noreg.

Den gode katekismes trusopplæring vart utvikla av Sofia Cavaletti. Cavaletti var italiensk etterkomar etter Montessori-pedagogikken. Ho vidareutvikla denne til å ta i seg trekk frå kristendomen (Camp 1999). Dette opplegget for trusopplæring er aktuelt i Noreg i dag, og det er fleire kyrkjelydar som brukar dette opplegget eller ynskjer å ta det i bruk.

Jerome Barryman er nolevande og bur i USA. Han reiste til Italia for å lære om Cavaletti sin trusopplæringspedagogikk. Denne fann han interessant, men han såg også at den kunne forbedrast. Han forenkla teorien og gav den eit nytt namn: ”Godly Play”. Han og kona har nytta denne leiken i grupper med barn, personar med utviklingshemming og i kursing av vaksne. Barryman har skriva ei rekke bøker og pedagogikken. Såleis har Gudsrike-leiken spreidd seg og er no i bruk i fleire statar i USA og i fleire land i Europa.

5.4.1 Gudsrikeleiken i Bjørgvin

Det er i England gjort ein studie på bruk av Gudsrike-leiken for personar med demens på eit dagsenter i Surrey. Bjørgvin bispedøme har nytta Gudsrike-leiken som andaktsform på eit dagsenter for eldre.

Mine tankar når eg høyrer dette er: ”Blir ikkje dette for barnsleg? Blir dei eldre tatt på alvor og vist respekt ved å bruke eit opplegg som er meint for barn?” Likevel spelar dette opplegget på fleire sansar enn den tradisjonelle verbale andakta. I samlingane er det rom for undring. «Erfaringen vår var altså at undringssamtalen ble tilført energi av materialene, og jo tettere på materiellet de gamle kom, jo mer utløsende virket det på følelsene og meddelelsestrangen.» (Gjengedal 2009:4).

Ved dagsenteret var gruppa sin storleik og korleis dei sat rundt eit bord i dagligstova eit godt utgangspunkt for å nytte Gudsrike leiken i samlingar. Personane som brukar dagtilbodet var godt kjent med dei klassiske forteljningane frå Bibelen og tema i andaktene var difor kjende. Samtidig vil det vere eit moment av overrasking, fordi historiene blir fortalt på ein ny måte og ved bruk av konkrete hjelpemiddel. Min skepsis til andaktsforma er om vinklinga er for misjonerande. Ved denne gruppa var deltakarane allereie kjent med kristendommen. «I vårt tilfelle med demente vil ikke målet om trosopplæring være så tydelig. Det vil snarere være snakk om et slags ”repetisjonskurs”.» (Gjengedal 2009:2).

Godly Play er en metode for å utforske trua, basert på Maria Montessoris pedagogiske prinsipp og videreutvikla til praktisk bruk med barn av Jerome Berryman, episkopal prest i Texas, USA. Ei Godly Play-samling blir i stor grad til av dei som deltek. Gruppa blir etablert ved at deltakane formar ein sirkel og samlinga er samansett av fire element (Gjengedal 2009:1):

- Å komme sammen og danne sirkelen.
- Å høre Guds ord gjennom fortelling ved hjelp av konkrete materialer og refleksjon. Refleksjonen består igjen av to deler: først en muntlig respons, som vi kaller undring, og deretter en tid til fritt kreativt arbeid med fritt valgt materiale.
- Å feire fellesskapet med et lite måltid, samtale og kanskje en bønn og en sang. Dette skjer også i sirkelen.
- Å ta farvel.

To leiarar har kvar si oppgave og like stort ansvar for deltakarane (Gjengedal 2009:1):

- **Fortelleren** former gruppen, presenterer fortellingen, leder undringen, innleder til kreativ respons og leder festen.
- **Veilederen** (på engelsk “doorperson”) tar imot barna når de kommer, hjelper til når det skal velges arbeide i kreativtiden, etterser og supplerer det kreative materialet, forbereder festen, og tar avskjed med barna ved utgangen, og, ikke minst, er en aktiv observatør og evaluerer samlingen sammen med fortelleren.

5.4.2 Pasienten si erfaring

Med vinkling på sansestimulering er Gudsrike-leiken viktig, sidan den spelar på fleire sansar.

Den taktile sansen blir nytta, ved at figurane er av tre, noko som er svalt og godt å ta i.

Fortellingsmaterialet ga hjelp til innleving og assosiering for deltakarar i gruppa (Gjengedal 2009:3):

Vi opplevde ved flere anledninger at når vi henvendte oppmerksomheten på materialet – og gjerne lot de gamle få det i hendene, så virket dette forløsende på samtalen. Det virket som de ved å berøre figurene fikk kontakt med eget følelsesliv. Minner ble vekket, og det ble lettere å finne ord og forme ordene til en fortelling. Dyrene fra Noas ark er for eksempel veldig gode å kjenne på, og de lokket fram mange historier om egne opplevelser med dyr.

I fest-delen av samlinga blir det servert mat og drikke, gjerne i form av frukt og saft. I vid forstand skal dette symbolisere nattverdmåltidet. I eit sanseperspektiv er smak, syn og lukt viktig i eit måltid. Eit festmåltid er også fellesskapsbyggjande og sosialt.

5.4.3 Hjelparen si erfaring

Tilsette ved dagsenteret sine erfaringar var at tema eller material frå andaktsstundene ikkje hadde var eit naturleg samtaletema etterpå. Likevel meinte dei at andaktsstundene hadde vore «verdifulle øyeblikksopplevelser for de gamle» (Gjengedal 2009:6). Det faste personalet var til stades, noko som ga tryggleik og støtte til dei gamle. Dei tilsette meinte at ro og gjentakning

av dei faste ledda passa denne gruppa godt. Homogeniteten i gruppa var eit godt grunnlag og innhaldet i andaktene var allereie kjent stoff for alle.

Her er funn i rapporten som viser kva metoden hadde å seie for hjelparen (Gjengedal 2009:5):

De ansatte lot seg engasjere som selvstendige deltakere i gruppa. Når de stilte spørsmål eller kom med uttalelser, var det på grunnlag av egne opplevelser, og ikke ”på vegne av” klientene. Enkelte ganger merket vi at de tok initiativ for å bringe samtalen vidare, slik at det ikke skulle gå i stå, men dette opplevdes bare positivt. Et viktig poeng i Godly Play er stillhet, å gi tid til refleksjon, og ikke være redd for pauser. Derfor kunne vi ofte la et spørsmål bli hengende lenge i lufta nokså lenge uten å bli besvart. Dette kunne til å begynne med kjennes ubehagelig, men personalet oppfattet snart poenget. For klientene virket det ikke som det skapte problemer. Mange ganger var det tydelig at det i slike pauser foregikk mye refleksjon bakom øynene hos den enkelte, selv om de ikke greide, eller ønsket, å uttrykke det de tenkte, med ord.

Anne-Helene Gjengedal, menighetspedagog i Askøy, Bjørgvin oppsummerer prosjektet med Gudsrike-leiken som andaktsform ved eit dagsenter for eldre slik (Gjengedal 2009:6):

God tid, stillhet, trygghet i en fast orden, og tiltalende materiell er alle viktige prinsipper i Godly Play for barn. Det er egentlig ingen overraskelse at dette er prinsipper som ”virker” også i møte med gamle og med personer som lider av dementia. De ansatte på Furubakken dagsenter lærte oss mye om dette ved sin respektfulle og kjærlige omgangstone i møte med klientene. De benyttet de samme prinsippene i alt arbeidet som foregikk på dagsenteret. Godly Play må aldri være bare en ”teknikk” eller et tryllegrep som tas fram og som fungerer når det anvendes.

Godly Play systematiserer og tydeliggjør bare det som egentlig er en selvfølge: Det er det ekte engasjementet som teller i arbeid for både gamle og barn. Prinsippene i Godly Play er grunnleggende i god kommunikasjon med personer som lider av demens. Disse prinsippene blir fulgt ved institusjoner som gir god og adekvat pleie til denne gruppen eldre. Fordi vi har fått lære Godly Play som arbeidsform, var det enkelt for oss som gjorde dette forsøket, å identifisere de gode virkemidlene som fungerer enten det kalles Godly Play eller ikke.

Godly Play gir et godt redskap til å ivareta det åndelige behov hos demente eldre på en god måte. Elementene og strukturen i Godly Play er gjennomprøvde og slitesterke nok til å tåle en fleksibel tilpasning fra en barnegruppe til den aktuelle gruppen og de aktuelle omgivelsene.

5.5 Eksistensiell og andeleg omsorg

I tillegg til erfaringane frå prosjektet om Gudsrike-leiken i Bjørgvin ynskjer eg å nemne andre miljøtiltak som også er på eit andeleg plan. Menneska har eit andeleg eller eksistensielt behov. Dette tyder eg som at mennesket har eit behov for å skape meining for sin eigen eksistens og eit behov for å skape meining i dei store samanhengane i eit kosmisk perspektiv. Motsvaret på eit andeleg og eksistensielt behov er omsorgstiltak eller miljøtiltaka som eksempela under er døme på.

5.5.1 Filosofisk kafé

Dei fyrste filosofiske kafeane starta i Paris rundt 1887, leia av filosofen Marc Sateau. Sateau sitt førebilete eller ideal var filosofen Sokrates. Filosofi kafeane var for vanlege folk, på vanlege kafear i Paris. Ved Cathinka Guldborg-senteret har det blitt arrangert Filosofisk kafé for pasientar sidan 2006. Aktuelle tema er: ”Kva vil det seie å ha levd eit godt liv?”, ”Kven er eg i dag?”, ”Korleis endrar synet på livet seg?”, ”Kva er et menneske?”, ”Kva tyder døden?”

Erfaringar og funn frå kafeen, er at undring over ”Meininga med livet” fortset heile livet! Filosofisk kafé er eit refleksivt rom der pasientane kan undre seg saman med andre over det gåtefulle tilværet. Pasientane kan utvikle ei eiga filosofisk sjølvforståing og eit eige verdigrunnlag. Refleksjon kan gi eigenutvikling og erkjenning. Dei filosofiske kafeane har vore ein suksess, der deltakarane har vist eit sterkt engasjement i samtalan. Ein filosof har fungert som ein reiseguide gjennom etiske, eksistensielle og filosofiske tema. Deltakarane har etablert nye sosiale relasjonar og diskusjonar har fortsett etter møta. For enkelte av deltakarane har møta hatt ein terapeutisk effekt på tidlige barndomsminne eller erfaringar.

Går det an å bli klokare når man har passert 90? Pia Hverven Axell som er Forsknings- og utviklingsleder konkluderer med at Filosofisk kafé kan betre kvaliteten på omsorg til menneske som bur i institusjon (Axell 2007).

5.5.2 Andaktsstund

Mange kyrkjelydar har regelmessige andakter på sjukeheim og institusjonar. Prest, diakon eller lekmenn deler på dette oppdraget. Frivillige eller diakonar kan ha organisere følge til gudstenester i kyrkja for pasientar som ynskjer det (Diakoniplan for Volda sokn 2001). Program, innhald og oppfølging av andaktsstund er opp til prest eller forkynnar å organisere.

Som sjukepleier trur eg at det er mange utfordringar for presten eller andaktshaldaren. Teieplikt, ukjende diagnosar, språkbarrierar der pasienten har redusert språk, manglande mellommenn dersom pleiar må nedprioritere å sitte saman med pasienten under andakta. Ein person som kjem på besøk utanfrå kan vere ukjend med pasienten i høve til vedkomande sine sorger og andeleg behov. Med store barrierar mellom forkynnar og tilhøyrar, trur eg det kan vere ei utfordring å oppnå dialog. Andaktsforma er etter prinsippet forkynning i monolog til mange delvis passive tilhøyrarar. Det kan vere ei fare at forkynnaren distanserer seg, trur eg.

Problemet kan være at forkynnaren ikkje har nok kunnskap til å kunne møte enkeltmenneska. Pleiaren kan vere ei bru mellom pasient og prest ved at pleiaren formidlar pasientar sitt ynskjer om samtale med prest. Samhandlingsreforma (St.meld. 41, 2008-2009) krev ikkje samabeid med religiøse organ, utover for pasientar som ligg for døden.

Det er difor eit interessant spørsmål, om pleietrengande får tilstrekkeleg dekka sine andeleg behov. Nokon kristne har gjennom livet hatt eit aktivt religiøst liv. Ved institusjonsopphald i helsevesenet kan dei miste dette nettverket og samfunnet som for dei blir oppfatta som det ”trygge”. Eg trur at for ein person med demens kan denne mangelen på ”tryggleik” forsterke forvirringstilstanden det i utgangspunktet er, å komme i ein nytt og ukjend institusjonsmiljø.

I diakonipraksis og som sjukepleier har eg sett forkynnarar bryte ned barrierar, ved å sjå kvar enkelt pasient eller kvart enkelt menneske. For alle menneske og sjølvsgt også for personar med demens er det å bli sett, tatt i handa og nemnd med namn bekreftande. Ein prest som helser på kvar enkelt pasient, nemner vedkomande med namn og bekreftande identitet ser eg at kan vere høgdepunktet på andakta.

Deltaking i andaktsstunda gjennom song hindrar passivitet. Nattverdsmåltidet inneheld også ein stimulerande del, med smak, syn, hørsel, lukt og taktil sans involvert. Presten si velsigning som avslutning, med klar stemme og med ope blikkontakt med medmenneska ser eg på som

styrkande. Dette gir ein nonverbal dialog med motsvar i form av blikkontakt og kjensle av samhald.

5.5.3 Omsorg i terminal fase

Sjukehusprest Øyvind Eide seier at håp har noko med framtida å gjere. I kristendomen er framtidsperspektivet prega av håp, ved at livet etter døden er prega av håpet om eit fullkome tilvære. Som sjukehusprest har han lagt handa på hovudet og velsigna pasientar som ligg for døden. Dette roar både pasienten og dei pårørande, noko han reflekterer over (Eide 2005:262):

I ettertid har eg spurt meg sjølv om erfaringen knytter kontakt med den mest grunnleggende og sterkeste av alle menneskelige erfaringer, minnet om den dype glede som lyser av mors ansikt når hun bøyer seg over sitt barn, minnet som har vært kjelde til håp gjennom livet. I livets grenseland skaper velsingelsen håp om at Guds ansikt vil lyse over sitt barn, som en mors ansikt, i kjærlyhet nåde og fred.

6 Tolking og drøfting

6.1 Menneskesyn og menneskeverd

Menneska har til alle tider hatt behov for å forklare mennesket og universet sin eksistens. Mennesket har også eit behov for å spå framtidsutsiktene til menneskal og til jordkloden. I skapingsforteljinga frå Edens hage (1. Mosebok) skildrar Bibelen eit menneske skapt i Guds bilete. Gudsomgrepet "Eg er" (2. Mos. 3.14) har eg automatisk tolka som at Gud har vore, er og vil vere - til alle tider. Utgangspunktet for oppgåva er dei gode augeblikka, der relasjonelle menneskemøter skjer. Eg ser at dette nu'et har ein stor verdi. Menneske i krise er delt mellom ubearbeida negative livserfaringar og frykt for dagane som kjem. Ved hjelp av lystenning, naturopplevingar, kulturopplevingar, bøn eller lytting til musikk kan personar i krise erfare ro og meistring. I nuet er mennesket i indre balanse og det er ein open kommunikasjon mellom mennesket sitt indre og universet der ute. I min refleksjon over verdien av å vere i nuet, erkjenner eg at det er mindre viktig å forklare korleis jorda har blitt til og kva som skal skje i framtida. Kan hende kan gudsomgrepet "Eg er" tolkast med at Gud er i nu'et.

Kjell Nordstokke viser menneskeverdet ut frå Gud som skapar og Jesus som frelsar. Nordstokke viser mennesket sin verdi, som del av noko universelt (Nordstokke 2002). Eg trur mennesket i seg sjølv har noko universelt i seg. Eg nyttar omgrepet sansedialog. I sansedialog kan menneske ta inn naturen og universet i enkle andedrag. Det er ein dialog mellom menneske og univers. I andedraget går hjertesukk ut. I andedraget er også kvile og inntrykk som gir glede og håp. Sansedialog er ein metode for samtale mellom menneske, der begge er opne og tek inn inntrykk. Mennesket sin verdi kan forklarast med utgangspunkt i sjølvkjensla og den universelle tilhøyrlekskjensla som oppstår i sansedialogen.

6.1.1 Menneskesyn ved demens

Folkehelsa anslår at det i dag er over 70 000 personar eller 1,5 % av befolkninga i Noreg med ulike demensdiagnosar. Berre 2-3 % av dei er under 65 år. Majoriteten er over 80 år. Ca 45 % av personar over 95 år har ein demensdiagnose. Over 70 % av bebuarar på sjukeheim i Noreg har demensdiagnose. (Hjort 2010:98.) Tala viser at sjukdomen er utbreitt. Likevel er det eit

stigma ved denne diagnosen. Folk vegrar seg for sjølv å få denne diagnosen. Eg har sjølv hørt uttrykk som ”berre eg får holde vettet i behald..” bli sagt i dagligtale omhandla alderdomen. Eg spør meg då om korleis eg som pleiar og medmenneske kan bidra med å oppretthalde menneskeverdet og livskvaliteten hos personar som er råka av demens. Korleis kan omdømet til denne diagnosen betrast og demenstilstand allment akseptert? Eg sit nemleg på ei positiv erfaring frå demensomsorg som skil seg frå ei negativ oppfatning av lidinga. Mi oppleving er at personar med demens kan ha ei livsglede og god livskvalitet. Dei har ei evne til å leve i nuet. Eit smil frå ein pleiar eller pårørande kan være nok til å jage vekk bekymring og uro hos pasienten. Dette stimuliet kan være nok til at personen i dette ”nuet” er lukkelig. Slik kan, etter min påstand, ein person med demens i det rette miljøet ha ein god livskvalitet. Alle personar må tiltalast med respekt og medbestemming. Tillitsskapande miljøtiltak blir nytta i staden for tvang.

6.1.2 Likeverd

Det er i omsorg nyttig å endre hierarkiet i helsevesenet, der legen er på toppen, pleiarar rangert i stigane status midt i hierarkiet og pasienten er på botnen. Det er eit mål i norsk helsevesen at pasienten skal vere i sentrum. Dette er utfordrande å få til i praksis. Diakonien sitt førebilete om å ta tenarrolla er som ei kontrastøving der ein overdriv for å skape ei endring. Dersom ein øver seg på å setje seg sjølv lågare inn pasienten, kan ein oppnå ein effekt. Resultatet kan, frå å vere over pasienten i rang, no framstå som likemannen til pasienten. Eg synes ikkje målet skal vere å setje seg sjølv lågare enn eit anna menneske. Dette kan skade hjelparen si eiga sjølvkjensle. Diakonen har utdanning, erfaring og kunnskap som best kan nyttast om diakonen kan ivareta si eiga sjølvkjensle. Dette set eg i samanheng med Kjell Nordstokke sine ord om å rette ryggen og sjå kven vi er (Nordstokke 2002:13). Fyrst med rett ryggrad kan denne kunnskapen og potensialet i mennesket tilkome den hjelpetrengande. Eg meiner det må vere likeverd mellom pleiar og den trengande. Dette ekskluderer ei ekspertrolle og det ekskluderer ei tenarrolle. Hjelparen er ekspert på sitt fagfelt, men pasienten er ekspert på seg sjølv. I eit likeverdig møte, er begge partar opne for å ta til seg ny kunnskap frå den andre.

6.2 Kommunikasjon

6.2.1 Kontekst i kommunikasjon

Without context, words and actions have no meaning at all.
Gregory Bateson (Jensen og Ulleberg, 2011:97)

Gregory Bateson seier at menneska kan velje kontekst eller forståingsramme for å tolke informasjon slik at den gir mening. Kontekst kan vere å tillegge medmenneske eigenskapar som gjer at vi kan forstå kvifor mennesket handlar slik dei gjer. Døme på forklarande eigenskapar er ansiktsuttrykk som sårbar eller hovmodig. Ansiktsuttrykk og kroppsspråk er med på å velje forklaringsramme. (Jensen og Ulleberg, 2011:101)

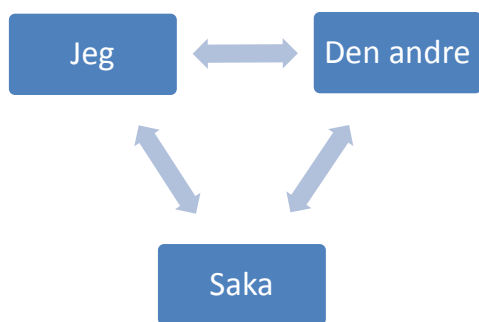
Bateson gir omgrepet ”ramme” liknande tyding som omgrepet kontekst (Jensen og Ulleberg, 2011:148). Eit døme på ei ramme er ein bestemt setting som måltidsfellesskap eller legesamtale. Her er det innlærte kodar for sosiale evner. Ein person med demens, kan fungere godt i kjente rammer. I ein tidleg fase av demens, kan den råka vise meistringsstrategiar som dekker over kognitiv svikt, til dømes under settingen på eit legekontor. I andre situasjonar vil den same personen ha funksjonsvanskar. Måltidsfellesskap er ein viktig sosial møteplass blant bebuarar på sjukeheim. Her kan songar og samtale vere kjente og menneska kan fungere godt trass i kognitiv svikt.

Ein person med demens kan befinne seg i ein annan kontekst enn den verkelege. Personen kan vere tilstades i sin barndoms heim. Hjelparen kan kome til denne konteksten gjennom minner og samtale saman med pasienten.

Persepsjon er prosessane der ein oppfattar, vel ut, organiserer og tolkar sanseinformasjon. Ein kan seie at mennesket ikkje direkte oppfattar verden rundt, men at kontakta med det verkelege rundt blir oppfatta indirekte via persepsjon. Slik har kvart menneske si eiga subjektive forståing av verda. Kvar menneske har si eiga verd. Ut frå dette kan vi aldri heilt forstå eit annan menneske (Jensen og Ulleberg 2011). Kor vid horisonten av verda er, er ulik for kvart menneske. For eit spedbarn, vil verda vere inne i huset og det er få, men viktige relasjonar rundt. Eit vakse menneske vil ha ein vidare geografisk horisont frå reiser og inntrykk gjennom media.

Ein bebuar på sjukeheim vil ha ein innskrenka geografisk horisont. ”Å vere åleine saman med dei andre”, er eit uttrykk som viser ei einsemd eldre kan kjenne på. Sjølv med fleire bebuarar på same daglegstove på sjukeheimen, lev kvar enkelt pasient i si eiga verd eller på si eiga øy. Nedsett syn, hørsel eller funksjon skaper distanse mellom enkeltmenneska. Personalet kan skape bruar mellom menneska. Måltidsfellesskap og god møblering av fellesareal stimulerer til sosiale møtepunkt mellom bebuarar. Eit møte mellom pleiar og bebuar kan også skje når pleiar sit ned saman med bebuarar på daglegstova heller enn å sitte unødige på eit vaktrom.

I kommunikasjon mellom menneske er *saka* hovudmålsetjinga å få formidla. I kommunikasjon mellom hjelparen og den eldre i institusjon, kan *saka* vere eit verkemiddel. Hovudmålsetjinga er verdiane hjelparen kommuniserer til *den andre*. I kommunikasjon formidlar hjelparen interesse for og hjelparen *ser* den andre. Omsorg kan gå begge vegar. Dersom pleiaren sit ned, slik at begge har augekontakt og begge snakkar om saka frå ein



Den treledda relasjon (Jensen og Ulleberg 2011:44)

likeverdig ståstad, kan pasienten også uttrykke omsorg for pleiaren. Pasienten kan gi rosande ord og *sjå* pleiaren. Omsorg er av Løgstrup omtala som eit maktforhold, der det er ubalanse i forholdet mellom hjelparen og den andre. Eg ynskjer å formidle at gjennom kommunikasjon kan det opnast opp for eit likeverdig møtepunkt, der dialog mellom pleiar

og pasient oppstår.

6.2.2 Kommunikasjon og kunnskap i fleire dimensjonar

Eg kan få frysningar nedetter ryggen av å høyre ei musikalsk framsyning og det kan kjennast ut som om eit heilt rom har ei stemning eller ein energi. Det er som om konteksten er av ein konsistens som ein på eit vis kan ta på fysisk, som eit energifelt som knitrar og sprakar. Lik Lis Engel si tolking av kommunikasjon i fleire dimensjonar (Engel 2001), kan eit menneske bevisst eller ubevisst velje å ha livskrafta si tett inntil seg eller langt utanfor seg sjølv. For å verne seg sjølv kan ein ved kontakt med andre menneske velje å slå blikket ned og i liten grad

utlevere seg sjølv. Ein kan ha grenser tett rundt seg som hindrar andre menneske å kome innpå seg.

Ved å vere skapande tilstade, stiller ein seg sjølv open. Ein kan kjenne seg utanpå seg sjølv. Ein stiller seg open for andre menneske og for inntrykk. Ein er til stades i rommet, i seg sjølv og i nuet. Ein eksponerer seg sjølv og deler av seg sjølv. Inntrykka ein tek inn er empati. Det er samtale der hjertet er øret. Ein stiller seg open ved at hjertet er ope. Empatien er forståing av sorg hos menneska i kring seg. Ved å stille seg open for inntrykk kan ein kjenne på og forstå kjenslelivet til menneska rundt seg. Dette er empati. Empati er eit hjerte til hjerte språk.

Kunnskap i form av fagkunnskap gjer ein diakon eller helsearbeidar eindimensjonal i si yrkesutøving. Som omsorgsutøvar kjenner eg på kjensla av ikkje å strekke til med denne eindimensjonale kunnskapen. Fagkunnskapen kjennest statisk, trass i at eg reflekterer over og tek fagkunnskap inn i mi yrkesutøving. Hjernen nyttar eg som symbol på der fagkunnskapen sit. Hjertet nyttar eg som symbol for empati og kjensleliv. Kari Martinsen nyttar biletet *hjertets øye* som kan sjå *kroppen si sjel* (Martinsen 2000:20). Intuisjon er eit omgrep som er diskutert om er ein reell dugleik eller meir som overtru å rekne. Kvinneleg intuisjon har noko med omsorgsomgrepet å gjere, trur eg. Empati er ein reell dugleik. Intuisjonen er i slekt. Intuisjon handlar og om å lytte til eigen kropp samt å vere årvaken for omgjevningane og menneska i kring seg. Eg har tru på mennesket og eg trur på at mennesket med sin heile kropp kan sanse og ense både seg sjølv og dei rundt. Menneskeleg kunnskap sit i heile kroppen og ikkje i «hjerna» åleine.

Å opne opp for hjertekunnskap, ved å stille seg open og ta inn, gjer at ein opnar for ein ny dimensjon. Ein opnar for ein kontekst der kommunikasjon kan føregå via fleire dimensjonar enn gjennom det verbale språket åleine. Det er nye landskap som opnar seg. I den todimensjonale konteksten oppstår det ei bru mellom menneske. Augekontakta er livgivande og viser at begge er opne for møtet som oppstår. I dette møtet er ikkje eine parten overlegen den andre. Det er eit likeverdige møte. Som hjelpar har eg verkemiddel som fagkunnskap, empati og intuisjon.

6.3 Sansedialog

Dei tre metodane for kommunikasjon med demente, reminisens, validering og realitetsorientering, vil fungere best der pleiaren tek seg tid til å møte pasienten. Dette krev at pleiaren set seg på ein stol ved sidan av for å kome på same fysiske nivå. Augekontakt er ein forut setnad. Fyrst då kan pleiaren kommunisere verbalt. Det motsette, ein ståande kommando: ”No må du ete maten din”, verkar fornedrande og kan forsterke uro grunna utryggleik.

Å vere tilstade i augeblikket er avgjerande. Dette er ikkje meir tidkrevjande for pleiaren, men det krev medvite mentalt nærvær. Det krev at pleiaren er fokusert og konsentrert om situasjon, tid og stad. Dette er som ved bilkjøring, der kjøringa krev 100% konsentrasjon. Det er oppgåver i ein arbeidssituasjon ein pleiar kan utføre utan å vere 100% i form. Alle kan ha ein dårleg dag. Likevel meiner eg at i det menneskemøtet som berre tek få sekund, der det er likenivå og augekontakt mellom pleiar og pasient, må pleiar vere fokusert. Pleiaren kan stenge ute andre inntrykk og oppgåver og i dette nuet konsentrere seg om å lese og møte denne enkelte pasienten. Eit oppmerksamt nærvær verkar bekreftande for pasienten. Dette skaper tryggleik, og kjensla av å bli sett. Samtidig kan pleiaren gjennom evna til empati lese pasienten sitt kroppsspråk og ut frå dette gi naudsynt hjelp. Oppmerksamt nærvær krev øving. Tomme frasar som: ”korleis har du det?” blir meiningsbærande der pleiaren verkeleg lyttar, kjenner og ser det verbale og kroppsspråklege svaret.

6.3.1 Å sanse

Å leve i nuet, er ein dugleik. Trening i merksemd gir denne kunnskapen. Å nytte pusten aktivt som eit pusteanker gir ro i kroppen. Å bruke tydelege sansestimuli, betrar kommunikasjonen med personar med demens. Ein person med nedsette hukommelse, kan i det eine augneblinken vere i den djupaste krise, for i den neste å stråle av lykke. Eit venleg smil frå eit medmenneske kan skape denne overgangen.

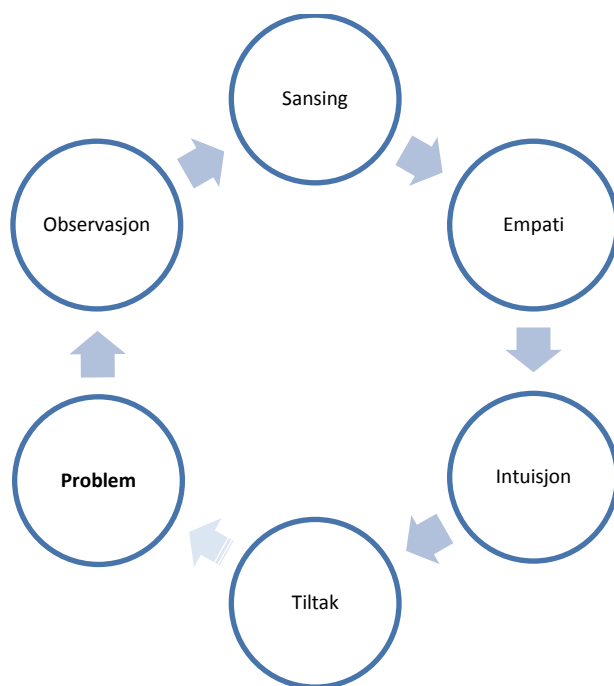
I vår djupaste sorg, har vi naturen rundt oss som trøyst. Vi kan sanse naturen, trekke den inn gjennom djupe andedrag. Vi kan sjå fargane, puste inn klar luft, kjenne vinden og høyre fuglesong. Vi kan og velje å løfte blikket og sanse menneska rundt oss. Det er Guds åsyn vi

kan sanse i naturen og i menneska rundt oss. For menneske i krise eller sorg er tankane anten i noko vondt som har skjedd eller i bekymringane for dagane som kjem framover. I krise er det vanskelig å vere tilstade her og no. Ved å sanse det som er i augneblinken, kan ein midt i det vonde både makte og mestre. Også tørre håpe at dagen kan bli den beste.

6.3.2 Å sjå med hjartet sitt auge

Kari Martinsen nyttar eit bilderikt språk når ho definerer omsorg som å sjå med hjartet sitt auge (Martinsen 2002:20). I daglegtale på sjukehus er omgrepet klinisk blick ein god eigenskap. Ein pleiar som har eit godt klinisk blick vil gjennom eigne observasjonar oppdage sjukdomsformer som feber, hjertesvikt og hjerneslag. Sjølv om helsevesenet i dag har avansert medisinsk utstyr er pleiaren sine observasjonar fortsatt viktige. Men eit klinisk blick inneheld også observasjonar som ved hjelp av empati eller intuisjon gjer at pleiaren til dømes opnar eit vindaug for å gi pasienten frisk luft eller gir vedkomande eit mjukt handtrykk.

Eit klinisk blick er å sanse gjennom å sjå, høyre, lukte og å kjenne med handflata. Denne informasjonen trekk pleiaren inn i seg sjølv som via eit djupt andedrag. Gjennom å sjølv å kjenne på informasjonen som om det var si eiga smerte, kan pleiaren intuitivt vite kva omsorg pasienten treng. No kan pleiaren handle og sette i verk tiltak. Pleiaren vil gå tilbake til pleiaren for å observere om tiltaka har effekt. Viss ikkje må pleiaren ta inn den nye informasjonen for å bedømme kva nye tiltak som er naudsynte.



Figur 3 Illustrasjon for korleis eg ser på omsorgssirkelen. Dersom iverksette tiltak ikkje gir effekt, må pleiaren observere problemet/omsorgsbehovet på nytt.

Det kan vere vanskelig å nå inn til ein pasient når han lukker seg og vegrar seg for nærare kontakt. Martinsen bringer her inn sansinga sin funksjon i mellommenneskelege relasjonar. For pleiaren er det viktig å ta inn alle signal og kroppsuttrykk som pasienten sender ut. (Martinsen 2003:97)

Empati er ein dugleik som kan vidareutviklast gjennom undring. Kunnskapen ligg ikkje i hjerneplanet hos hjelparen. Det er ein dugleik i hjerteplanet. Empati er ei forståing for ein annan person sine kjensler.

Tre enkle spørsmål kan opna opp for refleksjon over holdningar og handlingar som eg som menneske har eller får i møte med omgivnadane. Desse spørsmåla er: Kva ser eg? Kva kjenner eg? Kva tenker eg om det eg ser og kjenner? Verkemiddelet nyttar ei sansing som registrerer inntrykk gjennom hørsel, syn og lukt og opnar for ein dialog mellom ein indre og ein ytre verden. (Korslien/Notland 2011)

Karstein M. Hanssen er religionsvitar og ser at omsorg bygger på det dobbelte kjærleiksbodet i Luk 10.27: ”Du skal elska Herren din Gud av heile ditt hjarte og av heile di sjel og av all di

makt og av alt ditt vit, og elska nesten din som deg sjølv.” Hjerte, sjel og makt høyrer til hjertespråket. Her er håp, livsgnist, empati og forståing. Vitet er intelligensen eller hjernekunnskapen (Hansen 1999). Det er ved desse to dimensjonane, hjerte og hjerne, mennesket skal elska Gud. Og det er ved desse to dimensjonane diakonen kan kjenna seg sjølv og på seg sjølv kjenna andre.

I tilfelle der pleiaren står fast er det naudsynt å samtale med andre pleiarar. Det kan vere den andre har knekt koden og funne eit tiltak som lettar plagene. Etske refleksjonsgrupper vil nytte ulike tilnærmingar for å stille spørsmål ved alle fasane frå observasjon, pleiaren si tolking og handling. Ubearbeida sorg eller smerte hos pleiaren kan gi feiltolkingar og feil tiltak. Jamfør Hendrik M. Ruitenbeek som omtalar gruppeterapi. Ein leiar av individuell- eller gruppeterapi må ha bearbeida eigne livskriser, for uavhengig å kunne møte deltakarane (Ruitenbeek 1975:61).

Kari Martinsen tolkar likninga om Den barmhjertige samaritan (Luk 10, 25-37) med at hjelparen vart berørt med heile seg, som ved eit sansespel. «Det kan også uttrykkes som at han så med *hjerterets øye*. Når en ser med hjerterets øye, er øyet sjelens (og kroppens) speil. For i bibelsk forstand er jo nettopp hjertet menneskets sjel, det levende ved mennesket, og sete for tanker, føleleser og vilje, for etisk orientering» (Martinsen 2000:20). Det er snakk om deltakande merksemd.

Karstein M. Hanssen kallar Lov om helsepersonell av 2. juli 1999, paragraf 7 for den samaritanske lov. Overskrifta er ”Øyeblikkelig hjelp”, der helsepersonell på fritid og i jobbsamanheng er plikta til å livreddande innsats og behandling for å avverje alvorleg helseskade. Hanssen merkar seg at overskrifta inneheld orda ”øye” og ”blikk” som er sentrale i historia om den barmhjertige samaritan (Hanssen 2001:35). Sansing er viktig i omsorg.

6.3.3 Medmenneskeleg og offentleg omsorgsoppdrag

Hanssen ser på historia om den barmhjertige samaritan med tolkinga at mennesket skal elske nesten sin som seg sjølv (Luk 10.27). Samtidig har medmennesket ikkje rett til å krevje alt, ved at samaritanen/hjelparen gav eit avgrensa omsorgsoppdrag. ”Han gir omsorgsoppdraget vidare til verten i herberget, og gir et begrenset pengebeløp, som kanskje ikke var nok”

(Hanssen 2001:29). Karstein M . Hanssen konkretiserer det avgrensa omsorgsansvaret og viser til faren ved utviklinga av dagens offentlege omsorgsoppdrag (Hanssen 1999:41):

Samaritanen praktiserer en avgrenset omsorgsdeltakelse. Men som omsorgsutøver er han ikke alene. Han gir ansvaret videre til verten i herberget. Fortellingen legger et kritisk perpektiv på institusjonaliseringens og profesjonaliseringens fare for isolasjon av det allmenne omsorgsansvar.

Dette samsvarer med Innovasjonsmeldinga (NOU 2011:11) som meddelar pårørende, naboar og vener i nettverket til pasienten eit omsorgsansvar gjennom omgrepet næromsorg. I utbygginga av velferdsstaten meiner eg at media og privatpersonar tillegg det offentlege hjelpeapparat eit for stort ansvar. Ny folkehelselov og føringar i samhandlingsreforma stadfestar av ansvaret for eiga helse ligg hos den enkelte.

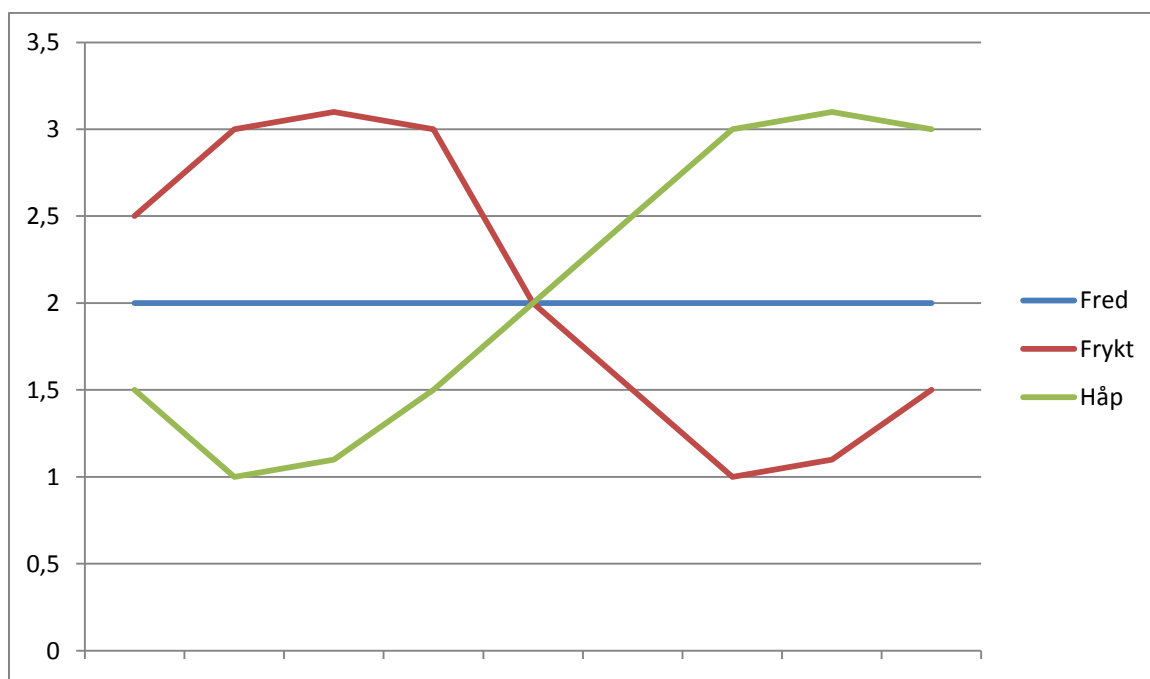
6.3.4 Emosjonell eigenkunnskap

Her er det to mekanismar i sansinga, der begge skal føre til ein større kjennskap til eigne kroppssignal og betra emosjonell kunnskap (EQ). I sjokk eller krise, prioriterer kroppen nokre nervesignal og overhøyrer signal frå andre kroppsdelar. For kroppsleg og mental helse er det viktig å kome i kontakt med alle kroppssignala igjen (Goleman 2002). Å vere tilstade og å ha merksemd ved hjelp av pusteankeret, gjer at ein kan lytte og sanse også innover i kroppen. Her kan magesmerter og stive skuldrar varsle om påkjenningar som på sikt kan gi helseproblem.

Å stille seg open, for sansing både utover og innover, kan skape ein ny kommunikasjon. Overfor Gud, kan eit hjertesukk vere nok, for å overbringe all informasjonen. Overfor ein diakon eller hjelpar, må det fleire ord til for at budskapet frå hjertet til den lidande skal bli oppfatta. Likevel vil ein utvikla dugleik, i form av empati, gjere at diakonen intuitivt kan forstå meir enn kva orda formidlar.

6.3.5 Å vere i nuet

Forskning som omhandlar omgrepet håp, nyttar 49 ulike definisjonar for omgrepet håp. Det er 32 ulike instrument for måling av håp. 1700-tals filosofen David Hume såg på håp som ei kjensle. Når ein ser for seg noko godt som i framtida kan skje, kjem kjensla av nyting- som er håp. Når ein ser for seg noko vondt, gir denne smerta frykt. Stadig vekslar kjenslene mellom håp og frykt (Herrestad 2009). Raudt er alarmfargen og blodet sin farge. Ein tyrefektar viftar eit raudt klede framføre oxen. Fargen symboliserer angst og intensitet.



Figur 4 Illustrasjon over slik eg ser på omgrepa frykt og håp, med vendepunktet i nuet det meistring/fred oppstår.

Håpet er lysegrønt. Grønt er våren og sommaren sin farge. Nytt lauv sprett om våren og omdannar kalde svartgrå lier til grønne hagar. Nytt liv gir nytt håp. Det grønne kjem som ein tynn, skjør streng som strekker seg fryktlaust framover og oppover. Grønt lauv om våren er eit frampeik til noko enno betre; ein bognande og varm sommar. Håpet tenner ein tynn tråd som peikar mot noko godt som kan skje i framtida (Håvik 2011).

Det er i vendepunktet mellom veksling av frykt og håp at ein berre *er*. Suter eller tankar om fortid og framtid stilnar. Ein er i likevekt og meistring oppstår. Tomromet i nuet gir indre fred. Den kjølege, rolege fargen blå, held fluger vekke frå kjøkenet. Eit blått soverom gir betre

søvn. Det blå måneskinet rommar det evige, utanfor oss sjølve. Om hausten og vinteren er lufta blå. Å trekke inn det blå gir fred. Det blå gir ro, ved fråvær av krav og draume flukt. Det er her i tomromet imellom, at ein berre er (Håvik 2011).

6.4 Andelege behov og andeleg omsorg

Sjuepleierteoretikaren Katie Eriksson skisserer det totale menneskebildet med inndeling i kropp, sjel (psykisk dimensjon) og andeleg dimensjon. Dette er der *sjølv* står i forhold til *den konkrete andre* i den mellommenneskelege relasjonen og i forhold til *den abstrakte andre* i relasjonen til Gud (Kirkevold 1992:146). Andelege behov er frå mennesket til det abstrakte andre, som er noko som ligg i universet utanfor mennesket. Eg undrar meg over om dette universet ligg integrert i mennesket. Andelege behov er del av pasienten sine omsorgsbehov, på linje med behov som søvn og kvile eller god ernæring. Datasamlingsskjema som har blitt nytta i helsevesenet fordrar å samle opplysingar om pasienten sine andelege behov. Den andelege dimensjonen er viktig i møte med døden. Lokale kyrkjelydar har ansvar for andelege tilstellingar på sjukeheim eller sjukehus. Eg trur at sansedialogen kan dekke eksistensielle behov hos pasienten, ved at pasienten blir sett og møtt av hjelparen gjennom dei to dimensjonane; den konkrete andre og den abstrakte andre.

Eg ser at i dagens individualiserte samfunn er det å bli sett eit behov som kan styrke mennesket si kjensle av mening, tilhøyrse og eksistens. Mennesket har behov for å få tilbakemelding frå medmenneske. Det å bli sett er eit grunnleggande behov for mennesket. Måten eit menneske kan stråle og utvikle seg på, er ved at andre ser. Omsorg er å sjå. Sidan synet er ein av sansane våre, vil eg hevde at *omsorg er å sanse*.

Hos personar med demens kan andelege behov ivaretakast individuelt eller i grupper. Kartlegging av livsforteljing og andelege behov vise kveldsbøner eller kveldssongar som kan samle og styrke pasienten. Personar med demens kan huske lange tekstar. Hjelparen kan minne personen på å kveldsbøn, bordsong eller annan kvardagsliturgi. *Den fyrste song eg høyra fekk* er kjenslevar ved at den peiker tilbake til barndomen og den unike kontakta og tryggleiken mellom barn og mor. Kortare bøner eller bibelske tekstar som for pasienten har stor verdi, kan skrivast på lappar ved sidan av pasienten si seng. Dette vil gjere det enkelt for

pasienten og hjelparen nytte vers eller songar som for pasienten er roande og identitetsskapande (Myskja 1999).

Andeleg omsorg blir ivaretatt ved livet sin slutt. Prest eller diakon vil samtale, be saman med og signe den døande der dette er ynskjeleg. Prest vil også ivareta dei pårørande. Møtet skjer i nuet. Det er rom for å vere stille. Som prest eller diakon er ein eit medmenneske som stiller seg open og villig til å vere tilstades i romet og nuet (Bjørklund 2005).

7 Konklusjon

I oppgåva ser eg på omgrep som menneskeverd, omsorg, kommunikasjon og persepsjon. Oppgåva formidlar mi hypotese om at sansedialog er eit viktig verkemiddel innan demensomsorg - der både hjelparen og pasienten har eit utbytte av møtet som oppstår.

For å nå inn til og oppnå kommunikasjon med personar med demens er sansestimulering eit nyttig verkemiddel. Munnlege kommandoar kan verke mot si hensikt. Fargar, lukter, visualisering og smak forsterkar derimot den verbale kommunikasjonen. Eit likenivå mellom pleiar og pasient gir ein personnær kommunikasjon. Ved å site ned saman med pasienten og søke aukekontakt, kan nivåforskjellar som alder og livssituasjon bli viska ut. Det oppstår eit likeverdig og relasjonelt menneskemøte der begge partar er nysgjerrige og interesserte i den andre.

Som bakgrunn for oppgåva har eg nytta litteratur innan demens sett frå pårørandeperspektivet, pasientperspektivet og sjukepleieperspektivet. Eg har nytta ein rapport frå kyrkjelydsarbeid i Bjørgvin og informasjon frå andre miljøtiltak i demensomsorg. Nasjonale strategiar i Demensplan 2015 og Diakoniplan for Den norske kyrkja er nytta som bakgrunnsmateriale. I bearbeidinga av materialet nyttar eg min eigen erfaringsbakgrunn som referanseramme. Eg nyttar ingen direkte pasientskildringar eller erfaringar frå mitt arbeidsfelt.

7.1.1 Aktualitet

Det er i dag over 70 000 personar med ulike demensdiagnosar i Noreg. I dei komande åra vil talet på personar med demens auke, estimert ut frå ei venta nasjonal folketalsframskriving i høve til personar over 80 år. I Noreg har nær 80 % av bebuarar på sjukeheim ein demensdiagnose. Alzheimers type av demens råkar også yngre personar.

Gjennom samhandlingsreforma med nytt lovverk gjeldande frå 1.1.2012 er strukturelle tiltak sett i verk for å møte utfordringane i ei venta endra folketalssamansetjinga. I gjennomføringa av samhandlingsreforma er det sett inn stimuleringstiltak for kompetanseheving i kommunale helse- og omsorgstenester. Ei av utfordringane i dei komande åra blir å rekruttere nok

fagarbeidarar til eit auka omfang av omsorgstenester. Det frivillige omsorgsarbeidet blir i Omsorgsplan 2015 sett på som ein uutnytta verdi i høve til omsorgstenester i dag.

Innovasjon i omsorg (NOU 2011:11) er omtala som den andre samhandlingsreforma.

Innovasjonsmeldinga varslar tiltak i høve til eit venta underskot av helsearbeidarar dei komande åra. Innovasjonsmeldinga peiker på grep for å legge til rette for det frivillige omsorgsarbeidet. Kommunale helsetenester vil i større grad samarbeide med nettverket til pasienten. Næromsorg er grendalag, naboar og vener som har eit omsorgsoppdrag.

Innovasjonsmeldinga varslar at kommunar og helsearbeidarar i framtida vil skilje mellom kva som er direkte helseretta tenester og kva som er sekundærtjenester. Sekundærtjenester som matbringning, miljøarbeid og praktiske tenester kan bli organisert gjennom ideelle omsorgstilbydarar.

I demensomsorg er miljøarbeid avgjerande for å skape trygge og kjende rammer kring personar i ein sårbar livssituasjon. I dei komande åra vil helsearbeidarar vere avhengige av samarbeid med frivillige omsorgstilbydarar og andre yrkesgrupper for å gi tillitsskapande miljøtiltak til personar med demens. Oppgåva viser verkemiddel innan miljøarbeid som kyrkjelydsarbeidarar, frivillige lag eller enkeltpersonar kan bidra med i omsorg for personar med demens.

7.1.2 Funn

I oppgåva fokuserer eg på sansinga og det møtet som sansinga opnar opp for. Som menneske krev det trening å leve i nuet. Stadig planlegging og jag etter oppgåver som ligg fram i tid, kan skugge for ”øye” og ”blikk” i øyeblikket. Det å ta inn inntrykka i nuet gjennom djupe andedrag kan opne opp for møte med seg sjølv, omgjevnadane, universet og menneske i kring.

Ein person med demens er avhengig av å ha medmenneske ikring seg. Det å kommunisere ei god stemning vil trygge pasienten, sidan ein person med svekka kognitiv funksjon kan vere vår for stemningar. Eit smil frå eit medmenneske kan breie seg til pasienten, sjølv om vedkomande like før var prega av kjensler av redsle. Ein person med demens, vil eg hevde, har ei evne til å vere tilstade i nuet. Dette ser eg på som er ein god kvalitet. Kommunikasjon

mellom personar med demens og hjelparen skjer i nuet og eit rom for dialog og menneskemøte oppstår.

I diakonutdanninga mi har eg i praksis fått opplevd menneskemøter der ein andeleg dimensjon er involvert. Det er gode stemningar i romet. Det er nye landskap som mennesket framføre meg opnar opp for meg. Eg har lært teknikkar i oppmerksamt nærvær der eg ved hjelp av djupe andedrag kan finne ro og ei kjense av dialog mellom hjertet og universet. Kanalane er opne og hjertet kan sleppe ut hjertesukk. Motsvaret er inntrykk frå natur eller blikkontakt frå menneske i kring som gjer at ryggen rettar seg og sjølvkjensla blir styrka.

Sansedialog som ein dugleik og eit verkemiddel innan omsorg, der sanseintrykk blir tolka ved hjelp av empati og fagkunnskap. Sansedialogen er ein kommunikasjon innover der ein lyttar til eigne kroppssignal, ein kommunikasjon med menneske eller natur ikring og ein kommunikasjon mellom hjertet og det universet.

Nøglen er at skabe et rum af accept at det, som er, accept af her-og-nu, sådan som det er, i sin kejtethed, i sin ufuldkommenhed, og ved at møde øjeblikket helt opdage, at energien ændrer sig, og at muligheden for heling og livgivende energi ligger i det ægte og åbne møde. Ved at åbne for et sådant nærvær i mødet opleves, **at det at give og at modtage er to sider af det samme.** Det er essensen af levende, kreativ kommunikation, nøglen til forvandling (Engel, Lis 2001:13).

Kjelder – Litteraturliste.

Aadland , Einar. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag. Oslo: Tano Aschehaug 1997.

Alver, Ingrid M. Med felles hukommelse, samliv og aldersdemens. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens 2002.

Angell, Olav Helge. Diakoni som røyst? Diakonien i velferdsstaten. Side 215-226 i Diakoni en kritisk lesebok. Kai Ingolf Johannessen, Kari Jordheim, Kari Karsrud Korslien (red.). Tapir akademisk forlag 2009

Angell, Olav Helge. Kyrkja som velferdsaktør. Religiøst forankra insitusjonsverksemd i helse- og sosialsektoren: Institusjonsdiakonien i Noreg. Diakonhjemmet høgskole Rapport 2011/1.

Berryman, Jerome W. Godly Play: An Imaginative Approach to Religious Education. Augsburg Fortress Publishers 1995

Berryman, Jerome W. Teaching Godly Play: The Sunday Morning Handbook. Nashville, KY: Abingdon Press 1995

Berryman, Jerome W. The Complete Guide to Godly Play. 3 volumes: 1. How to Lead Godly Play Lessons; 2. 14 Presentations for Fall; 3. 20 Presentations for Winter. Denver, CO: Living the Good News 2002

Bjørklund, Lars. Tid til trøst, om de vanskelige møtene. Fagbokforlaget 2005. 100 sider

Bye, Erik. Vår beste dag. CD: Støv og stjerner. Sandvika: Via Music 2003

Camp, Cameron J. Montessori-Based Activities for Persons with Dementia: Volume 1. Beachwood, OH: Myers Research Institute 1999

Christensen, Susan Lejsgaard og Jensen, Birgit Huus. Pedagogikk og pasientutdanning – sykepleiens pedagogiske felt. G C Gaads Forlag, København 2002. 150 sider.

Dietrich, Stephanie, Korslien, Kari Karsrud og Nordstokke, Kjell (red.) Diakonen - kall og profesjon. Tapir Akademisk Forlag Trondheim 2011

Dyregrov, Atle. Katastrofe psykologi. Fagbokforlaget 1999. 150 sider

Eide, Øyvind. Håp. Tidsskrift for Sjelesorg nr. 4/2005 side 24-263

Engel, Lis. Krop psyke verden. Højbjerg København : Hovedland Københavns Universitet. Institut for Idræt 2001. 190 s.

Engel, Lis. Sansedialog og kommunikation. Department of Exercise and sport i København universitet. Focus idræt. nr 6,1998, side 217-220

Faunuelsen , Olav. Kirkens omsorgstjeneste. Side 142-157 i Diakoni en kritisk lesebok. Kai Ingolf Johannessen, Kari Jordheim, Kari Karsrud Korslien (red.). Tapir akademisk forlag 2009

Gilje, Nils og Grimen, Harald, Samfunnsvitenskapenes forutsetninger : innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. Universitetsforlaget, Oslo 1995.

Goleman, Daniel. Emosjonell intelligens : å tenke med hjertet ; oversatt av Tore-Jarl Bielenberg. Gyldendal 2002. 150 sider

Halvorsen, Knut, Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag AS 1996.

Hanssen , Karstein M. Den barmhjertige samaritan – førstehjelp i veikanten. I Aarnes Breder, Ann-Berit og Nordahl, Helge (red) Barmhjertighet og rettferdighet. 17 refleksjoner om den barmhjertige samaritan: Oslo 2001. Side 12-38.

Hanssen , Karstein M. Livssyn og etikk. Teologi- og idèhistoriske analyser av bibeltekster. Ad Notam Gyldendal, 1999. 160 sider

Heiene, Gunnar , ”Velferdsstat og sivilsamfunn”, i Jensen, Thorkilden, Tønnesen (red); ”Kirke, protestantisme og samfunn.” Tapir akademisk forlag, Trondheim, 2006.

Herrestad, Henning. Om begrepet håp. Suicidologi 2009, Årgang 14 nr 1. 5 sider.

Hjort, Peter F. Alderdom – helse, omsorg og kultur. Universitetsforlaget 2010. 250 sider.

Jensen, Per og Ulleberg, Inger. Mellom ordene : kommunikasjon i profesjonell praksis. Oslo : Gyldendal akademisk 2011. 342 sider

Johannesen, Kai Ingolf. Rettferd som bryr seg. Side 119-137 i Diakoni en kritisk lesebok. Kai Ingolf Johannessen, Kari Jordheim, Kari Karsrud Korslien (red.). Tapir akademisk forlag 2009

Johannessen/Tufte. Introduksjon til Samfunnsvitenskapelig metode. Abstrakt Forlag as 2002.

Jordheim , Kari og Korslien , Kari Karsrud. Diakoni og samhandling. Diakonifaglige innspill til Samhandlingsreformen. Rapport 2010/4 Diakonhjemmet Høgskole

Kirkevold, Marit. Sykepleierteorier –analyse og evaluering. Ad Notam Gyldendal A/S 1992. 179 sider.

Lanes, Laila, Pettersen, Heidi og Olsen, Jan Henry T. Skynd deg å elske. Om å halde sammen når dagene mørkner. Oslo, : Kagge 2010

Løgstrup, K. E. Den etiske fordring. København: Gyldendal 2008. 250 sider.

Myskja, Audun. Den musiske medisin – lyd og musikk som terapi. Grøndal og Dreyers Forlag AS 1999. 230 sider.

Møller, Vike og Haukelien. Brukermedvirkning i pleie og omsorgssektoren. Telemarkforskning 2011 (elektronisk versjon)

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Etablering og drift av pårørendeskole. Kunnskap, støtte og fellesskap for pårørende til personer med demens. Håndbok. Forlaget Aldring og helse, 2010.

Nordby, Marit. Eirin og Anders. Om samliv og Alzheimers sykdom. INFO-banken 1999.

Nordstokke, Kjell. Det dyrebare mennesket – diakoniens grunnlag og praksis. Verbum 2002

Repstad, P. Mellom nærhet og distanse. Oslo: Universitetsforlaget 2007.

Rokstad, Anne Marie Mork (red.) Aldersdemens, Kommunikasjon på kollisjonskurs, Når atferd blir vanskelig å mestre. INFO-banken 1996.

Ruitenbeek, Hendrik M. De nye gruppeterapier [oversat fra amerikansk af Kristen Jørgensen ...] København : Munksgaard 1975

Rustøen, Tonje. Livskvalitet – en sykepleierutfordring, Gyldendal Norsk Forlag A/S 1991. 133 sider.

Starke, Per (redaktør) Exposure – som synsätt, förhållningssätt ig arbetssätt. Lund: Arcus förlag. Författarna och Stiftelsen Bräcke Diakoni 2010

Solberg, Helje. Karen - en historie om Alzheimer. Tilgjengelig: <http://nasjonalforeningen.no/>

Stifoss-Hanssen, H: Når verden raser sammen. Diakoniens identitet, ritualer som diakoni, og diakonens yrkesrolle. I Diakoni : en kritisk lesebok. Kai Ingolf Johannessen, Kari Jordheim, Kari Karsrud Korslien (red.) Tapir akademisk forlag 2009

Wogn-Henriksen, Kjersti . ”Siden blir det vel verre...?”, Nærbilder med mennesker med aldersdemens. INFO-banken 1997.

Diakoniplan for den norske kyrkje, 2007, www.kyrkja.no

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etise regler. Revidert 2011. www.sykepleierforbundet.no

Lov om helsepersonell av 2. juli 1999

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, 2011

Lov om folkehelsearbeid, 2011

St. meld 47 (2008-2009) ”Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted til rett tid”.

Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)

St. meld. 25 (2005-2006) Mestring, mulighet og mening

St. meld.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldinga)

St. meld. 39 (2006-2007) Frivillighet for alle

Demensplan ”Den gode dagen” Delplan til Omsorgsplan 2015. Helse- og omsorgsdepartementet, 2009.

Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator .FOR 2011-12-19

Innovasjon i omsorg. NOU 2011:11. Kåre Hagen med utval.

Nasjonalforeningen for folkehelsen: <http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/>

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse: <http://aldringoghelse.no/>

www.bibelen.no

www.kyrkja.no

<http://www.godlyplay.org.uk/documents/1208%20Godly%20play%20book1.pdf>

www.goodlyplay.com

Helsedirektoratet, presentasjon Frisklivsskonferanse Trondheim 15.03.10

Upublisert materiale:

Pilotprosjekt Høgskulen i Volda: Musikterapi i demensomsorg 2012

Pia Hverven Axell, Forsknings- og utviklingsleder: Verdirefleksjon og selvutvikling – filosofisk kafé for eldre ved Cathinka Guldberg-senteret. Presentasjon 2007

Omsorgsplan for Volda kommune, Volda 2012

Demensplan for Volda kommune, Volda 2012

Diakoniplan for Volda sokn, Volda kyrkjekontor 03.03.2001

Rapport i forbindelse med prosjekt Gudsrikeleiken 2009. Gudsrikeleiken som andaktsmetode for demente. Kirkens tilbud til brukere av Furubakken dagsenter høsten 2009. Anne-Helene Gjengedal, menighetspedagog i Askøy, Strusshamn 05.05.2010

Håvik, Åsrun Eli. Eksamensinnlevering i faget Kriser i diakonalt og sjelesørgerisk perspektiv. Som del av diakoniutdanninga hausten 2011.

Vedlegg

Gudsrike-leiken i Bjørgvin

Rapport i forbindelse med prosjekt Gudsrikeleiken 2009. Gudsrikeleiken som andaktsmetode for demente. Kirkens tilbud til brukere av Furubakken dagsenter høsten 2009. Anne-Helene Gjengedal, menighetspedagog i Askøy, Strusshamn 05.05.2010: