



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

VURDERINGSINNLEVERING

Emnekode: SYKSB 3001

Emnenavn: Sykepleie, fagutvikling og forskning

Vurderingsform: Hjemmeeksamen.

Kandidatnr: 45

Leveringsfrist: 23.02.12. Kl 14.00 Fronter/Kundetorget.

Ordinær eksamen.

Veileder: Gjertrud Husøy.



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

”Det handler om å leve”

Kandidat: 45

Veileder: Gjertrud Husøy

Antall ord: 8899



<http://www.utviklingscenter.no>

Sammendrag

Tittel: ”Det handler om å leve”.

Bakgrunn og valg av problemstilling:

Pasienter som utvikler demens opplever ofte at omstillingen til sykehjemmet er vanskelig fordi de ikke forstår hva som skjer og har vanskelig for kommunisere sine behov. Helsepersonell kan oppleve at ressursene på sykehjemmet kun strekker til de daglige basisrutiner som inbefatter mat, stell og medisiner. Den tiden som skulle vært brukt til å hver enkelt pasient og psykososiale behov som pasienten har, kan dermed lett bli nedprioritert. Pasientene kan bli passivisert og understimulert som videre kan føre til ulike reaksjoner som sinne, fortvilelse og depresjon. Målet mitt med denne oppgaven er derfor å se på hva sykepleier kan bidra med for at pasienter som lider av demens og bor på sykehjem kan få en best mulig tilværelse.

Litteraturstudie er valgt som metode, det er kravet i oppgaven. For å få kunnskaper om det som er publisert innenfor fagfeltet har jeg benyttet peer review forskningsartikler, pensum litteratur og annen relevant litteratur. Jeg har også benyttet erfaringer fra praksis i sykepleierutdanningen, spesielt sykehjemmspraksis har vært viktig.

Et av de viktigste funnen i denne oppgaven er at det er kvaliteten på omsorgen som er avgjørende for om den enkelte pasienten føler seg ivaretatt og sett. Selv om tilgangen på ressurser også er viktig, kan selv de beste fasiliteter spille en mindre rolle dersom ikke pasienten blir behandlet med respekt og verdighet. Sykepleier bør legge til rette for mer psykososiale tiltak for å skape engasjement, glede og velvære. Pasienten må få beholde sin autonomi, verdighet og respekt gjennom bekreftelse på sin identitet. Det kan pasienten få gjennom aktiv deltakelse i meningsfulle og sosiale aktiviteter i hverdagen. Et annet viktig funn var at pasienter som har liten evne til å samarbeide, viser stort engasjement dersom en skreddersyr aktivitetene til den enkeltes evner og interesse.

Nøkkelord: Demens, sykehjem, aktivitet, aktiviteter, verdighet og velvære

Abstract (engelsk)

Titel: "It`s all about living".

Background and choice for the problem as presented.

Patients who suffer from dementia often experience a difficult adaptation to the nursing home because they have problems understanding the situation and their ability to communicate is often worsened, so it can be difficult for them to tell their needs. Nurses and the staff experience that the resources at the nursing home are just covering the basic needs for daily routines such as food, hygiene and medicine. Their quality of time with each patient is not a priority so the psychosocial needs are not taken care of. The patients often get passive and undersatisfied which can lead to different reactions such as despair and depression. My preference for this task was to see what can be done, for a person living with dementia in a nursing home, so that they can experience well-being.

Literature study is a demand for this task. To get knowledge about the topic I have read explorative articles, syllabus literature and other relevant literature. I have also used experiences from the practice in my education becoming a nurse, especially the practice in the nursing home has been important.

One of the most important findings in this study is that it all comes down to how and what care we practice for patients and that this is crucial for the patient's experience of being seen and heard. Even though resources are important, the facility does not matter if we don't treat the patient with respect and dignity. Nurses should try and implement psychosocial needs to bring more engagement, satisfaction and well-being. Nurses must safeguard the patient's autonomy, dignity and respect through acknowledgment in meaningful and social activities in daily life. Another important discovery was that patients who have low personality traits of agreeableness and may pose a challenge when implementing activities, tailoring activities to their functional ability and interest may overcome the effect.

Keywords: Dementia, nursing home, activity, activities, dignity and well-being.

Innholdsliste

1.0 INNLEDNING.....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	2
1.3 Problemstilling.....	3
1.4 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.....	3
1.5 Mål med oppgaven.....	4
1.6 Oppgavens disposisjon.....	4
2.0 TEORI.....	4
2.1 Presentasjon av sykepleieteori.....	4
2.2 Omsorgsbegrepets tre dimensjoner: relasjonelt, praktisk og moralsk.....	5
2.3 Sykepleiers ansvar på sykehjemmet.....	6
2.4 Etikk.....	6
2.5 Verdighet\Verdighetsgarantien.....	7
2.6 Pasientrettighetsloven.....	7
2.7 Demens sykdom.....	8
2.7.1 Generelt om demens sykdom.....	8
2.7.2 Alzheimers sykdom.....	8
2.7.3 Frontotemporallappsdemens.....	9
2.7.4 Demens med lewylegemer.....	9
2.7.5 Vaskulær demens.....	9
2.8 Gradering av demens.....	9
2.8.1 Mild grad.....	9
2.8.2 Moderat grad.....	10
2.8.3 Alvorlig grad.....	10
2.9 Aktivitet.....	10
2.10 Demnesplanen 2015 ”Den gode dagen”.....	11
3.0 METODE.....	11
3.1 Definisjon av metode.....	11
3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode.....	11
3.3 Litteraturstudie.....	12

3.4 Fremgangsmåte	12
3.5 Presentasjon av søk	12
3.6 Kildekritikk og etiske aspekt.....	13
4.0 RESULTAT/FUNN	14
4.1 Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers.....	14
4.2 Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia	15
4.3 Multisensory environments for leisure, promoting well-being in nursing home residents with dementia	16
4.4 ‘Patient participation’ in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes.....	17
5.0 DRØFTING.....	18
5.1 Etisk forsvarlig pleie til pasienter som lider av demens	18
5.2 Tilrettelegging og aktiviteter for pasienten på sykehjemmet	20
5.3 Sykepleiefaglige implikasjoner	22
6.0 KONKLUSJON	26
Referanseliste	28
Vedlegg 1. Tabell 1 og 2 over litteratursøk.....	32
Vedlegg 2. Resultattabell.	33
Vedlegg 3. Skjema 1 og 2. Dementia Care Mapping Verktøy.....	35
Vedlegg 4. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning.	37

1.0 INNLEDNING

Det er i dag en stor andel av befolkningen i Norge som er i gruppen eldre og som trenger hjelp fra den offentlige helsetjenesten (Waalder, H.T. 1999). Mange pasienter kan få hjelp i sitt eget hjem gjennom hjemmesykepleie, men pasienter som utvikler demens må etterhvert få plass på sykehjem hvor de får mer systematisk omsorg. Oversikter viser at det ikke er nok slike sykehjemsplasser for å dekke det økende behovet, noe som fører til at pasienter som har behov for sykehjemsplass må vente på tilbud. Konsekvensen er at flere vil måtte bo hjemme lengre enn ønskelig. Utfordringen fremover er at det forventes en betydelig økning i antall eldre som lider av demenssykdommer (Holtzman, Goate, Kelly & Sperling, 2011)

I dag har ca. 70 000 personer over 65 år sykdommen demens (Folkehelseinstituttet, 2010). Beregninger viser at antallet demenstilfeller vil øke til ca. 160 000 i år 2050 forutsatt at utviklingen fortsetter slik den er i dag. Med dagens lave tempo i utbygging av sykehjemsplasser vil mange av disse pasientene måtte bo hjemme selv om sykdommen utvikler seg og fører til at omstillingen til sykehjemsplass blir enda mer krevende. Dette vil igjen føre til et større behov om økt kompetanse hos helsepersonell, pårørende og pasientene.

I januar 2011 gav Helse og Omsorgsdepartementet ut forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien). I § 1, står det at formålet med loven er å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. I dag ser det ut til at den omsorgen som ytes på sykehjemmene preges av de grunnleggende behovene og at nivået på ivaretagelse av verdigheten er rettet mot den praktiske biten. For at pasienten skal ha en opplevelse av å bli sett og hørt, må vi tenke på mer enn det rent praktiske.

Demens er sykdommer som innebærer kognitiv svikt og eventuelt atferdsmessige og psykiske forandringer (Phi, 2009). For å kunne kartlegge pasientens funksjonsnivå må det kunne skilles mellom kognitiv svikt og demens. Dette innebærer at en må kjenne til sykdomstegnene som karakteriserer de vanligste demenstilstandene. Passivitet og rastløshet er vanlig i alle stadier av demens. Passivitet henger ofte sammen med depresjon, men det kan også være mangel på interesse. Sykdommen har ført til at pasienten glemmer tidligere ferdigheter og identitet.

Det er ikke uvanlig at personer som lider av demens er rastløse og vandrer uten mål og mening (Berentsen, 2007). Pasienten opptrer irrasjonelt og kan flytte på møbler, plukker på klærene sine og annet. Dette kan være utslag av mangel på meningsfylt aktivitet eller somatisk lidelse og smerter. Dersom ikke pasientene får oppleve meningsfulle øyeblikk i løpet av dagen på sykehjemmet kan det gå ut over ens verdighet. Mangel på stimuli kan også føre til regresjon.

Sykepleiers menneskesyn i forhold til pleie og omsorg til pasienten som lider av demens, er ikke bare det som er avgjørende for hvordan pasienten har det. Det er også et verdivalg samfunnet må ta stilling til. I regjeringens Demensplan 2015, som er en delplan og en oppfølging av Stortingsmelding nr. 25 (2005-2006), legger Helse og Omsorgsdepartementet frem en plan for hvordan de fremtidige omsorgsutfordringene skal løses for at personer som lider av demens skal få en meningsfull hverdag med gode øyeblikk. Den bærer et løfte om mindre boenheter og mer aktiviteter for den enkelte pasient og dermed mindre institusjonalisering.

Når en person blir rammet av en demens sykdom, er det ikke bare den enkelte person dette berører men også de pårørende og resten av familien. Behov for informasjon, støtte og omsorg er naturlig og må følges opp. Det er viktig å etablere et godt samarbeid mellom pasient, sykehjem og pårørende som er en viktig ressurs og støttespiller. Det kan bli enda mer ansvar for de pårørende i fremtiden, derfor er det viktig å få spredt kunnskap om sykdommen demens og stikke hull på tabu rundt emnet. Det er av stor betydning at folk vet om hvordan denne sykdommen arter seg for å kunne identifisere sykdommen når den starter. For den personen det gjelder, kan det ha stor innvirkning på situasjonen, at dine nærmeste forstår.

Oppgavens tittel:

”Det handler om å leve”.

1.2 Bakgrunn for valg av tema.

Bakgrunnen for valg av tema er at jeg kjenner en person i mitt nærmiljø som lider av demens og som bor på sykehjem. Denne personen har i det siste vært utillpass, rastløs og vært preget av hjemlengsel. Jeg har tenkt at dette var spesielt for akkurat denne personen, men jeg har i praksis opplevd at pasienter som lider av demens ofte lider av de samme symptomene.

Pasientene kan være urolige og engstelige fordi de har problemer med å virkelighetsorientere seg. De forstår heller ikke hvorfor de må være på sykehjem fordi de overvurderer egen helsetilstand. Siden de oppfatter virkeligheten annerledes enn omverden er det vanskelig å kommunisere og kommunikasjonen som blir gitt kan lett bli misforstått. Pasienten kan få sorg og sinne reaksjoner som kan være vanskelig å forstå ut fra en vanlige rasjonell forklaring. Av og til kan en slik misoppfattet kommunikasjon og manglende virkelighetsoppfatning føre til at pasienten får psykiske lidelser.

Jeg kjente på en maktesløshet når pasientene hver dag gav uttrykk for at de lengtet hjem og at det var lite jeg kunne gjøre for å hjelpe. Jeg vil derfor i denne oppgaven se på hva som kan bidra til at pasienter som lider av demens og bor på sykehjem kan få en best mulig tilværelse.

1.3 Problemstilling.

Hva kan bidra til at pasienter som lider av demens og bor på sykehjem kan få en best mulig tilværelse.

1.4 Begrunnelse for valg, avgrensning og presisering av problemstilling.

Jeg har valgt dette tema fordi jeg ønsker å belyse hva sykepleier kan bidra med for å skape en best mulig tilværelse for pasienter som bor på sykehjem og som lider av demens. Hjemlengsel kan oppstå når en pasient flytter fra et trygt og kjent hjem til en institusjon der alt er nytt og uvant. Hjemlengsel kan også vedvare og bli permanent dersom pasienten ikke blir gitt riktig omsorg. Dersom pasienten i tillegg lider av demens sykdom kan omstillingen til det nye miljøet bli vanskelig. Pasienten kan oppleve emosjonelle endringer som sorg, angst og depresjon som igjen kan føre til isolasjon. Det kan være vanskelig å diagnostisere dette fordi pasienten lider av demens sykdom og kan ha vanskelig for å uttrykke seg.

1.5 Mål med oppgaven

Målsetningene med denne oppgaven å belyse noen sykepleiefaglige tiltak som kan bidra til at personer som lider av demens og bor på sykehjem kan få en best mulig tilværelse på sykehjem.

1.6 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er bygd opp med sammendrag på norsk og engelsk. En innholdsliste og innledning med bakgrunn for valg av tema og problemstilling samt mål med oppgaven. Videre er teoridelen presentert med sykepleieteori og annen relevant teori for oppgaven. Kapittel 2 er en beskrivelse av metode hvor jeg har beskrevet fremgangsmåten for literatursøk etter relevante forskningsartikler og skrevet om kildekritikk og etiske aspekt. Alle resultatene fra søkene etter artikler er presentert i resultatdelen i kapittel 4. Funnene fra artiklene og teorien har jeg så diskutert i drøftingen. (Dette er oppsummert i resultatdelen). Til slutt i oppgaven, er alle referanser og vedlegg (litteratursøk, resultattabell, Dementia Care Mapping verktøy og sjekklister for hver artikkel).

I oppgaven har jeg brukt ordet pasient konsekvent, for at det skal bli en naturlig flyt i oppgaveteksten. Jeg har benyttet begrepet sykepleier hvor jeg beskriver ansvar og oppgaver som er relevant for sykepleier. Videre har jeg benyttet begrepet helsepersonell som inkluderer lege, sykepleiere, hjelpepleiere og assistenter.

2.0 TEORI

2.1 Presentasjon av sykepleieteori.

Jeg vil drøfte problemstillingen innenfor det teoretiske perspektivet som vektlegger sykepleie som omsorg. Kari Martinsen er en representant for dette sykepleieperspektivet, jeg har derfor brukt hennes sykepleieteori i denne oppgaven.

Kari Martinsen stiller seg kritisk til en tradisjonell teoretisering av sykepleiefaget og mener at målet må være et nært samarbeid mellom sykepleiepraktikere og forskere for å utvikle gode eksempler fra sykepleiens praksis.

Hun vurderer den enkelte sykepleierens faglige skjønn og praktisk kunnskap som langt viktigere for utøvelsen av sykepleie enn det hun betegner som teoretisk kunnskap. Hun tar avstand fra formålsrasjonaliteten i sykepleien som tilsier at et overordnet mål med sykepleien er at mennesket skal gjenvinne sin funksjon og selvstendighet. Hun mener at dette målet ikke kan utgjøre grunnlaget for sykepleie og at en ideologi som legger hovedvekt på egenomsorg ikke er forenlig med sykepleiens omsorgstradisjoner (Martinsen, 2003a).

2.2 Omsorgsbegrepets tre dimensjoner: relasjonelt, praktisk og moralsk.

Kari Martinsen sier at omsorgsbegrepet har tre dimensjoner som er viktige:

- Omsorg er et *relasjonelt* begrep.
- Omsorg er et *praktisk* begrep.
- Omsorg er et *moralsk* begrep.

I følge Martinsen er omsorg et grunnleggende fenomen ved den menneskelige eksistens og samhandling og danner dermed grunnlaget for all sykepleie. Omsorg er en relasjon som forutsetter avhengighet på ulike plan. Avhengighet som består i at man ikke er selvhjulpen. Relasjonen kommer til uttrykk gjennom tillit, barmhjertighet og solidaritet. (Martinsen 1993). Videre trekker hun frem at det er nødvendig for sykepleieren å engasjere seg i å vise interesse for pasienten for å kunne vite hva hjelpen skal bestå i. Sykepleieren må forsøke å sette seg inn i pasienten sin situasjon ved å forsøke å tolke pasientens realitet, å gripe hva pasienten erfarer og forstå ut fra pasientens ståsted samt møte pasienten ut fra hvordan han selv ville ha handlet i situasjonen hvis han kunne (Martinsen, 1990).

Martinsen (1993) sier videre at omsorg er en praktisk handling. Gjennom grunnleggende medmenneskelighet og fagkunnskap ivaretar en pasienten på en måte som anerkjenner og myndiggjør pasienten. Hun understreker viktigheten av å bruke enkle redskaper som pasienten allerede kjenner fra sitt dagligliv, som noe av det mest fundamentale i en omsorgssituasjon. Samtidig er det viktig å ivareta pasientens integritet og en må kommunisere i et dagligspråk og ikke et medisinsk språk som pasienten ikke forstår.

Martinsen (1993) sier at det moralske prinsippet er ansvaret for de svake og at grunnlaget vi treffer moralske avgjørelser ut fra, bunner i våre verdier. En moralsk riktig handling er avhengig av den konkrete situasjonen og en kan derfor ikke handle kun ut i fra etikkens normative prinsipper og regler alene, en må også trekke inn sykepleiefaglige kunnskaper, som blir skjønn. Praktisk – moralsk handlingskløkskap og faglig skjønn blir utviklet gjennom praktiske situasjoner. Hun mener at disse tre dimensjonene vil være integrert i hverandre i en konkret situasjon og at det ville være vanskelig å skille disse dimensjonene fra hverandre. Hun påpeker at det moralske begrepet er overordnet de øvrige begrepene og at moralen gjenspeiles i måten omsorgen utøves på (Kristoffersen, 2005).

2.3 Sykepleiers ansvar på sykehjemmet

I forskriftene om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene (HOD, 2003) redegjøres oppgavene og innholdet i den kommunale omsorgstjenesten. Sykepleieren har, i møte med den enkelte beboer, ansvaret for å innfri lover og forskrifter samt kjenne til alle kvalitetskravene og de skriftlige prosedyrene. Oppgavene er blandt annet å vise respekt for den eldres verdighet og selvbestemmelse. Ivareta den eldres grunnleggende behov og ivareta den eldres spesielle behov som følge av sykdom og redusert funksjonsevne samt styrke den eldres ressurser.

2.4 Etikk

Etikk er læren om moral. Fokuset i nærhetsetikken er det konkrete samspeillet mellom to ulike individer. Nærhetsetikken utspiller seg i relasjoner, men er også til for å unngå teoretisering og avstand til moralske spørsmål. Nærhetsetikken vektlegger følelsenes betydning for å oppfatte at faglige og etiske verdier står på spill. Den etiske begrunnelsen ligger i forståelsen av situasjonen, ikke i regler og normer. Tenkere innenfor nærhetsetikken vil si at etikken oppstår i møtet mellom mennesker. At et hovedpoeng i nærhetsetikken er den oppmerksomhet på det særskilte ved den enkeltes situasjon ved møtet (Brinchmann, 2008).

I de yrkesetiske retningslinjene står de etiske rammene sykepleier jobber innenfor. De bygger på det internasjonale sykepleierrådets grunnprinsipp. De baserer seg på fornuft, plikter, regler og normer og skal være til hjelp for sykepleieren når det oppstår etiske dilemmaer. Vi har alle et ansvar for en etisk forsvarlig behandling av pasienten samt være etisk bevisste i vår behandling av og omgang med pasienten (Norsk Sykepleierforbund 2007).

2.5 Verdighet\Verdighetsgarantien

I Norsk Sykepleierforbunds sine yrkesetiske retningslinjer slås sykepleierens grunnlag fast. *”Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene og være kunnskapsbasert”*. Retningslinjene er bygget på ICNs etiske regler og menneskerettighetene. De yrkesetiske retningslinjene kan være retningsgivende i etisk vanskelige dilemmaer (Dalland, 2007).

I januar 2011, kom verdighetsgarantien fra helse-og omsorgsdepartementet. Den har følgende formål og virkeområde i henhold til §1:

”Forskriften har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften gjelder den eldreomsorg som ytes i medhold av kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Forskriften får anvendelse uavhengig av hvor tjenesten utføres. Forskriften klargjør hvordan tjenestetilbudet skal utformes for å sikre retten til nødvendig helsehjelp og et verdig tjenestetilbud” (HOD, 2011)

2.6 Pasientrettighetsloven

Pasientmedvirkning er et viktig prinsipp for å sikre pasienten rett til informasjon og medvirkning i behandling. Disse prinsippene kan være vanskelig å realisere, når pasienten lider av demens som gjør at han eller hun ikke forstår informasjonen. God kommunikasjon som gjør det enkelt for pasienten å forstå hovedbudskapet, er en kunst. For å sikre pasientens interesser har vi pasientrettighetsloven.

I pasientrettighetsloven § 1 – 1 står det at *”Formålet med loven er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på tjenester av god kvalitet ved å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd”* (HOD, 2008).

2.7 Demens sykdom

2.7.1 Generelt om demens sykdom

For å kunne stille diagnosen demens etter Verdens Helseorganisasjons kriterier (ICD-10), er det et krav at symptomene har vart i minst 6 måneder. Den kognitive svikten må også redusere evnen til å fungere i dagliglivet (Fhi, 2009). For å kunne stille rett diagnose gjennomgår pasienten en rekke tester samt samtaler med pårørende og pasienten. Engedal og Haugen (2004) beskriver demens hos eldre personer slik: *”En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid”*. De mest vanlige former for demens er:

- Alzheimers sykdom
- Frontotemporallappsdemens
- Demens med lewylegemer
- Vaskulær demens

2.7.2 Alzheimers sykdom

Alzheimers sykdom er betegnelsen for en gruppe sykdommer, et syndrom med variasjoner relatert til alder, årsaker og arvelige tilstander. Alzheimers sykdom er den vanligste årsaken til demens og i følge en studie utført av Holtzman et. al. (2011), vil den føre til en verdensomspennende offentlig helsekrise hvis det fortsetter ukontrollert. Tidlig redusert hukommelse, taleforstyrrelser samt orientering for tid og sted er vanlige symptom ved Alzheimer (Berentsen, 2007).

2.7.3 Frontotemporallappdemens

Frontotemporallappdemens er forårsaket av skader i pannelappene og eventuelt tinninglappene. Her er symptomer som mangel på initiativ, redusert hukommelse og språk samt tap av hemninger og mangel på sykdomsinnsikt. Dette er bare noen av en rekke symptomer ved frontotemporallappdemens (Berentsen, 2007).

2.7.4 Demens med lewylegemer

Demens med lewylegemer forekommer hos 10 – 15 % av de som rammes av demens. Pasienten får symptom som ved delirium. Den kognitive svikten, oppmerksomheten og våkenheten varierer mye i løpet av dagen. Pasienten kan ha synshallusinasjoner og overfølsomhet for antipsykotika (Berentsen, 2007).

2.7.5 Vaskulær demens

Vaskulær demens har flere årsaker. Det kan være store hjerneinfarkter (multiinfarktdemens) og sykdom i arterioler i hjernen. Karsykdommer og demens rammer ofte eldre, derfor er det noen som har både vaskulær demens og Alzheimers sykdom (Berentsen, 2007).

2.8 Gradering av demens

Demenssymptomene utvikler seg over tid, avhengig av hvilken type sykdom som foreligger. Hos noen går utviklingen fort, mens hos andre den utvikle seg over inntil 20 år. Symptomene varierer etter hvilken demens det gjelder, hvilken del av hjernen som er berørt, sosiale faktorer og den enkeltes mestring (Berentsen, 2007).

2.8.1 Mild grad

Ved mild grad av demens glemmer en de mest vanlige rutinene i hverdagen, som handling, hente posten, betale rekninger og det kan gå i surr med dager og avtaler. Det kan også være vansker med språket. Personen kan klare seg i sitt eget hjem med litt tilrettelegging og hjelp (Berentsen, 2007).

2.8.2 Moderat grad

Ved moderat grad av demens mister personen grepet på hverdagen. Hukommelsen svikter, evnen til å tenke konsekvenser svekkes, aktiviteter i dagliglivet blir for vanskelig og kommunikasjons og stedsans svikter. Følelsen av og miste flere av sine egenskaper kan føre til angst, fortvilelse, depresjon eller sinne (Berentsen, 2007).

2.8.3 Alvorlig grad

Ved alvorlig grad av demens kan pasienten bare huske biter fra sitt eget liv. Det kan også være vanskelig for pasienten å huske navnene på slektninger og andre kjente personer fra livet sitt. En klarer heller ikke å holde orden på tid, sted og situasjon. Det kan være vanskelig å forstå hva andre sier og ordforrådet er veldig begrenset. Pasienter med alvorlig grad av demens kan oppleve kaos og manglende evne til å sortere stimuli. Noe som igjen kan gjøre det vanskelig å tolke sanseinntrykk og dermed handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring. Vedkommende er avhengig av hjelp hele tiden (Berentsen, 2007)

2.9 Aktivitet

Bevisst bruk av aktiviteter er nødvendig for å unngå passivisering av pasienter som lider av demens. Det kan være aktiviteter i daglig livet som en utfører for å opprettholde egenomsorg og det kan være aktiviteter som er sosiale, sang, spill, dans, gå tur, hagearbeid og mye mer. Det er viktig med med blanding av sosialt, fysisk og mentalt engasjement. Aktiviteter gir glede, energi og en opplevelse av mening i hverdagen. Den må tilrettelegges til personer som lider av demens og bør være enkel. Aktiviteter krever god samhandling med pasienten. Sykepleier kan få god samhandling med pasienten ved god kommunikasjon, etisk refleksjon og evne til å behandle pasienten som en likeverdig (Berentsen, 2007)

2.10 Demensplanen 2015 ”Den gode dagen”

Demensplanen 2015 ”Den gode dagen” er en av delplanene innenfor Omsorgsplan 2015 for Helse-og omsorgsdepartementet. Planen er uutarbeidet på bakgrunn av Rapport IS-1486 ”Glemsk, men ikke glemt” fra Sosial-og helsedirektoratet, med utfordringer, behov og anbefalte satsningsområder for mennesker med demenslidelser og deres nærmeste frem til 2015. Demensplanen 2015 angir strategier og konkrete tiltak frem til 2015 (HOD, 2007).

Målet er at tiltakene demensplanen skal føre til opplevelse av trygghet og livskvalitet samt mening i hverdagen for den enkelte, til tross for sykdom og funksjonssvikt. Derfor navnet ”den gode dagen”. Demens er den sykdomen som fører til flest innleggelses og langvarig opphold i sykehjem. Derfor er hovedstrategien i planen å omforme og tilpasse dagens omsorgstjeneste til en slik virkelighet.

3.0 METODE

3.1 Definisjon av metode

Tranøy definerer metode som en fremgangsmåte for og skaffe til veie kunnskap eller verifisere påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. I sammenhenger der det er spørsmål om hva metode er blir Vilhelm Aubert sitert slik:

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder ”(Aubert, 1985).

3.2 Kvantitativ og kvalitativ metode

En skiller mellom kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode benyttes for å få data som kan karakterisere et fenomen og en opererer gjerne derfor med høye tall i forhold til utvalget i studien. Forskeren tar gjerne sikte på å finne gjennomsnitt og presenter av en større mengde data. Kvalitativ metode brukes gjerne for å få informasjon om opplevelser og meninger, som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007).

3.3 Litteraturstudie

En litteraturstudie innebærer å systematisk søke og kritisk granske og sammenfatte litteratur innenfor et emne eller problemområde (Forsberg og Wengstrøm, 2008). Det innebærer å besvare en problemstilling ut fra tidligere gjennomførte studier. Ved å gjøre dette får en en oversikt over den kunnskapen som allerede finnes om temaet. Dersom det er et forholdsvis nytt tema en vil forske på, kan det være lite litteratur tilgjengelig. I arbeidet med å finne litteratur til studiet kan en få en ny forståelse for det problemet en har valgt eller en kan få en ny vinkling som gir arbeidet en annen retning. Videre får en definert sentrale begreper i problemstillingen som kan være avklarende i søkearbeidet (Dalland, 2007).

3.4 Fremgangsmåte

Jeg har brukt erfaringer fra praksisperioder, teoretisk kunnskap og litteraturstudie som metode for å løse denne oppgaven. I søkeprosessen etter relevante artikler har jeg søkt i databasene Cinahl, Bibbys, OvidNursing, SveMed, PubMed, Helsebiblioteket og Kunnskapscenteret. I ProQuest fant jeg den ene artikkelen som var aktuell, men jeg fikk ikke skrevet den ut derfor søkte jeg den opp i Cinahl. Jeg har hentet tre artikler fra Cinahl og en fra PubMed, som var relevant for oppgaven. Nøkkelordene fant jeg ved hjelp av problemformuleringen. I databasene ligger det mye litteratur om personer som lider av demens. Jeg har hatt fokus på at artiklene skulle være sykepleiefaglige forskingsartikler, kvalitative og av nyere dato. Jeg har i tillegg til artikler og annen litteratur også brukt pensum, lover og regler og har forholdt meg til relevant tema.

3.5 Presentasjon av søk

I Cinahl brukte jeg søkeordene: nursing home, dementia, dignity, activities og well-being. Jeg søkte først med ett nøkkelord per søk, men det ble veldig mange treff, ettersom det er gjort mye forskning på demens sykdom. Derfor søkte jeg med alle ordene i kombinasjon og begrenset det til full tekst innenfor 2009 - 2011 og fikk begrenset antall treff. Jeg har hentet tre artikler som er relevant for oppgaven på Cinahl.

I PubMed brukte jeg søkeordene: dementia, activity og nursing home. Der merket jeg av for advanced search. Jeg fikk veldig mange treff på disse søkene, så jeg gikk inn på limits for å begrense utvalget. Der merket jeg av for utvalg med full tekst og som er publisert innenfor de siste to år. Resultatet var 37 treff og da kunne jeg starte arbeidet med å finne relevant artikkel. Jeg fant en artikkel med link til ProQuest for utskrift. Oversikten over litteratursøkene ligger som vedlegg 1. Resultatene fra søkene er presentert i en tabell som vedlegg 2.

3.6 Kildekritikk og etiske aspekt

For å løse denne oppgaven har jeg tatt med erfaringer fra praksis, vitenskapelige forskningsartikler, pensum litteratur, lover og regler samt forskrifter. Artikkene er hentet fra søkebasen i HSH sitt bibliotek i fronter. Alle fire er kvalitative forskningsartikler, en med kvantitativt innslag. Ettersom velvære er subjektivt, er det nyttig å se på kvalitativ forskning der dataen er samlet inn ved intervju. Det er mye forskningslitteratur på tema pasienter som lider av demens og sykepleie til disse, men også annen litteratur som ikke nødvendigvis er forskningslitteratur.

Jeg har plukket ut fire forskningsartikler som var relevante for min oppgave og som kan si noe om det å legge til rette for en best mulig tilværelse for denne pasientgruppen på sykehjem. Artikkene er av nyere dato, kun en er fra 2004. De er skrevet av fagfolk innenfor sykepleie. I kvalitative forskningsartikler er det gjort intervju i studiene og en får beskrivelser av meninger, tanker og følelser. Ved intervju kan en også stille tilleggsspørsmål, dersom noen spørsmål trenger videre avklaringer. Utvalget i slike studier er som regel små. Det fører til at en ikke kan generalisere funnene, som om at dette er gjeldene for alle personer, men informasjonen gir oss en forståelse av hvordan en opplevelse eller situasjon, kan erfares.

Jeg har anonymisert opplysninger som kan knyttes til enkeltpersoner i oppgaven iht. lov om behandling av personopplysninger § 1 (Personopplysningsloven, 2000). Videre har jeg referert til kilde, når jeg har hentet opplysninger fra litteratur jeg har brukt i oppgaven. Etiske opplysninger om de fire artiklene som er brukt i oppgaven er gjort rede for i sjekklisten (vedlegg 4).

4.0 RESULTAT/FUNN

4.1 Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers.

Forfatter: Rita Jackobsen og Venke Sørli

År: 2010

Tidsskrift: Nursing Ethics 17 (3) 289 – 300.

Hensikten med studien er å belyse noen etiske situasjoner og opplevelser som helsepersonell opplever i sitt arbeide på sykehjem. Individuelle intervjuer med en narrativ tilnærming ble gjennomført for å få frem den enkeltes av personalets opplevelse. Studien viste at helsepersonell opplever daglig etiske utfordringer i sitt arbeid. For pasienter som lider av demens er det spesielt balansen mellom pasientens autonomi og verdighet som er vanskelig å ivareta. Den blir i daglig satt på spill. Det blir ikke avsatt nok resurrser til å møte pasientenes psykosoiale behov. Pasieneten blir ofte henvist til passivitet selv om det er åpenbart at han har behov for oppmerksomhet og sosiale aktiviteter. Helsepersonell opplever dette som en stressfaktor fordi det ser at pasienten har et behov som ikke blir dekket, samtidig som det ikke avsettes tilstrekkelig resursser.

Helsepersonellet fortalte at arbeidspresset er for høgt, det blir liten tid til den enkelte pasient, spesielt i helgene, når det er mindre folk på jobb og i tillegg er dette gjerne ufaglært personell. Selv om dette er rapportert til ledelsen opplever de at ingenting skjer. Videre fortalte de at arbeidskulturen kunne bli bedre med tanke på mer åpenhet om den omsorgen som blir gitt. Mangel på forståelse fra kollegaer og ledelsen var hovedårsaken til den hjelpeløsheten de følte. Det viser seg i denne studien at helsepersonell ikke så lett gir slipp på sine kulturelle verdier og ansvar med tanke på å ivareta pasienten både fysisk og psykisk og at situasjonen av og til går ut over helsen.

Denne artikkelen er trekk inn i oppgaven fordi den sier noe om arbeidspresset på sykehjemmet og at noen sykepleiere er klar over at mange pasienter ikke har en verdig hverdag. Det kommer frem at pasientene ikke blir sett og sykepleierene blir ikke hørt av ledelsen og at det fører til utbrenthet.

4.2 Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia

Forfatter: Nikki L. Hill, MS, RN
Ann Kolanowski, PhD, RN, FAAN
Esra Kurum, MS

År: 2010

Tidsskrift: Journal of Gerontological Nursing, Vol., 36, No. 9, 2010

Hensikten med denne studien var å se på om det er forskjell på engasjement hos personer som lider av demens og har en personlighet der evnen til å samarbeide er tilstede, kontra personer som lider av demens og som ikke innehar denne kvaliteten i like stor grad. Aktiviteter ble skreddersydde til den enkeltes evne og interesse, for å se på engasjement.

Det overraskende var at pasientene som har liten evne til samarbeidsvillighet var like engasjerte som den andre gruppen. Forklaringen er at så lenge aktiviteten er tilpasset til den enkeltes evne og interesse, blir alle like engasjerte uavhengig av egenskaper som samarbeidsvillighet. Dette er et viktig funn, fordi pasienter som er lite samarbeidsvillige ofte blir ekskludert fra aktiviteter. Sosiale aktiviteter ble foretrukket og det hadde ingen betydning om aktiviteten var sammen med en eller flere kjente eller ukjente personer. Når aktivitetene engasjerte forsvant forstyrrende faktorer som negativ oppførsel og motarbeiding.

Artikelen er trekk inn i oppgaven fordi den viser at selv om lav samarbeidsvillighet kan være en utfordring når en skal gjennomføre aktiviteter med personer som lider av demens, så kan det å skreddersy aktivitetene til den enkeltes evner og interesse være en løsning. Å skreddersy meningsfulle aktiviteter til beboere som lider av demens resulterer i økt engasjement og har derfor en positivt innvirkning på den fysiske og psykiske helsen.

4.3 Multisensory environments for leisure, promoting well-being in nursing home residents with dementia

Forfatter: Helen Cox, RN, PhD
Ian Burns, RN, MNS
Sally Savage, PhD

År: 2004

Tidsskrift: Journal of Gerontological Nursing

Multisensoriske miljøer blir stadig mer populære i helseinstitusjoner for eldre mennesker. Denne studien er gjort på Rice Village i Australia, som tilbyr tre stadier av institusjonsopphold. De ansatte ved Rice Village bygget to separate multisensoriske miljøer. Det ene rommet hadde hvite vegger, stuemøbler og et utvalg av utstyr laget for å stimulere sansene. Kan nevne speil, lys, bilder, musikk og en rekke andre elementer. Det andre miljøet var en nyrenovert sansehage, tilrettelagt for personer som lider av demens. Sansehagen inneholder opphøyde blomsterbed, planter med masse farger, struktur og lukt samt gangveier, kringelkroker, fugler og hagedammer. Disse miljøene var sett i forhold til opplevelsen av det normale bomiljø.

Dette to-trinns prosjektet undersøkte hvor effektive to typer multisensoriske miljøer var i å bedre trivselen for personer som lider av demens. De to multisensoriske miljøene var et miljørom og en sansehage. Studien observerte 24 beboere som lider av demens og bor på sykehjem. Responsen på de 24 beboerene ble målt i løpet av den tiden de oppholdt seg i miljørommet, i sansehagen, og i stuen. I den andre delen av prosjektet, ble intervjuer utført med seks pleiere og seks besøkende for å få deres svar på hvordan de oppfattet beboerens opplevelse av de multisensoriske miljøene. Disse intervjuene identifiserte de mest brukte komponentene i miljøet, hvordan de nytes av beboerene og hvordan de kan forbedres for å maksimere velvære for pasienter som lider av demens. Denne studien sammenlignet effekten av miljørom og sansehage kontra vanlig oppholdsrom og hvordan pasientene kan ha glede av dette i hverdagen, derfor er studien tatt med i oppgaven.

4.4 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes

Forfatter: Ann Karin Helgesen RNT
Maria Larrson PhD, RN
Elsy Athlin PhD, RNT

År: 2010

Tidsskrift: International Journal of Older People Nursing 5, 169-178.

Hensikten med denne studien var å se på pasient medvirkning knyttet til aktiviteter i dagliglivet hos pasienter som lider av demens og bor på sykehjem. Resultatene viser at pasient medvirkning er knyttet til tilstedeværelse hos pasientene som lider av demens. Studien beskriver også tilstedeværelse av helsepersonellet og tilstedeværelse av beboere i spørsmålet om pasientmedvirkning i dagliglivets aktiviteter. Tilstedeværelse definert som tilstedeværelse fysisk, psykisk og moralsk. Tilstedeværelse for beboere innbefattet evne, ønske og tilpasning.

Det viste seg at helsepersonellets tilstedeværelse hadde en stor innflytelse på evne og vilje til deltakelse for beboere. En må være på vakt med alle sine sanser for å motivere og være opptatt av beboers ønske til medvirkning. Evnen til å tolke beboers oppførsel, kommunisere ordentlig og være et steg foran, var avgjørende og krevde både kunnskap og erfaring. Helsepersonellets evne til å være tilstede moralsk, viste seg å være avgjørende for å kunne ivareta beboer respektfullt, seriøst og individuelt og var avgjørende for beboers evne og vilje til pasient medvirkning.

Organisatoriske forhold knyttet til ledelse, antall og sammensetningen av helsepersonell og rutiner samt innredningen i sykehjemmet og fellesareal kunne stimulere eller forhindre pasient medvirkning. Studien fremhevet den store effekten av helsepersonellets tilstedeværelse fysisk, psykisk og moralsk når det gjelder beboeres kapasitet og vilje til aktiv pasient medvirkning. Derfor er studien viktig for oppgaven min. Sykepleieledere er ofte stresset fordi de har ansvaret for det organisatoriske, det hadde også en stor innvirkning på beboere ettersom de og fungerte som rollemodeller. Et tiltak for å kunne reflektere over ens verdier, handlinger og rutiner kan være å opprette refleksjonsgruppe for helsepersonell og ledere.

5.0 DRØFTING

5.1 Etisk forsvarlig pleie til pasienter som lider av demens

Martinsen (1990) sier at omsorg er et forhold, en relasjon mellom minst to mennesker. Hun legger vekt på at det er nødvendig å engasjere seg i å vise interesse for pasienten for å kunne vite hva en skal hjelpe den enkelte med. Sykepleieren må forsøke å sette seg inn i pasienten sin situasjon og se pasienten sine behov. I praksis har jeg erfart at å møte pasienten som lider av demens der han er, opprette kontakt og gjøre seg forstått, tar tid. Det er en kjensgjerning at det er mangel på tid til å dekke andre behov en de grunnleggende. Martinsen sier videre at vi er knyttet til hverandre, at vi er avhengige av hverandre og ikke kan leve uten hverandre, at vi er sosiale skapninger. Da ligger det i sakens natur at det er grunnleggende behov som ikke blir dekket når pasientene blir passivisert og ikke deltar i sosiale aktiviteter. De psykososiale behovene blir ikke ivaretatt.

I en studie gjort av Jakobsen og Sørli (2010) der hensikten var å belyse de etisk vanskelige situasjoner som helsepersonell opplever i sitt arbeide på sykehjem, kommer det frem at det ofte er mangel på tid til og dekke helt grunnleggende behov. Sykepleiere forteller om daglig dårlig samvittighet fordi de ikke har kapasitet til å ta seg av pasientene sine ønsker og behov. Om tiltak som blir gjort for at systemet på sykehjemmet skal fungere og være effektivt, slik som for eksempel å legge alle pasientene før nattevaktene kommer på jobb, selv om pasientene satte pris på ettermiddagen. Sykepleiere i denne studien forteller også at de har tatt dette opp med de styrende organ, men at det ikke blir gjort endringer til det bedre for pasientene. De sier at dette går ut over helsen og at det fører til utbrenthet.

Vi lærer alle helt fra vi er små forskjellen på rett og galt og har med oss våre verdier og holdninger inn i alle livserfaringer vi gjør. Sykepleierene ser daglig at pasientene lider under manglende stimulering, at det er umoralsk å legge pasientene før nattevaktene kommer, fordi det er mest effektivt, samt en rekke andre grep som blir tatt for å spare ressurser. Pasientens opplevelser oppfattes av sykepleierene og de kjenner på dårlig samvittighet. Å være sykepleier forplikter å ivareta pasienten både fysisk og psykisk, dette er noe som vi ikke kan og vil overse.

Studien til Jakobsen og Sørli (2010) frykter jeg er representativ for flere sykehjem i dag. Pasientens psykososiale behov må ikke bli satt til side fordi det ikke er økonomisk handlefrihet til å sette i verk tiltak. En må heller se på hva som kan bidra til å forbedre situasjonen for pasientene med de midlene som allerede eksisterer og velge best mulig handlingsalternativ for pasienten. Sosiale aktiviteter som engasjerer kan være ordspill (ordtak), brettspill, hobbyaktiviteter eller bare en god samtale.

I følge Kari Martinsen (1990) er omsorg og moral nært forbundet og må læres gjennom praktisk handling. Ved å se pasientens behov her og nå og handle til det beste for pasienten, er en etisk og moralsk bevisst. Ved å være oppmerksom, gi et håndtrykk, småprate, lese i en bok eller på annen måte vie oppmerksomhet til pasienten kan det gi opplevelse av velvære og tilfredshet for pasienten. En må i følge Martinsen ikke utføre pleie på systemets premisser, men på pasientens premisser og til det beste for den enkelte. Hun sier at moralen vises i måten sykepleien blir utført på. Dersom en hjelper pasienten som skal dusje, på en rask og rutinemessig måte, blir pasienten upersonalisert, en ting.

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, står det at sykepleieren har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og utøvelsen av sykepleie. I tillegg til de yrkesetiske retningslinjene, er det i retningslinjene fra sosial-og helsedepartementet rundskriv 1-13/97, belyst hvilke krav pasientene på sykehjem har. Her er nevnt at i tillegg til å oppleve trygghet, respekt og få dekket sine grunnleggende behov, skal de få mulighet til å styre eget liv, de skal unngå unødig opphold i sengen og de skal ha mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet (SHD: rundskriv 1-13/97: 10).

Refleksjonsgrupper kan være en arena hvor helsepersonellet kan drøfte erfaringer og kunnskaper, for å kunne lære av hverandre. Grupper på 5 – 7 personer, hvor en reflekterer over egen praksis kan bidra til å skape et positivt og tryggt arbeidsmiljø. Det er en trygghet i seg selv å kunne diskutere etiske dilemmaer innad i gruppen. I refleksjonsgrupper kan en diskutere handlinger og situasjoner en ikke får tid til i løpet av en arbeidsdag og det kan bidra til å utvikle sykepleiefaget og sikre pasientene sin rett til en verdig eldreomsorg.

Verdighetsgarantien (HOD, 2011) er en forskrift som er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven som Helse- og omsorgsdepartementet gav ut i 2011. Den skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Den følges opp med økonomiske midler som skal gå til kompetanseheving og omsorgsforskning.

Dette kan love godt, men det forutsetter at det ikke blir enda flere krav til sykepleierene og fokus på sparing av ressurser. Det bør rettes fokus på den omsorgen som blir gitt i dag på sykehjemmene, at det blir satt av mer tid til kvalitetstid til den enkelte pasient, dagtilbud, ulike aktivitetstilbud, felles arrangement som kulturelle opplevelser og andre opplevelser som setter pasientene i fokus.

5.2 Tilrettelegging og aktiviteter for pasienten på sykehjemmet

Når en pasient flytter inn på sykehjemmet må han innrette seg etter sykehjemmets rutiner og planer for dagen. I disse rutineene er det som regel ikke avsatt tid til individuelle ønsker eller aktiviteter. Er det slik at en pasient som lider av demens er lite samarbeidsvillig og at det derfor er nytteløst å sette i gang aktiviteter til disse pasientene? Da jeg var i praksis som student, erfarte jeg at om en hadde ideer om eventuelle aktiviteter eller en tur ut, kunne det fort bli avvist med argument om at det ikke var tid, eller det var for vanskelig eller at pasienten ikke ville.

I en studie utført av Hill, Kolanowski og Kurum (2010) som er utført for å se på forholdet mellom personlighetstrekket samarbeidsvillighet og engasjement når aktiviteter er skreddersydd til den enkelte pasients evne og interesse, kommer det frem at det at det ikke er noen forskjell i engasjementet hos de pasientene som er lite samarbeidsvillig kontra de pasientene som er samarbeidsvillige. Det viser seg at dersom aktivitetene er skreddersydd til den enkeltes interesse og evne så kan det overvinne liten samarbeidsvilje. Det kommer også frem av studien at pasientene som deltok foretrakk aktiviteter som engasjerte psykisk og sosialt.

Det er viktig at en finner den rette balansen ved aktiviteter. Dersom det blir for mye stimuli, blir det for mye for noen og de trekker seg tilbake. En kan tilpasse aktiviteten til personligheten. Dersom pasienten er kreativ, kan det være at han liker å lytte til musikk, male eller lytte til en fortelling eller dersom pasienten liker fysisk aktivitet, kan han lære nye dansetrinn, gjøre enkle trimøvelser eller kaste ball/rispose samt andre fysisk stimulerende aktiviteter. Pasienter som lider av demens og bor på sykehjem er i en særstilling når det gjelder utfordringer og begrensninger når det kommer til aktiviteter. Derfor må en tilrettelegge og veilede. Det behøver ikke være dyrt utstyr eller teknisk komplisert, men det krever tilpassninger til hver enkelt.

Organiser ved å dele inn i grupper, det gjør det enklere for helsepersonell og holde oversikten og hjelpe flere samtidig. Aktiviteter som kan være aktuelle er strikking, puslespill, maling, snakke om/se på temabilder, se i fotoalbum med bilder av familien, lytte til musikk, danse, spille dart, hagearbeid eller andre aktiviteter. Noen setter pris på få hjelpe til med husarbeid som å henge opp kler. Ved å finne den rette balansen for aktiviteter til pasientene, dette inkluderer også å finne rette interessen og behov til hver person, så er det nøkkelen til å redusere passivitet og gi økt tilfredshet. Det forebygger sykdommer som igjen reduserer medisinfbruket. Det å mestre oppgaver i hverdagen bygger også selvtilliten hos pasienten. Det stimulerer hjerneaktiviteten og hindrer regresjon. Fysisk og kognitiv trening er viktig i alle aldrer. Moderat aktivitet hver dag kan betraktes som vedlikehold av kroppens funksjoner. Bevegelsesfunksjonen hos den enkelte er viktig å opprettholde uavhengig av hvilken type demens pasienten lider av. Sykehjemmene bør være innrettet slik at det tas hensyn til pasientens eventuelle funksjonssvikt.

Demensplan 2015 "Den gode dagen" er en av delplanene innenfor Omsorgsplan 2015 som helse og omsorgsdepartementet har lagt frem. Den inneholder langsiktige strategi og konkrete tiltak frem til 2015, for å bedre demensomsorgen. Planen inneholder satsning på dagaktivitetstilbud, bedre tilpassede botilbud og økt kunnskap og kompetanse. Planen inneholder *Kompetanseløftet 2015*, som er en kompetanse- og rekruteringsplan som skal sikre god rekrutering, høy kompetanse og stabil bemanning i pleie- og omsorgssektoren (HOD, 2007). Demensplanen viser at det er tatt grep for å møte omsorgsutfordringene og det lover godt for de neste årene. Det å legge forholdene bedre til rette for mennesker som lider av demens, deres pårørende og helsepersonell er et godt verdivalg i samfunnet.

Studien til Cox, Burns og Savage (2004) trekker frem hvor viktige de miljømessige rammene er for pasienter som lider av demens. De har i sin studie sett på hvilken effekt to multisensoriske miljørom har på følelser som sinne, angst, redsel, tristhet, glede og tilfredshet kontra et vanlig oppholdsrom. Pasientene fikk være i hvert av de tre settingene i 16 minutter x 3. Forskerene observerte bare en setting per dag og aldri mot pasientens vilje. Pasienter som ikke klarte å gi tilbakemelding på denne typen stimulering, deltok ikke. De tre multisensoriske settingene, var en sansehage, et miljørom og en vanlig stue på et sykehjem i Australia.

I studien kommer det frem at pasientene viste interesse, tilfredshet og glede i de tre miljøene og at den eneste statistisk signifikante forskjellen var at pasientene var mer triste i vanlig stue. Både pasientene og helsepersonellet likte å være i sansehagen og miljørommet. I sansehagen kunne pasientene nyte frisk luft, se på blomstene, fuglene, småprate og rusle små turer. I miljørommet ble pasientene opptatt av lyd, lys, de ulike effektene og fant sin egen måte å oppleve rommet på. Pasientene trengte ikke å motiveres til å ”oppleve rommet”.

Det store funnet i denne studien er at uansett hvilket miljø pasienten befant seg i, så var en-til-en kontakten helsepersonellet hadde med pasientene den faktoren som førte til at pasientene hadde så stort positivt utbytte i de ulike settingene. Dersom helsepersonellet bare har fokus på arbeidsoppgaver og rutiner og ikke tar seg tid til pasienten, spiller det nær sagt ingen rolle hvilket miljø man er i, da vil pasienten bare eksistere. Studien understreker at både sansehagen og miljørommet tilfører noe nytt og at både pasienter, helsepersonell og besøkende opplevde velvære i disse miljøene.

5.3 Sykepleiefaglige implikasjoner

Å skape gode relasjoner til pasienten forutsetter at helsepersonell ser på pasienten som et likeverdig individ og ikke et individ som er mindre verdt fordi pasienten er blitt avhengig av hjelp. I vårt moderne samfunn dyrkes nettopp det å være uavhengig som ekstra verdifullt. For en person som lider av demens er han helt prisgitt omsorgsgiveren. At helsepersonell innehar barmhjertighet, medfølelse og kan skape tillit er nødvendig for å se pasienten sine behov. En bør ivareta hver enkelt pasient på best mulig måte også på sykehjem. Pasienten må, så langt det er mulig, få bevare sin integritet og verdighet, frihet og sosiale relasjoner.

Yrkesmessig omsorg betår av en relasjon mellom minst to mennesker. Der den ene hjelper den andre. Sykepleieren må ifølge Martinsen (1990) forsøke å bytte posisjon med pasienten, og forestille seg at en er i hans situasjon – for lettere å kunne se hvordan en ønsker å bli behandlet. Å vise tillit og opparbeide tillit krever at det er en åpen gjensidighet mellom pasient og sykepleier. Når pasienten gir tillit og legger en del av sitt liv i sykepleierens hender, må pasienten få oppleve at han blir sett og hørt og tatt på alvor gjennom sykepleierens kunnskap og kompetanse. Denne kunnskapen kaller Martinsen praktisk-moralsk handlingsklokskap og faglig skjønn. Relasjonen til pasienten må bunne i å ville pasientens beste på en slik måte at pasienten ikke føler seg isolert.

Pasienter som lider av demens har ofte problemer med å gjøre seg forstått og det kreves at en bruker tid i samtale med pasienten. Setter seg ned, rolig, etablerer kontakt og gjør seg til kjenne når pasienten inviterer med blick og holdning. Unngå å spørre om ting pasienten ikke kan svare på, det gir bare pasienten en følelse av hjelpeløshet. Det å ha fokus og øyekontakt i samtale med den eldre, kan hjelpe pasienten til bedre å forstå og fange opp kroppspråket.

I arbeidet med å bygge relasjoner er pasientmedvirkning et viktig prinsipp. I pasientrettighetsloven (Helse-og omsorgsdepartementet, 1999) §3-1 står det at pasienten har rett til medvirkning. Og at tjenestetilbudet skal legges til rette i samarbeid med pasienten. Dersom ikke pasienten har samtykkekompetanse, kan pasientens nærmeste pårørende medvirke sammen med pasienten. Å strebe etter pasientens beste, innebærer at pasienten får være hovedpersonen i sitt eget liv og får være delaktig i de avgjørelsene som anngår han, så lenge det er mulig. Dersom det skal være andakt på sykehjemmet, er det viktig å spørre pasienten, om han ønsker å delta eller ikke. Det må ikke være slik at alle skal samles til andakt ”for enkelthets skyld”. Ved å la pasienten få bestemme selv, får han identitetsbekreftelse.

Fra resultatene til Helgesen, Larsson og Athlin (2010) kommer det frem at pasient medvirkning er et spørsmål om tilstedeværelse. Tilstedeværelse av personalet fysisk, psykisk og moralsk for pasienten og at dette er avgjørende for pasientene, for deres evne og vilje til deltakelse. Videre viste den at personer som lider av mild til moderat demens, har evner til å bestemme over degligdagse aktiviteter på sykehjemmet. Det var avhengig at at ikke personalet opptrådte uhøflig og paternalistisk, da ville de reagere med angst og usikkerhet.

Dette funnet som viser at pasient medvirkningen er så påvirket av personalets tilstedeværelse, viser at en må være bevisst sin tilstedeværelse overfor pasienten. Dette innebærer også sykepleieledere, som ofte stresser fordi de har mye ansvar, de er rollemodeller og skal gå foran som et godt eksempel (Helgesen et. al. 2010). Videre viser den at helsepersonellet på sykehjemmet bør intensivere fokuset på pasientmedvirkning for personer som lider av demens og at helepersonellet bør få anledning til å reflektere over sine verdier, handlinger og rutiner for å gi økt velvære hos pasientene.

Pasientmedvirkning innebærer at helsepersonell ser på pasienten som en samarbeidspartner og et likeverdig individ. Ved å se hver enkelt som et unikt individ gir en bekreftelse på den andres identitet og kan lettere gi en individuelt tilpasset omsorg. Det å skape gode relasjoner er den genuine interesse for hver enkelt pasient. I praksis erfarte jeg at pasienter ”lyste opp”, når en spurte dem om sitt yrkesaktive liv eller om den tiden de vokste opp. Det kunne frembringe mye lått og løye. Jeg har ofte blitt overrasket over alt de husker fra sitt liv, som er langt tilbake i tid. Når en får vite mer om pasientenes liv og interesse kan en også legge forholdene til rette så de kan utveksle samtaler med hverandre på bakgrunn av dette. Pårørende kan også hjelpe til med dette, når vedkommende ikke husker tema og informasjon selv.

At kunnskap om pasienten er verdifullt, fikk jeg erfare i min første praksis på sykehjemmet. Denne ettermiddagen skulle jeg følge en pasient til kvelds. Det ble sagt at hun sikkert ikke ville komme til kvelds, hun hadde vært på rommet sitt i en uke og spist sine måltider der. Jeg kjente henne igjen, men jeg ville forsikre meg om at det var rette damen, så jeg serverte henne kvelds og satt og pratet med henne litt. Neste dag, da jeg hadde fått bekreftet at det var den damen jeg husket, så forklarte jeg henne at jeg kjente henne igjen. Jeg var en liten jente den gangen, men jeg husket henne godt, hun hadde store fine krøller i håret. Jeg hjalp henne med dusjing og fåreslo at hun kom ut til frokost. Det hadde hun ikke lyst til . Så sa jeg, ”Dersom jeg lager store fine krøller i håret ditt med krølltangen, vil du da komme ut? ”Ja,” sa hun, ”da vil jeg komme med ut til frokost”. Det var eit godt øyeblikk, som varmet. Man må ha interesse for å hjelpe, se den enkelte og kommunisere dette ut, ellers vil det bli en avstand i relasjonen og forholdet vil bli kaldt. Det å bygge relasjon og tillit krever tid. En kan ikke kreve tillit, den må fortjenes.

Sykepleier må legge til rette for et tverrfaglig samarbeid, slik at pasienten sine behov blir ivaretatt. Det innebærer for eksempel at samarbeidet mellom sykepleier og legen blir optimalt. Sykepleier kan sitte inne med detaljinformasjon som kan være svært viktig for legen. Videre har hun ansvaret for å fordele arbeidsoppgavene slik at pasientene sine individuelle behov blir ivaretatt på best mulig måte. Det kan for eksempel være at en pasient ønsker å sove med lyset på om natten. Videre kan sykepleier veilede pårørende, slik at de kan være en ressurs. Ulike aktiviteter som er skreddersydd til den enkelte pasient kan være engasjerende og skape gode sosiale settinger. Det å bruke sansehage kan være et godt avbrekk fra å sitte inne og det har vist seg å bedre trivselen.

Milne (2011) har i en studie forsket på hvordan det er å leve med sykdommen demens på et sykehjem, sett fra pasientens side. Ved hjelp av kartleggingsverktøyet dementia care mapping og intervju har hun fått informasjon om hvordan det oppleves. Studien viser at pasientene liker å være i aktivitet, ha kontakt med sine pårørende, være til hjelp, gi omsorg og få omsorg og at dette er avgjørende for å få bekreftelse på sin personlighet. Det var viktig å ha noe å ta seg til om dagen, for å mestre å leve med sykdommen og tapene den fører med seg. Dersom det ble for mye "døtid" og kjedsommelighet, kunne mangel på frihet og uavhengighet bli frustrerende og gi seg utslag i urolighet, angst og sinne.

Dementia Care Mapping er et verktøy som er forholdsvis nytt i Norge og som er utviklet av proffesor Tom Kitwood. Det brukes for å evaluere den omsorgen som blir gitt til den enkelte pasient. I følge Rokstad Mork (2008) er den basert på en tett observasjon av pasienten. En kan observere opp til seks pasienter med demens innenfor en periode. Det er anbefalt en tidsramme på seks timer. Observasjonen finner sted i fellearealet på sykehjemmet eller der det ellers er naturlig. Det registreres to koder hvert femte minutt på hver pasient. Atferdskategori kode velges ut fra de 24 alternativene på skjemaet (vedlegg 3), det gir en beskrivelse av atferden eller aktiviteten pasienten viser i løpet av et fem minutters intervall. Samtidig blir det notert hvilken grad av velvære/trivsel pasienten opplever på en skala av seks nivåer (vedlegg 3). Tre nivåer viser tegn til trivsel og tre nivåer viser tegn til mistrivsel.

Verktøyet kan være nyttig for å kunne gi personsentrert omsorg og fremme velvære og trivsel. Ved å kartlegge den enkeltes behov, kan en dokumentere hvilke tiltak som hva som er nyttige og hva som eventuelt bør endres. Dette kan gjøres av alle på avdelingen, men det forutsetter at ledelsen gi de nødvendige rammene som skal til for å inkludere dette i praksis. Gjennom denne kartleggingen kan en ta et skritt nærmere helhetlig sykepleie og legge til rette for at pasientene kan få delta i aktiviteter på avdelingen som skaper engasjement, glede og velvære. Alt fra hobbyaktiviteter rundt et bord, til spaserturer ute kan skape trivsel.

I følge en studie av Hamer & Orrell (2008) der en ser på hva som gjør aktiviteter meningsfullt for personer som lider av demens, ser det ut til å være et bindeledd mellom engasjement i meningsfull aktivitet og trivsel som gjelder behovene til mennesker i ulike stadium av demens. Deltakelse i aktiviteter kan være mer viktig for psykisk velvære for personer med demens enn det generelle fysiske og sosiale miljøet. For personer med mild grad av demens gav det mening å kunne utføre typiske hverdagslige aktiviteter som tidligere ble tatt for gitt, fordi det å opprettholde kontinuitet og være i stand til å bidra var viktig. For pasienter med moderat grad av demens indikerer studien at de foretrakk å delta i aktiviteter som de kunne forholde seg til. For mennesker med alvorlig grad av demens økte trivselen da de ble engasjert i sensorisk-motoriske aktiviteter som enkle fysiske spill, matlaging og dans. Det ble også nevnt i studien at personer med kognitiv svikt var i stand til å delta i musikk baserte aktiviteter og at det forbedret deres humør.

6.0 KONKLUSJON

Hverdagen på sykehjemmet bør fylles med meningsfylt aktivitet ettersom det forebygger funksjonssvikt og redusert livskvalitet. Dette styrker også pasientens restressurser. I dag kan det virke som om det ikke er sammenheng mellom arbeidsmengde på sykepleieren og tilgjengelige ressurser og det går utover pasientene, som dermed ikke får en verdig alderdom. Sykepleierne ser dette, men er samtidig presset til å opptre ”profesjonelt” og få tid til alle praktiske rutiner i løpet av dagen. Det må derfor implementeres i hverdagen at pasientene også må få dekket sine psykososiale behov, på linje med mat, stell og søvn.

Helsepersonell må bli mer bevisste sine valg, når det står ovenfor etisk dilemma. De må velge pasientens beste fremfor ”systemet og budsjettet”. Helsepersonell må også bli mer bevisst sin innvirkning på sin tilstedeværelse i samhandling med pasientene og ikke glemme at pasienten skal være i fokus og en samarbeidspartner. Pasienten få en verdig hverdag gjennom delaktighet, medbestemmelse og aktivisering. Bekreft pasienten og vær fysisk og psykisk til stede, slik at han føler seg sett og hørt som den unike personen han er.

Regjeringens demensplan 2015 skal være gjennomført i 2015. Små boenheter, som tar sikte på delaktighet for den enkelte pasient i dagliglivets aktiviteter etter pasientens restressurser er bra, både for pasientene og helsepersonellet. Økt antall kvalifisert helsepersonell, mer midler til opplæring, ny kompetanse og forskning på årsaker, sykdomsutvikling og behandlingsformer er sentrale satsningsområder i regjeringens demensplan 2015. Det er svært positivt at myndighetene har satt dette på dagsordenen. Det gir gode muligheter for å kunne praktisere holistisk sykepleie til pasientene slik vi lærer i sykepleierutdanningen. Ved å gi den enkelte velvære i hverdagen, kan en kjenne at en lever, det er dette det handler om.

Referanseliste

Aubert, W. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Berentsen, V. B. (2008) Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (2008): *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske.

Brinchmann, B.S. (Red.). (2008) *Etikk i sykepleien*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Cox, H., Burns, I., Savage, S., (2004) Multisensory environments for leisure promoting well-being in nursing home residents with dementia. *Journal of gerontological nursing*. Feb; 30(2):

37-45 (25 ref). Hentet 31.01.12. Tilgjengelig fra:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7c431f37-632f-4a20-b6bb-6381a65d41b4%40sessionmgr15&vid=20&hid=126>

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*.(4.utg.) Oslo: Gyldendal.

Engedal, K. og Haugen, P.K. (2004) Demens. Fakta og utfordringer (4. Utgave). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Folkehelseinstituttet (2009) Demens – Faktaark. Hentet den 18.02.12. Tilgjengelig fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=Area_5775&MainArea_5661=5565:0:15,2343:1:0:0:::0:0&MainLeft_5565=5775:0:15,2343:1:0:0:::0:0&Area_5775=5544:728:28::1:5780:1:::0:0

Folkehelseinstituttet (2010) Helsetilstanden i Norge: Demenslidelser. Hentet den 23.01.12.

Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=70813>

Forsberg, C., Wengstrøm, Y., (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokforlaget Natur och Kultur.

Hamer, B. J., Orrell, M. (2008) What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, Sep; 12 (5): 548-558. Hentet den 14.02.12. Tilgjengelig fra: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7c431f37-632f-4a20-b6bb-6381a65d41b4%40sessionmgr15&vid=4&hid=126>

Helgesen, A.K., Larsson, M., Athlin, E (2010) 'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes. *International Journal of Older People Nursing*, Jun; 5(2): 169-78. Hentet den 10.01.12. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00223.x

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Demensplan 2015 «Den gode dagen». Delplan til Stortingsmelding 25 (2005–2006). Oslo. Hentet den 07.02.12. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf

Helse og omsorgsdepartementet (2011) Forskrift om en verdig eldreomsorg. Hentet den 12.01.12. Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655

Helse- og omsorgsdepartementet (2008) Lov om pasientrettigheter. Hentet den 09.02.12. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/tl-19990702-063-004.html#4-1>

Helse- og omsorgsdepartementet (2003) Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Hentet den 19.02.12. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/Rundskriv/2003/u-72003.html?id=109253>

Hill NL, Kolanowski, A, Kürüm, E. (2010). Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. Sep; 36 (9): 45-52. Hentet den 10.01.12. Tilgjengelig fra: DOI: 10.3928/00989134-20100330-10

- Holtzman, D. M., Goate, A., Kelly, J., Sperling, R. (2011) Mapping the road forward in Alzheimer`s Disease. *Science Translational Medicine* Vol 3 Issue 114 114ps48. Hentet den 13.02.12. Tilgjengelig fra: DOI: 10.1126/scitranslmed.3003529
- Jackobsen, R., Sørli, V., (2010) Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers. *Nursing Ethics* 17 (3) 289 – 300. Hentet den 06. 01.12. Tilgjengelig fra: DOI:10.1177/0969733009355375
- Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F. & Skaug, E.-A. (2005): *Grunnleggende sykepleie, bind 4. Oslo: Gyldendal akademisk.*
- Lovdata (2000). Lov om behandling av personopplysninger. Hentet den 23.01.12. Tilgjengelig fra:http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20000414-031.html&emne=PERSONOPPLYSNINGSLOV*&
- Martinsen, K. (1990). *Omsorg i sykepleien: en moralsk utfordring.* (s. 61-97.) I: Jensen, K. (red.). *Moderne omsorgsbilder.* Oslo: Gyldendal.
- Martinsen, K. (1993). *Omsorg, sykepleie og medisin.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Milne, A. (2011) Living with dementia in a care home: capturing the experiences of residents. *Quality in Aging & Older Adults*, 2011; 12(2) 76-85. Hentet den 10.02.12. Tilgjengelig fra: DOI:10.1108/14717791111144687
- Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten (2008) Sjekklister for vurdering av kvalitativ forskning. Hentet den 19.01.12. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapsenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>
- Norsk Sykepleierforbund (2007) Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet den 06.02.12. Tilgjengelig fra: https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF

- Waalder, H. T. (1999) Scenario 2030 Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030. Statenshelsetilsyn utredningsserie 6-99. Hentet den 13.02.12. Tilgjengelig fra:http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/2030_sykdomsutvikling_eldre_ik-2696.pdf
- Sosial-og helsedepartementet (1997) Kvalitet i pleie-og omsorgstjenestene. Sosial-og helsedepartementet rundskriv I-13/97. Hentet den 09.02.12. Tilgjengelig fra:<http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/rundskriv/1997/i-1397-kvalitet-i-pleie--og-omsorgstjene.html?id=108152#2>
- Ranhoff, A. H. (2008) Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A.H. (2008): *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Rokstad Mork, A.M. (2008) Dementia Care Mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem? Høgskolen i Molde. Hentet den 19.02.12. Tilgjengelig fra:http://idtjeneste.nb.no/URN:NBN:no-bibsys_brage_6006

Vedlegg 1. Tabell 1 og 2 over litteratursøk.

Tabell 1 - CINAHL

Søk i CINAHL 06.01.12			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
S1	Dementia		21783
S2	Nursing home		32369
S3	Dignity		2737
S4	S1 AND S2		31
S5	S1 AND S2 AND S3		31
S6	S1 AND S2 AND S3	Full text + Publisert: 20040101-20111231	11
S7	Well-being	Full text + Publisert: 20040101-20111231	3651
S8	S1 AND S2 AND S7	Full text + Publisert: 20040101-20111231	23
S9	Activities	Full text + Publisert: 20040101-20111231	51472
S10	S1 AND S2 AND S9	Full text + Publisert: 20080101-20111231	54

Tabell 2 - PubMed

Søk i PubMed 10.01.12			
Nummer	Søkeord	Avgrensning	Antall treff
#1	Dementia		127975
#2	Activity		1912207
#3	Nursing home		62993
#4	#1 AND #3		5471
#5	#1 AND #2 AND #3		323
#6	#1 AND #2 AND #3	Publisert de siste 2 år og full text	37

Vedlegg 2. Resultattabell.

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
<p><i>Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers.</i></p> <p>Forfattere: Rita Jakobsen og Venke Sørli 2010</p>	<p>Hensikten med denne studien var å belyse de etisk vanskelige situasjoner som oppleves av helsepersonell som arbeider på sykehjem. Individuelle intervjuer med en narrativ tilnærming ble gjennomført.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie med intervju.</p> <p>En fenomenologisk-hermeneutisk metode utviklet for å forske på livserfaring ble brukt i analysen.</p>	<p>Det var 23 ansatte på sykehjemmet med i studien. De var helsepersonell, fordelt slik: 7 – hjelpepleiere 6 – sykepleiere 4 – avd.sykepleiere 3 – sykepleier stud. 2 – fysioterapeuter 1 – sosialarbeider</p>	<p>Helsepersonell opplever etiske utfordringer i sitt arbeid daglig. De sier at det er vanskelig å få til en balanse mellom autonomi og verdighet og at den hjelpeløsheten de kjenner på hver dag av og til går ut over helsen og fører til utbrenthet.</p>
<p>Link til artikkelen: DOI:10.1177/0969733009355375</p>				
<p><i>Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia</i></p> <p>Forfattere: Nikki L. Hill Ann Kolanowski Esra Kürüm 2010</p>	<p>Hensikten med studien er å se på forholdet mellom personlighetstrekk et samarbeidsvillighet og engasjement når aktiviteter er skreddersydd til den enkeltes pasients evne og interesse.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie.</p> <p>En kryssende eksperimentell design ble brukt. Deltakere ble videofilmet, og disse opptakene var kodet med instrumenter som måler engasjement.</p>	<p>31 pasienter som har vært filmet ved en aktivitet over 12 dager, 20 minutter hver dag, for å se om det er noen forskjell på engasjement hos pasienter som lider av demens som er lite samarbeidsvillige, kontra personer som lider av demens og er samarbeidsvillige, når aktiviteten er skreddersydd til den enkelte i begge gruppene. Det er sett på kovariansen ved hjelp av ANCOVA.</p>	<p>Studien viser at det ikke er noen signifikant forskjell engasjement hos en som er lite samarbeidsvillig kontra en person som er samarbeidsvillig. Dagsformen til deltakeren hadde ingen innvirkning på resultatet, heller ikke tiden. Det kommer likevel frem av studien at det å skreddersy aktiviteter for individuelle funksjonelle evner og personlighet forbedrer både tid og grad av deltakelse. Samt at personer som kan være lite samarbeidsvillige ble mer engasjert, når aktivitetene var tilrettelagt.</p>
<p>Link til artikkelen: DOI: 10.3928/00989134-20100330-10</p>				

<p><i>Multisensory environments for leisure, promoting well-being in nursing home residents with dementia</i></p> <p>Forfattere: Helen Cox Ian Burns Sally Savage 2004</p>	<p>Denne studien tok sikte på å belyse hvor effektive to typer av multisensoriske miljøer er i forhold til å skape økt velvære hos personer som lider av demens.</p>	<p>Denne studien er to delt. Den første delen var kvantitativ der data inneholder observasjoner av beboerne i tre ulike settinger og den andre delen av studien var kvalitativ med intervju.</p>	<p>Utvalget i den kvantitative delen består av beboere på et sykehjem. Det var 24 personer som lider av demens, 23 av disse var damer. Utvalget i den kvalitative delen var 6 besøkende og 6 fra personalet på sykehjemmet.</p>	<p>I den kvantitative undersøkelsen, er det ikke påvist at de ulike settingene har noen effekt på følelser som angst, redsel eller anger. Men det er påvist en effekt på tristhet. Det var registrert mer tristhet i stuen, sammenlignet med miljørommet og hagen.</p>
---	--	--	---	--

Link til artiklene:

http://content.ebscohost.com/pdf17_20/pdf/2004/1FD/01Feb04/20399248.pdf?T=P&P=AN&K=2004096088&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNxb4kSepq84xNvgOLCmr0qep65Ssq%2B4S6%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGstUm2qbNJuePfgex44Dt6fIA

<p><i>'Patient participation' in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes</i></p> <p>Forfattere: Ann Karin Helgesen Maria Larsson Elsy Athlin 2010</p>	<p>Hensikten med denne studien var og utforske pasient medvirkning i hverdagen og aktiviteter for personer med demens som bor i spesielle avdelinger i sykehjem.</p>	<p>Dette er en kvalitativ studie. Datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av åpne observasjoner og ytterligere samtale med beboere og helsepersonell.</p>	<p>Beboere og helsepersonell var med i denne studien. 17 beboere og 30 ansatte.</p>	<p>Studien viste at personalets tilstedeværelse hadde stor påvirkning på beboeres evne og vilje til pasient medvirkning. Den store betydningen av sykepleierens ledere ble fremhevet, ettersom de er ansvarlige for organisatoriske problemer og fungerer som rollemodeller. Refleksjonsgrupper sammensatt av helsepersonell og ledere kan være et tiltak. Refleksjonsgrupper gir muligheter til å reflektere over verdier, handlinger og rutiner.</p>
---	--	--	---	--

Link til artikkelen:

DOI: 10.1111/j.1748-3743.2010.00223.x

Vedlegg 3. Skjema 1 og 2. Dementia Care Mapping Verktøy

Skjema 1. Atferdskategorikoder (Rokstad Mork, 2008).

A	Interaksjon med andre, verbalt eller på annen måte.
B	Sosialt involvert men passivt
C	Sosialt uinvolvert, tilbaketrukket
D	Upåaktet uro
E	Engasjert i ekspressiv eller kreativ aktivitet
F	Spiser eller drikker
G	Deltar i spill
H	Deltar i handarbeid
I	Aktivitet som fordrer bruk av intellektuell kapasitet
J	Deltar i fysisk aktivitet
K	Uavhengig vandring, står eller kjører rullestol
L	Deltar i arbeidslignende aktivitet
M	Engasjert i media
N	Sover eller døser
O	Uavhengig utøvelse av egenomsorg
P	Mottar praktisk, fysisk eller personlig omsorg
R	Deltar i religiøs aktivitet
S	Aktivitet som innebærer uttrykk for seksualitet
T	Sansestimulering
U	Kommuniserer uten å få respons
W	Repeterende selvstimulering
X	Episoder knyttet til ekskresjon
Y	Snakker med seg selv eller imaginære personer
Z	Atferd som ikke passer inn i noen av de eksisterende kategoriene.

Skjema 2. For notering av trivsel/velvære som en del av Dementia Care Mapping verktøyet Atferdskategorikoder (Rokstad Mork, 2008).

+ 5	Enestående trivsel – høy grad av engasjement, selvutfoldelse og sosial interaksjon
+ 3	Betydelige tegn til trivsel – i engasjement, interaksjon eller initiering av sosial kontakt
+ 1	Forholder seg adekvat til aktuell situasjon – noe kontakt med andre, ingen tegn til mistrivsel observeres
- 1	Svak grad av mistrivsel synlig – eksempelvis kjedsomhet, rastløshet eller frustrasjon
- 3	Betydelig mistrivsel – eksempelvis tristhet, angst, vedvarende sinne, alvorligere grad av tilbaketrekning eller apati
- 5	Ekstrem grad av apati, tilbaketrekking, raseri, sorg eller desperasjon

Vedlegg 4. Sjekkliste for vurdering av kvalitativ forskning.

1. *Dignity of older people in a nursing home: narratives of care providers.*

INNLEDENDE SPØRSMÅL 1. Er formålet med studien tydelig?	Ja Uklart Nei x o o Hensikten med denne studien var å belyse de etisk vanskelige situasjoner som oppleves av helsepersonell som arbeider på sykehjem.
2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?	Ja Uklart Nei x o o Dette var en kvalitativ intervjustudie basert på en fenomenologisk-hermeneutisk (tolking av fenomen) metode utviklet for å forske på livserfaring. Intervju gir en bedre beskrivelse av liv og erfaring enn det som følger av tall, tabeller og konsepter. Fortellinger berører oss på en måte som er forskjellig fra faktakunnskap og kan dermed gi oss en større forståelse av faktiske erfaringer.
KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE? 3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?	Kommentar: Skriftlig og muntlig informasjon om studien ble kanalisert gjennom institusjonen`s ledergruppe. Det ble deretter lagt ut påmeldingsliste i alle avdelingene, slik at de som ville kunne delta. Valget ble gjort på frivillig basis, og de som meldte seg på først, ble valgt. Ingen nærmere vilkår ble satt annet enn at de utvalgte skulle ha direkte og daglig kontakt med pasienter.
4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?	Kommentar: Utvalget i studien var 23 ansatte. Kunnskap fra denne studien kan derfor bare brukes som grunnlag for etisk diskusjon og bevisstgjøring.

<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Fenomenologisk-hermeneutisk tolkning innebærer livserfaringer og er uløselig knyttet til den som tolker resultatene. Dette påvirker resultatene.</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Fokuset i denne studien er erfaringer fra personene som ble intervjuet, skrevet som tekst som da utgjør gjenstand for analysen. Forskerene har brukt Ricoeurs teori i sitt arbeid med å tolke materialet. Denne teorien bygger på tre faser:</p> <ul style="list-style-type: none"> -nøktern lesing av materialet -strukturell analyse -forfatterdiskusjonen <p><i>Nøktern lesing.</i> Tekstene ble lest av begge forfatterne for å få et helhetlig inntrykk og innledende forståelse av innholdet. En forutsetning for dette arbeidet er at tekstene leses med et åpent sinn, slik at nyansene blir oppfattet og teksten får tale for seg. I denne studien ble en nøktern lesning gjort av begge forskerene gjennom alle de transkriberte intervjuene å få et første inntrykk av betydningen av teksten som helhet, og ble deretter gjentatt.</p> <p><i>Den strukturelle analysen</i> er rettet mot oppbygging av teksten for å forklare hva som blir sagt samt søke forklaring av teksten. Det er viktig å være nøktern når en leser teksten og finner hovedtema. Forskerene jobbet tett sammen i denne fasen i å validere meningen i teksten.</p> <p><i>Forfatter diskusjon.</i> I denne fasen blir forskeren`s innledende forståelse og nøktern observasjoner, sammen med formålet med studien, korrelert med funn og tolkning av data vurdert. På dette punktet er det nyttig å tillate andre å foreta en kritisk lesning av teksten for å legge tolkningen i perspektiv og å forstå essensen av materialet. Funnene er formidlet i dagligtalen som reflekterer så tett som mulig hvordan situasjoner oppleves.</p>

<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>I studien skriver forskerne at i arbeidet med å analysere tekstene kan det være nyttig å tillate andre å foreta en kritisk lesning av teksten for å få tolkningen i perspektiv og å forstå essensen av materialet.</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Før intervjuet fikk helsepersonell mer informasjon og signerte et informert samtykke skjema. De ble også gitt anledning til å trekke seg fra intervjuet på ethvert tidspunkt i prosessen uten fordommer.</p> <p>De var sikret anonymitet og konfidensialitet som ville bli respektert i rapporteringen av datamaterialet. Metoden sikret at dataene ikke ville avsløre hvilken informant gav hvilken informasjon.</p> <p>Ricour`s metode håndhever anonymitet ved å vise til alle intervjuene sammen som én kilde. Denne undersøkelsen er koblet til et bredere "paraply"-prosjektet i etikk og som derfor ble akseptert av den Norske regional etisk komité (REK) og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.</p>
<p>HVA ER RESULTATENE?</p> <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene viste at helsepersonell opplever etiske utfordringer i sitt daglige arbeid. Informantene i denne studien fortalte at balansen mellom det ideelle, autonomi og verdighet lot til å være et daglig problem.</p> <p>Personalet mener at de ikke ble sett og hørt i situasjoner der de er uenige med de grunnleggende verdiene i organisasjonen.</p> <p>Omsorg for eldre mennesker representerer åpenbart etiske utfordringer, spesielt i de tilfeller der pasienten lider av demens.</p>

	<p>De omsorgspersonene som var deltakere i denne studien uttrykte frustrasjon og følelse av maktesløshet. At situasjonen går ut over helsen og for noen førte det til utbrenthet.</p>
<p>KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?</p> <p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene av studien er nyttig for å dokumentere hvor liten tid helsepersonell har til pasientenes psykososiale behov på sykehjemmene. At det daglig er etiske dilemmaer og at det er en tendens til at verdigheten til den enkeltes pasient settes på spill.</p>

2. Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia

<p>INNLEDENDE SPØRSMÅL</p> <p>1. Er formålet med studien tydelig?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>x o o</p> <p>Dette er en kvalitativ studie med kvantitativt innslag (statistikk).</p> <p>Formålet med studien er å se på sammenhengen mellom samarbeidsvillighet og engasjement, når aktivitetene er skreddersydd til den enkelte.</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>x o o</p> <p>Det er gjort videoopptak av pasientene for å se på hvordan sammenhengen mellom samarbeidsvillighet og engasjement er når en aktivitet er skreddersydd til den enkelte pasient.</p>
<p>KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?</p> <p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Det var 31 deltakere med i studien. Pasientene ble rekruttert fra fire sykehjem. Inklusjonskriteriene var som følger: snakket engelsk; diagnostisert med demens, en Mini-Mental State Examination skåre på 26 eller mindre.</p> <p>Eventuelle atferdsmessige symptom som uro eller passivitet ved demens (målt etter Cohen-Mansfield skala) ble ansett tilstrekkelig for inkludering i studien.</p> <p>Utvalget skulle gjenspeile en gjennomsnittlig pasient ved sykehjemmet.</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Studien inkluderte bare 31 pasienter i et sykehjem og var derfor ikke sterk nok til å gi generelt bilde av fenomenet.</p>
<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Denne studien baserer seg på sanselig erfaring og bruk av statistikk for å teste en hypotese.</p>

	<p>En svakhet ved studien er at en av de empiriske testene er personlighetstrekk av samarbeidsvillighet som ikke kan testes direkte på personene ettersom de lider av demens, men som ble bestemt ved intervju av personer som kjente utvalgspersonene, altså en indirekte måling av samarbeidsvillighet. Dette kan gi usikkerhet i resultatet.</p> <p>Når individer blir presentert med aktiviteter de egentlig liker og er i stand til å delta aktivt i, kan faktorer som har potensial til å påvirke negativt, slik som forstyrrende atferd eller tendenser til konkurranse eller motvilje, miste sin betydning. Denne informasjonen er viktig fordi beboere på sykehjem som viser atferd som er vanskelig å håndtere, ofte blir ekskludert fra aktiviteter.</p> <p>Et annet problem var å sammenligne dataene i en kovariansanalyse. En måtte transformere datasettet slik at de var sammenlignbare i testen. Spesielt når det gjelder kovariansanalyser kan slike transformerte datasett føre til at en mister kontrollen og variasjonen. Et annet problem er at kovariansene ikke er spesielt sterke, kovariansen er på 0,705, altså kovariansen forklarer ca 70 %, dvs. at det er 30 % av variasjonene som ikke er forklart.</p> <p>Deltakerne kunne maksimalt delta i 20 minutter. De som deltok i maksimal tid kunne ha faktisk deltatt mye lenger hvis de hadde fått mulighet. Derfor var variasjonen i denne måling begrenset.</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Studien viser at det ikke er noen signifikant forskjell på engasjement hos en som er lite samarbeidsvillig kontra en person som er samarbeidsvillig. Datamaterialet er ikke sterkt og begrensningene som er satt, førte til at en ikke fikk signifikant resultat.</p>

<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forskerene ønsker å teste en hypotese om at samarbeidsvillige pasienter er aktivt engasjert, når aktiviteten er skreddersydd til den enkeltes evne og interesse. Studien viser at det ikke er noen signifikant forskjell mellom egenskapene.</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Studien ble godkjent fordi det var bestemt at data skulle aidentifiseres i henhold til gjeldende forskrifter.</p>
<p>HVA ER RESULTATENE?</p> <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Studien viser at det er viktig og skreddersy aktivitetene for å øke engasjementet til pasienten.</p> <p>Personlighet er en faktor som kan ha innvirkning når en skal tilrettelegge aktiviteter, men denne studien viser at det ikke alltid har noen betydning, så lenge aktiviteten er skreddersydd til den enkeltes evne og interesse.</p>
<p>KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?</p> <p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene viser at det er veldig viktig med aktiviteter til personer som lider av demens uavhengig av personlighet.</p>

3. Multisensory environments for leisure promoting well-being in nursing home residents with dementia.

<p>INNLEDENDE SPØRSMÅL</p> <p>1. Er formålet med studien tydelig?</p>	<p>Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Dette to-trinns studiet undersøkte hvor effektive to typer multisensoriske miljøer var i bedre trivselen for eldre personer med demens, sammenlignet med opphold i en vanlig stue. Samt at denne studien inneholder tilbakemeldinger fra omsorgsgivere og besøkende til sykehjemmet. De to multisensoriske miljøene var et miljørom og en sansehage.</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p>	<p>Ja Uklart Nei <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p> <p>Dette er en to-trinns studie, der første delen er kvantitativ og del to er kvalitativ.</p> <p>Dette er hensiktsmessig fordi en vil foreta en statistisk behandling av dataene i første delen av studien. Den andre delen er det benyttet intervju for å få et innblikk i hvordan miljøene påvirket utvalget, derfor er en kvalitativ metode hensiktsmessig her.</p>
<p>KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?</p> <p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Utvalget består av beboere ved Rice Village som lider av demens.</p> <p>Beboere som ikke kunne vise noen respons på innvirkning var ekskludert fra studien. Tjuefire beboere deltok. Tjuetre var kvinner.</p>

<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Denne studien er begrenset på en rekke måter. Det er en enkelt-site studie og selv om det var ganske komplisert og resulterte i et stort antall observasjoner, er den begrenset i generaliserbarhet sin. I tillegg var nesten alle deltakerne kvinner. En begrensning er at ARS hadde ingen kategori for det som kan kalles en nøytral påvirkning, for eksempel sover eller døser.</p>
<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Påvirkninger som ikke var tristhet, angst frykt, eller sinne ble kategorisert som tilfredshet, som kan gi et falskt bilde av en positiv innvirkning</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Hver deltaker opplevde hver av de tre aktivitetene (stue, hage, miljørom) under tre individuelle 16-minutters økter. Det var totalt ni 16-minutters observasjons perioder med hver beboer.</p> <p>Dataanalysene ble gjennomført ved hjelp av statistisk Package for Social Sciences versjon 8. Fordi dette var et ikke-tilfeldig utvalg, og dataene ikke ble normalfordelt, ble ikke-parametriske statistikk brukt. I analysene ble tilfeller med manglende data ekskludert fra individuelle tester.</p> <p>Avskrifter av de kvalitative data ble systematisk manuelt sortert og klassifisert til temaer og mønstre. Kodingsmetoder av Neumans ble fulgt. For å kvalitetssikre gyldigheten av dataene analyserte to forskere uavhengig av hverandre materialet.</p>
<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Forskerene ville undersøke hvilken effekt en sansehage og et miljørom har på trivselen til personer som lider av demens kontra vanlig stue. Forskerene fant at effekten av en-til-en kontakten var mykje større, en hvilket rom pasienten befant seg i.</p>

<p>8. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Alle pasientene hadde med seg en sykepleier når de var i sansehagen, miljørommet eller i stuen. Ingen av pasientene var i rommene mot sin vilje.</p> <p>Pasienten var i hvert av disse rommene maks 16 minutter i alt 9 ganger. Pasientene var bare observert en gang per dag, mellom kl 10.00-15.00, for å ta hensyn til lunchtiden til beboerne. Det var de 6 besøkende og de 6 sykepleierene som ble intervjuet. De meldte seg frivillig med i prosjektet. Ingen etiske forhold utover dette er vurdert.</p>
<p>HVA ER RESULTATENE?</p> <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>I den kvantitative delen fant forskerene en signifikant forskjell mellom de tre ulike miljøene. Signifikant mer tristhet var opplevd i stuen sammenlignet med sansehagen og miljørommet.</p> <p>Hovedfunnet er at trivselen hos pasientene øker ved en-til-en kontakt uavhengig av om en befinner seg i sansehagen, miljørommet eller i stuen.</p>
<p>KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?</p> <p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene viser at det kan være viktig å se på romfasilitetene på sykehjemmet. Sanseshage og miljørom kan tilføre pasientene forbedret velvære i hverdagen.</p>

4. `Patients participation`in everyday activities in special care units for persons with dementia in Norwegian nursing homes.

<p>INNLEDENDE SPØRSMÅL</p> <p>1. Er formålet med studien tydelig?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>x o o</p> <p>Hensikten med studien var å se på pasient medvirkning for en person som lider av demens og som bor på sykehjem.</p>
<p>2. Er en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig?</p>	<p>Ja Uklart Nei</p> <p>x o o</p> <p>Grunnleggende teori ble brukt. Data ble samlet in fra obsevasjoner og fra intervju. Det er hensiktsmessig å bruke kvalitativ metode i denne studien fordi en vil se på sosiale interaksjoner på et sykehejm.</p>
<p>KAN DU STOLE PÅ RESULTATENE?</p> <p>3. Er det tilfredsstillende beskrevet hvordan og hvorfor utvalget ble valgt?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Før studien startet ble sjefen for hvert av de tre sykehjemmene kontaktet for å gi muntlig og skriftlig informasjon til pasientene, pårørende og sykepleierene. De ble forespurt deltakelse i prosjektet.</p> <p>Pasienter og helsepersonell som var involvert i den daglige omsorg for pasienter som lider av demens var med i studien. Pasientene deltok aktivt eller passivt, avhengig av hvilken grad av demens de led av. Å delta aktivt betyr at en blir observert i dagligstuen og på eget rom samt at en deltok i en påfølgende samtale. De måtte ha fast plass på sykehjemmet, mild til moderat grad av demens, kunne gi informert samtykke og snakket norsk. 10 beboere infridde disse kravene og ble bedt om å delta. 2 av disse ville ikke bli observert i sitt private rom og de resterende 8 var alle damer. Å ha en passiv deltakelse betyde å bli observert i dagligstuen, å ikke kunne gi informert samtykke og lide av demens</p>

	<p>Inklusjonskriteriene for personalet var at de jobbet ved avdelingen i det tidsrommet studien foregikk. 30 fra personalet innfridde disse kravene og ble spurt om å delta, alle aksepterte.</p>
<p>4. Var datainnsamlingen tilstrekkelig for å gi et helhetlig bilde av fenomenet?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Ettersom pasientmedvirkning er komplekst å studere og at pasientene i denne studien lider av demens i tillegg, øker denne studiens kompleksitet ble det brukt mer enn en forskningsstrategi i denne studien for å gjøre den mer gyldig.</p>
<p>5. Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>At forskere er tilstede ved observasjonene kan innvirke på resultatene. Forskerene var også bevist sin forutinntatthet om tema ved gjennomføringen av studien. Samt at forskerene samarbeidet tett for å styrke gyldigheten av funnene i studien.</p>
<p>6. Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Datainnsamling og dataanalyse ble utført fortløpende, men den blir beskrevet i etapper. Dataene ble gransket, satt i sammenheng og kodet. Kodene ble sammenlignet og gruppert i kategorier og underkategorier. I prosessen med selektiv koding, ble hver kategori fortettet, kjerne kategorien dukket opp, og den begrepsmessige modellen ble videreutviklet. Under hele prosessen ble notater med tanker, ideer, refleksjoner og foreløpige forbindelser skrevet ned og diskutert i forskerteamet.</p>

<p>7. Er det blitt gjort forsøk på å underbygge data (funnene)?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Åpen observasjon kan være et problem som forskeren kan påvirke informantene oppførsel. Imidlertid var skjult observasjon ikke noe alternativ for forskerne for etiske grunner. De fleste samtaler med beboerne ble gjentatt etter noen dager, som viser at innholdet i den første samtalen ofte ble gjentatt i den andre.</p> <p>Dette indikerer at problemene personene brakte opp var av varig betydning for dem, noe som styrker validiteten. Noen ganger var det et avvik mellom hva som ble sagt i samtalen og hva som ble observert i praksis, spesielt når det gjelder helsepersonell. Dette er en realitet i tråd med Hendersons erfaringer fra uoverenstemmelse mellom sykepleieres profesjonelle holdninger og praksis, dette gir ytterligere argumenter for en kombinasjon av observasjoner og intervjuer i kvalitative studier.</p>
<p>8. Er etiske forhold vurdert?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Denne studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjenester, regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og det norske helsedirektoratet. Forskning om personer med demens innebærer flere etiske utfordringer. Tre elementer var spesielt vurdert: informert samtykke, konsekvenser og konfidensialitet.</p>

<p>HVA ER RESULTATENE?</p> <p>8. Kommer det klart fram hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>Funnene viste at 'pasient medvirkning' er et spørsmål om tilstedeværelse ". Beskrevet som "tilstedeværelse av helsepersonell" og "tilstedeværelse av pasientene", var dette sterkt knyttet til pasient medvirkning og til hverandre.</p> <p>Tilstedeværelse av helsepersonell inbefattet å "være det i kroppen", "å være det i tankene "og" å være det i moral". Tilstedeværelse av pasientene omfattet "evne og ønske" og "tilpasning til en ny situasjon".</p> <p>Helsepersonellens nærvær hadde en enorm innvirkning på pasientenes evne og ønsker til å delta aktivt. Pasientens tilstedeværelse hadde en innvirkning på personalets tilstedeværelse også, men i mindre grad.</p> <p>I tillegg fant en at organisatoriske forhold vedrørende ledelse, mengden av helsepersonell og rutiner, samt boligforhold som arkitektur og fellesovernatting, kan stimulere eller hindre muligheten, forekomsten og omfanget av pasientens medvirkning.</p>
<p>KAN RESULTATENE BRUKES I MIN PRAKSIS?</p> <p>9. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?</p>	<p>Kommentar:</p> <p>De forteller at det er viktig for helsepersonell å være tilstede fysisk, psykisk og moralsk for pasientene, fordi det fremmer pasientmedvirkning og pasientmedvirkning gir økt velvære.</p>

