



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BFY330-O-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BFY330 1 O 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	356
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7927
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *: Ja

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	13
Andre medlemmer i gruppen:	339

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Helsefremmende og forebyggende arbeid for personer med demens på sykehjem.

Health-promoting and preventiv work for people living with dementia in nursing homes.

Kandidatnummer: 356 og 339

Bachelorprogram i fysioterapi

Fakultet for helse- og sosialfag, institutt for helse og funksjon

Innleveringsdato: 14.05.21

Ord: 7927

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Forord:

Vi ønsker å takke alle som har hjulpet oss og bidratt slik at vi har kunnet skrive denne oppgaven.

Mormor

Demens er en kronisk tilstand,
som gir redusert funksjon og livskvalitet. Men
for alt jeg vet kan du leve i et eventyrland,
med mye glede og positivitet.

Du lyser opp hver gang jeg kommer,
og gir meg en varm og god klem.
Selv om du iblant på våre navn bommer,
vet du egentlig hvem som er hvem.

Du sitter der i dine egne tanker,
nettopp våknet fra en liten hvil.
Ingen vet hvor du egentlig vanker,
med glimt i øyet og et skjevt smil.

Kanskje tenker du på barndommen,
på hjemmet, søsken og venninner.
Eller kanskje du lengter etter brudgommen,
som ditt hjerte vinner.

Det er så mye du har lyst å fortelle,
så mye du har lyst og spør om.
Men dine egne ord du må svelge,
og at jeg forstår jeg later som.

Du blir blank i øynene og tårene renner,
i det du rekker din hånd mot min.
Din varme og trygghet jeg kjenner,
mens tårer blir til bekker langs dine kinn.

Du føler deg nok sikkert litt alene,
forlatt i et tomt og ensomt rom.
Skulle ønske at du med din kjære kunne
gjenforene,
at han en siste gang kom innom.

Du glemmer fort at jeg på besøk har vært, og
at du alt har middag spist.
Du glemmer det du på skolen har lært, og mye
annet du en gang har visst.

Men dine nærmeste du glemmer ei,
det er noe vi forstår.
Du er som regel alltid snill og grei,
til tross for alt du gjennomgår.

Det er ikke sykdommen som deg definerer,
den sier ingenting om hvem du egentlig er.
Jeg vet at du en plass der inne deg befinner,
og at du alltid vil være oss nær.

For meg vil du alltid være den samme,
trygge, gode, snille mormor.
Jeg er lei meg for at sykdommen deg måtte
ramme, og min takknemlighet for deg er evig
stor.

- Kandidatnummer 356

Sammendrag

Tittel: Helsefremmende og forebyggende arbeid for personer med demens på sykehjem

Problemstilling: *Hvordan erfarer fysioterapeuter arbeidet med å fremme helse og forebygge tap av funksjon hos personer med demens på sykehjem?"*

Metode: For å svare på problemstillingen har vi benyttet kvalitativt semistrukturert intervju som metode. Vi intervjuet tre fysioterapeuter som alle har klinisk erfaring med personer med demens på sykehjem. For å analyse dataene brukte vi Malteruds 4-trinns analysemodell.

Resultat/Diskusjon: Informantene arbeider hovedsakelig rehabiliterende med denne pasientgruppen. Dette skyldes prioriteringer og organisering av fysioterapitjenesten, samt en pasientgruppe som er mer sårbar og skrøpeligere enn tidligere. På bakgrunn av dette har de funnet andre måter å bidra på. De har imidlertid tidligere positive erfaringer med gruppetrening som tiltak for å stimulere til sosialt samvær, glede og fallforebygging. De opplever derimot dette noe mer krevende nå blant annet grunnet vansker med å forsvare ressursbruk. Samtlige erfarer at økt tverrfaglig arbeid, tilstedeværelse og kunnskapsutveksling kan være faktorer som styrker det helsefremmende og forebyggende arbeidet.

Konklusjon: Gjennom intervjuene har vi sett at fysioterapeutene i liten grad jobber helsefremmende og forebyggende gjennom direkte fysisk aktivitet på sykehjem i dag, blant annet grunnet ressurser og organisering av tjenesten. Arbeidet oppleves krevende av flere årsaker, blant annet en sårbar pasientgruppe. De opplever likevel at fysioterapeuter kan ha en viktig rolle i dette arbeidet. Jamfør våre informanter trengs det tydeligere definisjon av denne rollen, samt en omfordeling eller økning av ressurser.

Abstract

Title: Health-promotion and preventive work for people with dementia living in nursing homes

Research question: “How does physiotherapist experience working with health-promotion and preventing loss of function for people with dementia living in nursing homes?”

Method: To answer the question we used a semi-structured qualitative interview as method. We interviewed three physiotherapists who had experience working with this patient group in nursing homes. In the analysis we used the Malterud 4-step analysis model.

Results: The informants mainly had a rehabilitative approach to this patient group due to priorities and organization of the physiotherapy service, as well as a patients group who are more vulnerable and frail than before. Despite this they have found other ways to contribute. However, they have previous positive experiences with group training as an intervention to stimulate social gatherings, joy and fall prevention. This is on the other hand more demanding now partly due to difficulties in defending the use of resources. They believe that increased interdisciplinary work, presence and exchange of knowledge can be factors that strengthen health-promoting and preventive work.

Conclusion: The physiotherapists work to a small extent health-promoting and preventive with this patient group, due to lack of resources and organization of the service among other things. The work is experienced as demanding for several reasons, including a vulnerable group of patients. However, they experience that physiotherapists can play an important role and that a clearer definition of this role is needed, as well as a redistribution or increase of resources.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	6
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	6
1.2 <i>Konkretisering og problemstilling</i>	6
2.0 Teori.....	8
2.1 <i>Demens</i>	8
2.1.1 <i>Utfordringer ved demens</i>	8
2.1.2 <i>Demografisk utvikling</i>	9
2.2 <i>Helsefremmende og forebyggende arbeid</i>	9
2.2.1 <i>Begrepsavklaringer</i>	9
2.2.2 <i>Betydningen av fysisk aktivitet for personer med demens</i>	10
2.2.3 <i>Selvstendighet</i>	11
2.2.4 <i>Fysioterapeutens rolle</i>	12
2.3 <i>Politiske aspekter og lovverk</i>	12
2.3.1 <i>Demensplan 2025</i>	12
2.3.2 <i>Leve hele livet</i>	13
2.3.3 <i>Lovverk</i>	13
3.0 Metode	14
3.1 <i>Valg av metode</i>	14
3.1.1 <i>Utvalg av intervjupersoner</i>	14
3.2 <i>Gjennomføring</i>	14
3.2.1 <i>Forberedelse og gjennomføring av intervju</i>	14
3.2.2 <i>Bearbeiding av materiale</i>	15
3.3 <i>Etiske vurderinger</i>	16
3.4 <i>Metodedrøfting</i>	17
3.4.1 <i>Gjennomføring</i>	17
3.4.2 <i>Valg av intervjupersoner</i>	17
3.4.3 <i>Bakgrunn og forforståelse</i>	17
4.0 Resultat og diskusjon	19
4.1 <i>Presentasjon av intervjupersoner</i>	19
4.2 <i>Fysioterapi på sykehjem</i>	19
4.2.1 <i>Dagens fysioterapitilbud</i>	19
4.2.2 <i>Prioriteringer, ressurser og organisering</i>	21
4.2.3 <i>Tilstedeværelse på sykehjem</i>	22
4.3 <i>Personer med demens på sykehjem som pasientgruppe</i>	23
4.3.1 <i>Dagens sykehjemsbeoer</i>	23
4.3.2 <i>Motivasjon og tilnærming</i>	25
4.4 <i>Samarbeid med annet helsepersonell</i>	25
4.4.1 <i>Tverrfaglighet</i>	25
4.4.2 <i>Kunnskapsutveksling</i>	26

4.5 Gruppetrening som forebyggende og helsefremmende tiltak	27
4.5.1 Forutsetning for tilrettelegging av gruppetrening	27
4.5.2 Forebyggende- og helsefremmende effekter ved gruppetrening	28
5.0 Konklusjon.....	31
6.0 Litteraturliste:.....	32
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.....	38
Vedlegg 2: Intervjuguider.....	41
Vedlegg 3: Transkripsjon av intervjuene	44
Tabell 1: 3.1 Systematisk tekstkondensering i fire trinn	16

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi ønsker å ta for oss temaet «helsefremmende og forebyggende arbeid for personer med demens på sykehjem». Noe av bakgrunnen for valg av temaet er at vi begge har personlig erfaring med sviktende tilbud for denne pasientgruppen. Vi har blant annet erfaring fra arbeidsforhold ved sykehjem, og har i den forbindelse opplevd at personer med demens ofte blir passivisert for å spare tid. Vi har også samme erfaring fra et pårørendes ståsted, med nære familiemedlemmer med demensdiagnoser som har vært beboere på sykehjem. I tillegg har vi erfaringer fra praksisperioder på fysioterapiutdanningen som tilsier at denne pasientgruppen fort kan bli glemt og nedprioritert. Til tross for våre erfaringer ser vi at Helsedirektoratet (2019a) har tydelige retningslinjer som tilsier at kommunale virksomheter, herunder sykehjem, skal tilrettelegge og motivere til daglig fysisk aktivitet blant brukerne av helse- og omsorgstjenestene. Vi har altså en personlig erfaring som strider imot det retningslinjene tilsier, og vi ønsker derfor å undersøke dagens situasjon.

Andelen eldre og mennesker som lever med demens er óg forventet å øke betydelig de kommende årene (GjØra et al., 2020, s. 5-7), og dermed syns vi temaet også er aktuelt på samfunnsnivå. På bakgrunn av denne utviklingen pågår det store satsninger og tiltak for å sikre at flest mulig kan bo hjemme lengst mulig selv med demensdiagnosen (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 21-22). Til tross for at dette er viktige satsningsområder er det mange som lever med demens som ikke har mulighet til å bo hjemme av ulike grunner, og vi mener at også disse bør få et fullverdig og godt tilbud.

1.2 Konkretisering og problemstilling

Det overordnede temaet i oppgaven er helsefremmende og forebyggende arbeid for personer med demens på sykehjem. Vi har valgt å konkretisere tematikken til fysioterapeuters rolle og erfaringer, og ønsker hovedsakelig å fokusere på personer med demens med langtids plass.

Formålet med oppgaven er å få innsikt i fysioterapeuters erfaringer fra arbeidet med å fremme helse og forebygge funksjonstap blant personer med demens på sykehjem i Norge i dag. Det finnes forskning som ser på effekten av ulike tiltak, men lite som går på hvordan fysioterapeutene erfarer arbeidet. Vi ønsker å belyse både hva som skal til for at dette arbeidet skal fungere, samt hvilke utfordringer som kan oppstå. Vi håper at informasjonen kan bidra til å motivere til videre arbeid på feltet, samt sikre at denne pasientgruppen får en verdig tid som beboere på sykehjem. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til problemstillingen:

«Hvordan erfarer fysioterapeuter arbeidet med å fremme helse og forebygge tap av funksjon hos personer med demens på sykehjem?»

Vi ønsker å se på funksjon gjennom et ICF-perspektiv. I besvarelsen vil vi begynne med å presentere teori som belyser temaet. Deretter skal vi beskrive gjennomføring av metode, og drøfte denne. Videre vil vi presentere resultat, og drøfte disse i lys av nevnt teori, før vi så kommer med en konklusjon.

2.0 Teori

2.1 Demens

«Demens er ikke en enkeltsykdom, men et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen» (Helsedirektoratet, 2019b). Et symptom som alltid er til stede er redusert hukommelse, og det må ha oppstått grunnet organisk sykdom i hjernen (Engedal et al., 2018, s. 18). Symptomene er kroniske og påvirker personens evne til utføre dagliglivets aktiviteter. Måten de kommer til syne påvirkes av blant annet type demens, samt lokalisasjon i hjernen (Engedal et al., 2018, s. 18-20). Den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom, som utgjør omtrent 60% av alle tilfellene (Engedal et al., 2018, s. 24). Alzheimers demens er en form for degenerativ demens, der man ser anatomiske endringer i hjernen som videre medfører kognitive og motoriske symptomer (Engedal et al., 2018, s.19 & s.61). Den nest vanligste formen er vaskulær demens, som er en samlebetegnelse for ulike vaskulære årsaker som forårsaker demens (Engedal & Brækhus, 2018, s.14).

2.1.1 Utfordringer ved demens

«Personer som rammes av demens, får gradvis vansker med å anvende innlærte ferdigheter eller å mestre dagliglivets funksjoner» (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 124). Symptombildet kan preges av språkvansker, redusert dømmekraft og endring av andre kognitive funksjoner (Aldring og Helse, u.å.). Evnen til å kommunisere vil påvirkes, og den ikke-verbale kommunikasjonen blir svært viktig (Oddy, 2013, s. 45-51). Det påpekes videre at stemmebruk, kroppsspråk og visuelle signaler må brukes bevisst i kommunikasjon med personer med demens. Ved en demenstilstand kan man også få vansker med å uttrykke følelser, og det kan være utfordrende å oppfatte signal på blant annet gjensynsglede og utbytte av sosialt samvær (Engedal et al., 2018, s. 325). Engedal et al. (2018, s. 329) skriver at «om man i utgangspunktet oppfatter at stimulering og beskjeftigelse ikke har noen verdi fordi demensutviklingen er kommet for langt, kan det resultere i at personer med alvorlig demens utelukkes fra aktivitet og tilbud som har betydning for trivsel og velvære». Også selvbildet og opplevelsen av egenverd kan endre seg hos personer med demens, da man kan gå fra å ha et likeverdig forhold til andre, til å bli oppfattet og behandlet som skrøpelig og hjelpetrengende (Engedal et al., 2018, s.56).

Motoriske funksjoner påvirkes også, og man kan ofte tidlig se endringer i gangfunksjon (Engedal et al., 2018, s. 42-43). De vil samtidig være utsatt for å falle, og forekomsten av fall er tre ganger så høy på sykehjem sammenlignet med hjemmeboende (Helbostad et al., 2016, s. 125-126). Et fall kan få store helsemessige konsekvenser og medføre varig reduksjon av fysisk funksjon, samt øke sannsynligheten for å falle igjen (Helbostad et al., 2016, s. 35 & 180).

2.1.2 Demografisk utvikling

Det er estimert at det i dag er i overkant av 101 000 mennesker som lever med demens i Norge (Aldring og Helse, 2020). Det forventes at dette antallet vil øke kraftig de kommende årene, og at man vil se en dobling innen 2050 (Gjøra et al., 2020, s.5). Til tross for denne økningen, samt økende andel eldre, kan man se at antallet sykehjems plasser reduseres årlig (Statistisk sentralbyrå, 2020). I 2019 var det om lag 40 000 sykehjems plasser i Norge, og omtrent 32 000 av disse er langtids plasser (Statistisk sentralbyrå, 2020). Man anslår at over 80% av alle beboere på sykehjem med langtids plass har en form for demensdiagnose (Folkehelseinstituttet, 2021), som tilsvarer cirka 26 000 personer. Gjennomsnittlig botid på langtidsavdelingene på sykehjem er omtrent 2 år, men det er store variasjoner (Kjelvik & Jønsberg, 2017, s.1).

2.2 Helsefremmende og forebyggende arbeid

2.2.1 Begrepsavklaringer

Begrepene helsefremming- og forebygging er sentrale i denne oppgaven. «Forebyggende arbeid er særlig rettet mot enkeltindivider eller grupper der risikofaktorer for å pådra seg helseskader eller sykdom er kjent» (Djupvik, 2000, s. 19). Naidoo og Wills (2016, s. 76) deler inn i primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging skjer før sykdomsdebut og sekundærforebygging går på tidlig diagnostisering og unngå utvikling av sykdom. Tertiærforebygging handler om å forebygge videre utvikling av sykdom, samt direkte og indirekte følgeskader. Fysisk aktivitet kan fungere som forebyggende tiltak for å hindre at personer med demens får en ytterligere funksjonsnedsettelse (Bahr, 2009, s. 266-267).

Helsefremmende arbeid kan defineres som «tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og muligheter til å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for, samt å redusere sannsynligheten for utvikling av risikofaktorer for sykdom» (Braut, 2018).

Eksempler på helsefremmende tiltak for eldre er fysisk aktivitet, kulturelt og sosialt samvær (Sudmann, 2017, s. 2). Med vår pasientgruppe ser vi ikke på helsefremming som et tiltak for å forhindre sykdom, men for å fremme helse og livskvalitet. For å forstå definisjonen, bør man også ha et klart bilde på hva helse og livskvalitet er.

«Livskvalitet handler om det som gir livet verdi og mening» (Barstad, 2016, s. 6), og faktorer som helse, mestring, selvutvikling, autonomi og fravær av (unødig) lidelse kan spille inn på opplevelsen av livskvalitet (Barstad, 2016, s.107). En definisjon av helse er: «en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom og lyter» (Braut, 2020). Med denne definisjonen ser vi på helse i et biopsykososialt-perspektiv, som også danner grunnlag for ICF-modellen fysioterapeuter bruker for å beskrive funksjon (Pran, 2007). ICF-modellen beskriver funksjon gjennom domeneene aktivitet, deltagelse, kroppsfunksjoner og -strukturer, sett i sammenheng med miljø- og personlige faktorer.

2.2.2 Betydningen av fysisk aktivitet for personer med demens

En måte å forebygge funksjonsfall og fremme helse er gjennom trening og fysisk aktivitet. En systematisk oversikt finner lovende holdepunkt for at fysisk aktivitet og trening blant sykehjemsbeboere med demens kan knyttes til god helse og velvære, men understreker at det trengs mer og bedre forskning på området (Brett et al., 2016). Flere av de inkluderte studiene så at trening kunne bedre mobilitet og fysisk funksjon. En studie gjennomført av Telenius et al. i 2015 så på effekten av høyintensiv funksjonell trening, ledet av fysioterapeuter, blant personer med demens på sykehjem i Norge. Studien konkluderte med at treningsprogrammet ga bedre balanse og muskelstyrke, samt reduserte agitasjon.

Oppsummert forskning som undersøker fallforebygging hos eldre personer på sykehus og sykehjem finner at trening alene ikke reduserer fallforekomsten i institusjonene (Berry & Kiel, 2020). De finner derimot at trening sammen med miljøtilpasning, opplæring av personale og medikamentelle tilpasninger kan redusere fall hos sykehjemsbeboere. Det må

likevel påpekes at i studien undersøkes ikke personer med demens spesifikt, men som tidligere nevnt beregnes det at 80% av sykehjemsbeboere har en demensdiagnose, og en kan derfor anta at resultatene kan ha et visst overføringspotensial.

Bevegelse er også et grunnleggende menneskelig og fysiologisk behov og kan gi velvære (Helbostad et al., 2016, s.191). Engedal et al. (2018, s.297) understreker at aktivitet kan bidra til meningsfulle hverdager, men at mange institusjonsbeboere dessverre blir sittende passive. Organisert fysisk aktivitet med andre har viktige sosiale aspekter, da fellesskap gir positive effekter som følelse av tilhørighet og inklusjon (Engedal et al., 2018, s. 323). I tillegg kan det ha positive effekter på humør, særlig hos personer med samtidig demens og depresjon (Oddy, 2013, s.9).

2.2.3 Selvstendighet

ADL står for «aktiviteter i dagliglivet», og omfatter meningsfulle handlinger mennesker utfører på ulike livsområder (ADL, 2020). Oppsummert forskning finner holdepunkt for at nedsatt fysisk funksjon og hjelpebehov ved ADL, som kan være vanlige problemstillinger ved demens, er forbundet med økt fallrisiko (Olsen et al., 2017, s. 17-20). Det er også studier som viser at selvstendighet i ADL kan assosieres med bedre livskvalitet for personer med demens (Telenius et al., 2017, s. 11). En systematisk oversikt av Forbes et al. (2015) viser at systematisk trening for personer med demens kan ha positive effekter på selvstendighet i ADL, men man må ta i betraktning at inkluderte studier har lav kvalitet. Andre studier gjort på sykehjem finner at systematisk trening kan medføre en signifikant tregere nedgang i ADL-score (Press & Alexander, 2019).

Engedal et al. (2018, s. 50) viser til undersøkelser der de har spurt personer med demens om hvordan de opplever å ha en demenssykdom, og hvilke ønsker de har når det kommer til aktivitet og tiltak. Her fremkommer det at flere mente at familie og hjelpeapparat kunne sette unødvendige begrensninger på dem, som igjen kunne begrense friheten og mulighet til å gjøre det man fortsatt klarte på egenhånd. Engedal et al. (2018, s.54) skriver videre at «en alvorlig demenssykdom utelukker ikke at en kan bli såret og føle seg plaget av å ikke fungere som tidligere».

2.2.4 Fysioterapeutens rolle

Ikke-medikamentelle tiltak er en viktig del av demensbehandlingen der hensikten er å hjelpe dem å leve et så godt liv som mulig, samt opprettholde et godt funksjonsnivå (Wyller, 2020, s.293). Fysioterapeuters kunnskapsfelt er kropp, bevegelse og funksjon, og de jobber for å fremme god helse, samt forebygge og behandle skader som kan føre til funksjonsnedsettelse (Norsk fysioterapiforbund (NFF), u.å.). NFF mener at fysioterapeuter har kompetanse som kan sørge for at beboerne ved sykehjem får utviklet sitt fulle funksjonspotensiale i dagligdags situasjoner. De påpeker at man må ha en mer forebyggende og aktiv tilnærming om man skal lykkes med å omstille seg fra en "passiv omsorg", noe som vil kreve økt tverrfaglighet (Norsk fysioterapiforbund, 2018, s. 8).

Til tross for befolkningsøkning de siste årene, har det ikke skjedd en tilsvarende økning i fysioterapiårverk (Norsk fysioterapiforbund, 2020). Fysioterapidekningen på sykehjem er også betraktelig mindre nå enn for 20 år siden, da det tidligere var øremerkede stillinger til nettopp dette (Helbostad et al., 2016, s. 191). En studie gjort av Livingstone et al. (2019) påpeker at tilstedeværelse av fysioterapeuter kan være assosiert med bedre kvalitet i tjenesten for de med langtidsopphold på sykehjem.

2.3 Politiske aspekter og lovverk

2.3.1 Demensplan 2025

Regjeringen la i 2020 frem en tredje demensplan, «Demensplan 2025», med mål om et mer demensvennlig samfunn. En erfaring fra de tidligere demensplanene er at det er manglende aktivitet i hverdagen blant beboere på sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 6). I demensplan 2025 er det lagt vekt på fire satsningsområder: Medbestemmelse og deltakelse, forebygging og folkehelse, gode og sammenhengende tjeneste, samt planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). Noen av de sentrale tiltakene i den nye planen er blant annet å stimulere til utvikling av varierte og tilpassede aktivitetstilbud, fortsette arbeidet for å forebygge fall for eldre, sørge for en systematisk oppfølging etter diagnosen er satt og utarbeide en veiviser for gode pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 10-11).

2.3.2 Leve hele livet

I 2018 kom Regjeringen med kvalitetsreformen «Leve hele livet», som skal tilrettelegge de eldres helse- og omsorgstjeneste, slik at de får et godt liv - hele livet. Reformen skisserer utfordringene med at det til tross for god dokumentasjon på forebyggende effekter ved regelmessig fysisk aktivitet og god ernæring, ikke blir systematisk tatt i bruk på institusjonene for å sikre at egenfunksjon og helse blir opprettholdt lengst mulig (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 123-124). Reformen belyser gapet mellom kunnskap og praksis, med at kommunen tradisjonelt sett har satt inn tiltak som kompenserer for tapt funksjon, men at slike løsninger er midlertidig og sjelden bidrar til å fremme selvstendighet og mestring. Disse utfordringene ønsker regjeringen å redusere. For å blant annet øke mestring og livskvalitet, samt forhindre funksjonsfall, har de kommet frem til disse løsningene i reformen: Hverdagsmestring, proaktive tjenester, målrettet bruk av fysisk trening, miljøbehandling og systematisk kartlegging og oppfølging (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 121-123).

2.3.3 Lovverk

Det finnes flere lover og forskrifter som skal ivareta sykehjemsbeboeres rettigheter i Norge. Vi har blant annet en egen lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som pålegger kommunene å drive helsefremmende og forebyggende arbeid i sine tjenester (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3). Verdighetsgarantiforskriften (2010, §1) skal sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Forskriften for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie beskriver institusjonens utforming, beboeres rettigheter og krav på tilgang til tjenester. I denne forskriften står det blant annet at boformen skal gi heldøgns opphold og være knyttet til organisert legetjeneste, fysioterapitjeneste og sykepleietjeneste (Forskrift for sykehjem m.v., 2013, §2-1).

3.0 Metode

3.1 Valg av metode

Formålet med prosjektet vårt er å undersøke hvordan fysioterapeuter erfarer å arbeide helsefremmende og forebyggende med personer med demens på sykehjem. For å besvare problemstillingen har vi derfor brukt kvalitativ metode, da denne metoden egner seg for å fange opp og undersøke tanker, erfaringer og opplevelser (Malterud, 2017, s. 31). Vi har samlet inn empiriske data gjennom tre individuelle semistrukturerte intervju, der vi har benyttet intervjuguide. Vi har valgt å gjøre enkeltintervju da dette gir rom for åpenhet og betenkning slik at informantene får tid og trygghet til å hente frem erfaringer (Malterud, 2017, s. 133). Med semistrukturerte intervju kan vi som intervjuer fastholde fokus, mens den som intervjues kan assosiere fritt og derfra sammen spille videre og komme inn på nye områder (Bjørnlund & Sjöberg, 2017, s. 110).

3.1.1 Utvalg av intervjupersoner

Antallet informanter ble begrenset til tre grunnet oppgavens omfang. I forarbeidet til oppgaven fikk vi inntrykk av at dette er et felt der få fysioterapeuter har mye klinisk erfaring. På bakgrunn av dette bestemte vi oss for å gjøre et strategisk utvalg, som er et utvalg av informanter satt sammen med mål om å skaffe materiale som best mulig kan belyse vår problemstilling (Malterud, 2017, s. 58). En viktig kvalifikasjon vi så etter var mye klinisk erfaring fra systematisk arbeid med personer med demens på sykehjem. Vi fant aktuelle informanter gjennom veiledning og internettsøk.

3.2 Gjennomføring

3.2.1 Forberedelse og gjennomføring av intervju

Alle intervjuobjektene ble kontaktet via e-post, der de også fikk tilsendt informasjonsskriv og skjema for informert samtykke (vedlegg 1). Etter dette var signert, avtalte vi tidspunkt for intervju og inviterte til Zoom-møte. Alle intervjuene tok utgangspunkt i intervjuguider (vedlegg 2), som vi tilpasset noe til hver informant. I forkant av intervjuene fordelte vi spørsmålene fra intervjuguiden, samt hvem som hadde ansvar for innledende samtale og lydopptak. Vi forsøkte å notere ned stikkord med tema vi ønsket belyst, fremfor lange,

konkrete spørsmål, som kan øke sannsynligheten for å spontane og uventede svar (Dalland, 2020, s. 83).

Intervjuene måtte gjennomføres digitalt grunnet den pågående Covid-19 pandemien. Intervjuet med informant 1 ble gjennomført på Zoom, der både vi og informanten benyttet videofunksjon. Vi satt i opplyste omgivelser, og så hverandre godt. Med informant 2 og 3 ble vi nødt til å intervjuer over telefon grunnet tekniske problemer hos informantene. Alle intervjuene varte om lag 40 minutter, og det var ingen forstyrrelser eller andre tekniske problemer underveis. Vi tok lydopptak av alle intervjuene.

3.2.2 Bearbeiding av materiale

Vi transkriberte lydopptakene til skriftlige format rett etter hvert intervju. I denne prosessen valgte vi å transkribere ord for ord, inkludert pausefyll som «mhm» og liknende. Vi forsøkte også etter beste evne å legge til korte beskrivelser angående måten ting ble sagt på (fortvilet, tenkepause etc.), samt understreke det som informantene la trykk på i sine svar. Dette kan gjøres for å være mest mulig lojal overfor det opprinnelige meningsinnholdet i materialet, og få frem informantens meninger og erfaringer slik de ble formidlet (Malterud, 2017, s. 77). Vi anså dette som passende da vi undersøker erfaringer. Deretter gikk vi gjennom dokumentene og gjorde endringer for å bevare anonymisering. Anonymiseringen innebar å endre dialektord til bokmål, samt koding av gjenkjennbare stedsnavn, arbeidsplasser og identifiserende prosjektarbeid.

For å analysere datamateriale benyttet vi Malteruds systematiske tekstkondensering i fire trinn. Dette er en tematisk tvérrgående analyse av kvalitative data som skal åpne opp for at personer uten erfaring skal kunne analysere data på en systematisk og overkommelig måte (Malterud, 2017, s. 97). Trinn 1 går ut på å danne seg et helhetsinntrykk, og dette gjorde vi hver for oss ved å lese gjennom alt materiale 3 ganger. Videre jobbet vi sammen gjennom analyseprosessen, som er en fordel for å få med flere detaljer og skape analyse med flere nyanser (Malterud, 2017, s.100). Vi analyserte dataene fra de første to intervjuene før vi hadde gjennomført det tredje intervjuet for å danne oss et bilde av hva vi trengte mer

utfyllende informasjon om. Deretter gjennomførte og analyserte vi det siste intervjuet. I tabell 3.1 har vi beskrevet de fire analysetrinnene i henhold til Malterud.

Tabell 1: 3.1 Systematisk tekstkondensering i fire trinn

Analyse-trinn	Beskrivelse	Eksempel fra vår oppgave
1.	Foreløpige tema (5-8 stk.) identifiseres ved første gjennomlesing	Demens
2.	Foreløpige temaer danner grunnlag for forhandlinger om koder , og brukes som grunnlag for sortering av meningsbærende enheter i kodegrupper . Kodene justeres og defineres i kodeprosessen.	Pasienter med demens som pasientgruppe
3.	Hver kode deles inn i subgrupper (2-3 stk.) som synliggjør ulike fasetter av innholdet i kodegruppen som virkemiddel for abstrahering ved hjelp av kondensat.	Motivasjon og tilnærming Dagens sykehjemsbeboer
4.	Kategorier (3-5 stk.) utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av kodegruppene med utgangspunkt i kondensatene fra subgruppen. Dette danner grunnlag for underavsnittene i resultatdelen.	Personer med demens på sykehjem som pasientgruppe

Figurtekst: Tabellen er hentet fra boken Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (2017) av Malterud, s. 112. Vi har tilført en egen kolonne med eksempel fra vår analyse.

3.3 Ethiske vurderinger

Før intervjuene ble informasjonsskriv og skjema om informert samtykke sendt via e-post med det foreløpige temaet og problemstillingen vår. Skjemaet måtte signeres før gjennomføring av intervju. Informasjonsskrivet inneholdt formålet med oppgaven, hvorfor vi ønsket nettopp dem som intervjuobjekt, deres rettigheter, samt hva det ville innebære for dem å delta. Vi informerte samtidig om at personopplysningene vil bli lagret på et sikkert

sted, at opplysningene vil bli anonymisert og at alle data vil bli slettet etter godkjent bacheloroppgave. De fikk også vår kontaktinformasjon, og mulighet til mer informasjon om ønsket. Opptakene fra intervjuene ble slettet etter transkribering.

3.4 Metodedrøfting

3.4.1 Gjennomføring

Vi ble nødt til å benytte digitale verktøy for å gjennomføre intervjuene. Allerede i overgangen fra fysiske møter til digitale intervju med videofunksjon kan noe informasjon ha gått tapt. I tillegg oppsto det tekniske problemer med to av informantene, slik at vi måtte intervjuer over telefon. Dette gjorde at vi mistet den non-verbale kommunikasjonen, og kan ha påvirket samhandlingen, samt medført tap av informasjon. Særlig når vi ikke kjenner intervjuobjektene kan det være vanskelig å tolke non-verbale signaler kun gjennom lyd. Dette er noe av bakgrunnen for at vi har valgt å transkribere ord-for-ord, i håp om å best mulig ivareta meningen i dataene.

3.4.2 Valg av intervjupersoner

Vi gjorde et strategisk utvalg for å finne fysioterapeuter med klinisk erfaring og kompetanse innenfor temaet, da vi ville sikre nok dybde og kunnskap i de empiriske dataene. Et alternativ kunne vært å spørre en hvilken som helst kommunal fysioterapeut, altså et representativt utvalg, og på den måten oppnå bedre overførbarhetspotensial (Malterud, 2017, s. 68). Samtidig ville omfanget og antallet intervjuobjekter medført at vi uansett ikke kunne anta at funnene ville vært overførbare til resten av landets sykehjem. Selv om kunnskapen ikke nødvendigvis er overførbare, antar vi at den likevel kan være nyttig for fysioterapeuter som arbeider på sykehjem rundt om i landet.

3.4.3 Bakgrunn og forforståelse

Forforståelse handler om de erfaringer og forutsetninger vi bevisst og ubevisst tar med oss inn i forskningen og fortolkningsarbeidet vårt (Malterud, 2017, s. 44). En vanlig fallgrube er at en lar forforståelsen overdøve budskapet fra det innsamlede empiriske materialet

(Malterud, 2017, s. 45). På en side kan våre erfaringer fra feltet gjøre det lettere å se for seg beskrivelser informantene kommer med, og stille relevante oppfølgings spørsmål. På en annen side kan forforståelsen prege formuleringene våre, med at vi for eksempel kan bli kritiske i spørsmålsformuleringen. Vi har begge en negativt preget forforståelse om feltet og tematikken i prosjektet, og ønsket å unngå at dette skulle påvirke arbeidet i stor grad. Derfor diskuterte vi forforståelsen på forhånd, og forsøkte å lage en mest mulig nøytral intervjuguide, samt å stille spørsmål med formuleringer som «hvordan opplever du...». Vi har også vært to i arbeidet med analysedelen, i håp om å utjevne hverandres forforståelse. Vi kan likevel ikke være sikre på at det ikke har påvirket materialet.

4.0 Resultat og diskusjon

«Bak alle disse som ikke husker, som gjentar seg, og som kanskje endrer litt personlighet, så er det et helt menneskeliv som har levd masse og tenkt og følt masse. Så jeg har opplevd det egentlig mer berikende å jobbe med demente» (Informant 2).

Vi vil i denne delen begynne med å presentere informantene i prosjektet. Vi skal deretter presentere og diskutere hovedfunnene våre, sortert i fire hovedtema som kom frem gjennom analysen: «fysioterapi på sykehjem», «personer med demens på sykehjem som pasientgruppe», «samarbeid med annet helsepersonell» og «gruppetrening som helsefremmende og forebyggende tiltak».

4.1 Presentasjon av intervjupersoner

Intervjuperson 1, videre referert til som informant 1, er fysioterapeut med nesten 20 års erfaring i kommunehelsetjenesten. Informanten har jobbet mye med sykehjemsbeboere og var tidligere fast tilknyttet et sykehjem.

Intervjuperson 2, videre referer til som informant 2, er en kommunal fysioterapeut knyttet til et fast sykehjem. Informanten har over 25 års klinisk erfaring fra arbeid på sykehjem, ved somatisk-, palliativ- og demensavdeling. Informanten forklarer at ordningen med at arbeidsplassen er lokalisert og tett knyttet til sykehjem kan være ganske unik.

Intervjuperson 3, videre referert til som informant 3, er en fysioterapeut med over 30 års klinisk erfaring på privat sykehjem. Informanten har de siste årene gått over til administrative arbeidsoppgaver i kommunen.

4.2 Fysioterapi på sykehjem

4.2.1 Dagens fysioterapitilbud

Alle informantene forteller at arbeidsoppgavene på sykehjemmet hovedsakelig går ut på rehabilitering, veiledning, vurdere og dokumentere pasienters behov, samt å skaffe og lære opp i bruk av hjelpemidler. De igangsetter ofte tiltak som skal følges opp av pleiepersonalet,

men uttrykker at det kan være varierende hvordan dette fungerer. Informant 3 trekker frem at de jobber helsefremmende og forebyggende gjennom opplæring av pleiepersonell, grunnet manglende fysioterapiressurser. *«Med de ressursene vi står med i 2021 og fremover så må vi samarbeide med pleiepersonalet. Noen steder kan vi være behandlingsperson, men andre steder må vi gjerne være ressursperson»*. Samtlige informanter hadde erfaringer med grupper som helsefremmende og forebyggende tiltak, og dette utdypes nærmere i eget avsnitt.

Informant 3 påpeker at fysioterapeuter kan fremme helse gjennom blant annet hjelpemiddeltilpasning. En rullestol der pasienten kan bruke beina til å forflytte seg rundt åpner for økt fysisk aktivitet, selvstendighet og mestring, som er viktige faktorer for livskvalitet (Barstad, 2016, s.107). Informant 3 trekker frem at fysioterapeuter på samme måte kan komme med innspill til utformingen av sykehjem. Studier viser også at nettopp disse arbeidsoppgavene er deler av multifaktorielle intervensjoner som kan forebygge fall (Berry & Kiel, 2020). Miljøtilpasninger er også et domene innen ICF, som kan påvirke funksjon.

«Håndgjerde bort etter veggene inne på avdelingen: det var det de brukte(...). Det ble måten de kunne forflytte seg på uten å bruke rullatoren. Sånn sett er nok håndtak mye mer kjent i en menneskehjerne enn disse her gøye, flotte hjelpemidlene vi har».

Informant 3 trekker frem at måten fysioterapeuter jobber på avhenger av demenstype: *«De med Alzheimers sykdom - det går så fort nedover at god pleie og god palliasjon er på en måte like viktig (...)»*. Informanten peker her på at palliativ behandling kan være det viktigste for noen. Med deler av definisjonen av helsefremming: «tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet og trivsel» (Braut, 2018), kan man se at denne tilnærmingen også kan være helsefremmende, til tross for at det i utgangspunktet kan høres motsigende ut. Videre påpeker informanten at tilnærmingen kan innebære mye forskjellig, alt fra stimulering til bruk av egenfunksjon, til somatiske og manuelle behandlingsteknikker for smertelindring. Tiltakene har som formål å fjerne unødig lidelse, fremme autonomi og mestring, altså faktorer som alle kan påvirke livskvaliteten (Barstad, 2016, s.107).

Vi ser at informantene har noe ulik oppfatning av dagens fysioterapitilbud, men trekker frem ressursmangel som et fellestrekk. Informant 1 mener fysioterapeuter i større grad må prioritere å arbeide helsefremmende og forebyggende med denne pasientgruppen, og bør øke tilstedeværelsen. Informant 2 fremhever betydningen av slikt arbeid, men erfarer at dette også kan ivaretas andre, eller oppnås gjennom opplæring av pleiepersonalet. Informant 3 påpeker at fysioterapeuter må kjempe for mer ressurser, men akseptere at man per nå bør fokusere på gode samarbeid og indirekte arbeid.

4.2.2 Prioriteringer, ressurser og organisering

Den kommunale fysioterapitjenesten er organisert slik at fysioterapeuter kun går inn på sykehjem ved henvisning. Informantene opplever at henvisningene kommer etter det har vært en akutt hendelse, et betydelig funksjonsfall, eller oppstått et hjelpemiddelbehov. En konsekvens av denne organiseringen kan være at fysioterapeuter kommer sent inn og «tvinges» til å jobbe rehabiliterende. På samme måte påpeker «Leve hele livet»-reformen at kommunen tradisjonelt har satt inn tiltak som kompenserer for tapt funksjon, men at slike tiltak bare er midlertidig og sjelden bidra til å fremme selvstendighet og mestring (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 123). Fysioterapeuter skal blant annet bidra til å fremme god helse og forebygge skader som kan føre til nedsatt funksjon (Norsk fysioterapiforbund, u.å), men slik tjenesten er organisert er det ingen bestemmelser som sikrer at kommunale fysioterapeuter arbeider på denne måten. Til tross for erfaringer, kunnskap og politiske satsinger, jobber altså fysioterapeutene likevel i liten grad helsefremmende og forebyggende på sykehjem. Regjeringen ønsker å rette fokuset over på mer forebyggende tiltak blant annet ved målrettet bruk av fysisk trening og systematisk kartlegging og oppfølging (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 121). Om regjeringen skal lykkes med denne omstillingen må det kanskje skje en endring i organiseringen av fysioterapitjenesten?

Informant 1 og 3 trakk frem ressursmangel som barriere for å arbeide helsefremmende og forebyggende på sykehjem. Innen eldreomsorgen skjer det en satsning på å holde folk hjemme så lenge som mulig (Meld. St. 15, (2017–2018), s. 21-22). Denne satsingen, kombinert med den svake økningen i antall fysioterapiårverk i kommunehelsetjenesten

(Norsk fysioterapiforbund, 2020), kan påvirke hvordan fysioterapiressursene fordeles. Informant 1 erfarer at dette medfører harde prioriteringer og svakere tilbud for sykehjemsbeboere. Samtidig ser vi at kommunen har ansvar for å sikre gode tjenestetilbud, også for beboerne på sykehjem. Verdighetsgarantiforskriften (2010, §1), sier at eldreomsorgen skal tilrettelegges slik at de eldre får en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Informant 1 understreker at man må definere hvordan livet på sykehjem skal være, samt hvem som skal inkluderes arbeidet. Informant 3 fremhever at fysioterapeuter fortsatt må kjempe for mer ressurser.

«Vi må forlate den tankegangen om at ting kun skal foregå når pasienten er hjemmeboende, til at livet på sykehjem skal ha en verdi. Der også fysioterapeuten kan gjøre en viktig innsats, og være en viktig bidragsyter».

«Vi skal ikke slutte å si at «vi kan gjøre det», vi må fortsette å si det og vi skal fortsette å be om mer stillinger. Men vi må erkjenne at i den fasen må vi også samarbeide med pleiepersonalet».

Informant 2 opplever på motsatt side at det er god fysioterapidekning, og at den største barrieren er at pasientene er skrøpeligere enn tidligere. Dette kan igjen henge sammen med den spesielle ordningen med at informanten er fast tilknyttet et sykehjem.

4.2.3 Tilstedeværelse på sykehjem

Alle informantene har erfaringer med å være fast til stede på et sykehjem, og særlig informant 1 som også har opplevd det motsatte fremhever verdifulle aspekter ved dette. Tilstedeværelse åpner opp for bekjentskap, gode samarbeid, samt deltagelse i planlegging, organisering, prioriteringer og prosjektarbeid. Informant 1 forteller at man da kan se pasientene fra et fysioterapeutisk-perspektiv og raskere fange opp begynnende funksjonssvikt, samt være mer fleksibel.

«For å få til noe med de demente må man ha tid til å bli kjent med de og pleierne. Man må være til stede i miljøet sånn at man selv kan fange opp når de er rolige og tilgjengelige».

Informant 2 fremhever viktigheten av å se hverandre i virkeligheten for å huske på hverandre: «Med en gang jeg er borte er det akkurat som at jeg blir glemt, folk glemmer nesten å henviser til meg». Informantene forteller at terskelen for at fysioterapeutene blir kontaktet reduseres dersom man er til stede, og at man dermed raskere kan iverksette intervensjoner samt unngå lange ventelister. Det åpner også opp for at fysioterapeutene selv kan initiere helsefremmende tiltak. Livingstone et al. (2019) finner på samme måte at tilstedeværelse av fysioterapeuter kan være assosiert med bedre kvalitet i tjenesten for de med langtidsopphold på sykehjem. Til tross for disse erfaringene er fysioterapidekningen på sykehjem betraktelig mindre nå enn tidligere, da det ikke lengre er øremerkede stillinger til dette (Helbostad et al., 2016, s. 191).

4.3 Personer med demens på sykehjem som pasientgruppe

4.3.1 Dagens sykehjemsbeboere

Alle informantene opplever en endring i demografien inne på sykehjemmene de siste årene; flere har demens, de er skrøpelige og har flere fysiske tilleggslidelser. Informant 1 trekker frem at demografiendringen henger sammen med at man forsøker mange tiltak før man får langtidsplass på sykehjem, at det blir «siste løsning».

«Vi har tillit til at når pasienten får en fast plass i sykehjem, så skal alt annet være prøvd. Derfor tar det også tid før de får tilbud om fast plass, fordi at de skal ha vært igjennom rehabilitering, korttidsopphold, hverdagsrehabilitering, alle de tiltakene som vi har for å kunne holde de gamle hjemme så lenge som mulig. (...) Om det hadde vært en mulighet for å trene de opp igjen, et rehabiliteringspotensial, så får de kanskje ikke innvilget fast plass».

Statistikk viser at antall sykehjems plasser reduseres (Statistisk sentralbyrå, 2020) samtidig som det skjer en økning i antall eldre (Gjøra et al., 2020, s. 7), og at 80% av beboerne på langtidsplass har en demenstilstand (Folkehelseinstituttet, 2021). Dette kan medføre at kun de med størst behov får sykehjems plass, og bygger opp under informantenes erfaringer om at dagens beboere er skrøpeligere enn tidligere. På en annen side påpeker informantene at også uro og andre kognitive utfall kan forhindre noen i å bo hjemme, som kan medføre yngre og funksjonsfriske beboere. Informant 1 og 3 understreker at demografiendringen medfører at det blir særlig viktig å forebygge fall, da de er i dårligere stand til å takle dette.

Informant 2 erfarer at demografiutfordringene begrenser hva man kan oppnå med pasientene, og er en barriere for å arbeide forebyggende og helsefremmende. Disse utsagnene antyder at det fysioterapeuter gjør skal resultere i fysiske forbedringer. Man må likevel ikke underkjenne de sosiale og emosjonelle aspektene fysisk aktivitet kan ha for personer med demens. Dersom pasientene er skrøpelige er det ikke sikkert man kan påvirke «kroppsfunksjoner», men man må ikke glemme at «aktivitet» og «deltagelse», som også er to viktige domener innen ICF-modellen, kan påvirkes. Bevegelse er også et grunnleggende menneskelig behov (Helbostad et al., 2016, s. 191), og aktivitet kan bidra til meningsfulle hverdager (Engedal et al., 2018, s.297). Bevegelse sammen med andre kan gi opplevelse av tilhørighet og inklusjon (Engedal et al., 2018, s. 323), samt ha positive effekter på humøret (Oddy, 2013, s.9). Med kompetanse innen bevegelse og tilrettelegging kan fysioterapeuter være en viktig bidragsyter i arbeidet med å tilrettelegge for bevegelse (Norsk fysioterapiforbund, u.å.), også «bare» for trivselens skyld.

Informanten sier videre at: *«De demente på de somatiske postene er ofte såpass fysisk reduserte i tillegg til sin demens at det er enklere å tenke vedlikehold enn forebygging: som jo på mange måter to sider av samme sak?»*. På samme måte sier informant 1 at *«Det å kartlegge de ressursene som de har, og vedlikeholde den funksjonen som de har så lenge som mulig er jo nyttig for alle»*. Vi vet at gjennomsnittlig botid på sykehjem for de med langtids plass er i overkant av 2 år (Kjelvik & Jønsberg, 2017, s. 1), og informantene forteller at enkelte må bo på sykehjem fra ung alder. Det kan altså være snakk om store deler av menneskers liv. Informantenes utsagn peker på betydningen av å ivareta best mulig funksjonsnivå lengst mulig, og informant 1 forteller at dette oppnås gjennom kartlegging og individuelt tilpassede tiltak. I tillegg vet vi at fysisk aktivitet kan fungere som en type tertiærforebygging (Naidoo & Wills, 2016, s. 76), og kan forhindre ytterligere funksjonsnedsettelse hos personer med demens (Bahr, 2009, s. 266-267). Likevel tilsier erfaringene fra tidligere demensplaner at det fortsatt er manglende aktivitet i hverdagen for beboere på sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.6), og informantene forteller om lite bidrag til nettopp dette.

4.3.2 Motivasjon og tilnærming

Informantene forteller at man i tilnærmingen bør bruke få ord og være mild, men samtidig bestemt. Informant 3 trekker også frem at det i mange situasjoner fungerer best å vise øvelser slik at pasientene kan herme. På samme måte sier Oddy (2013, s. 45) at den non-verbale kommunikasjonen er viktigst i samhandling med personer med demens.

Motivasjonsarbeidet hos personer med demens oppleves krevende grunnet varierende dagsform og manglende forståelse for hensikten med tiltakene. Mange opplever frustrasjon og sorg, og informant 2 opplever at man gjennom bekjentskap kan nå personen bak sykdommen, samt tilrettelegge aktiviteter som gir opplevelse av glede, mening og mestring.

«Man har jo en sorg når man går inn i en demens, for man mister så mye, man mister ofte seg selv. Da er det å prøve å nå frem og prøve å finne noe glede hos dem».

4.4 Samarbeid med annet helsepersonell

4.4.1 Tverrfaglighet

Informantene forteller at tverrfaglige møter og samarbeid er nødvendig i arbeidet med denne pasientgruppen. Informant 2 påpeker at man ikke bare må jobbe flerfaglig, men må komplementere behandlingen gjennom å inkludere alles kompetanse. Informant 1 trekker frem at det er lettere å få til gode samarbeid når man kjenner hverandre fra før.

«Jeg tror at de beste vurderingene og samarbeidende skjer når man er til stede og blir kjent med både personalet, brukerne og de som er i ledelsen(...). Det er da man kan påvirke. Jeg tror man er nødt til å bli kjent for å få et godt samarbeid».

I Demensplan 2025 er et av satsningsområdene gode og sammenhengende tjenester, og sentrale tiltak er blant annet utarbeiding av veivisere for gode pasientforløp og systematisk oppfølging etter at diagnosen er satt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9-11). Til tross for dette opplever Informant 1, som ikke lenger er tilknyttet fast sykehjem, å ikke ta del i pasientvurderinger og planarbeid på langtidsavdelingen. Informanten opplever likevel at det blir gjort mye bra helsefremmende og forebyggende arbeid på sykehjem, men at fysioterapeutene har en liten rolle i dette. Informanten trekker frem prosjektet «i trygge hender» som skal redusere pasientskader og forebygge blant annet fall og trykksår, og tror

at dette er et område som hadde hatt nytte av fysioterapeuters kompetanse. I dag er det et krav om at sykehjem skal være tilknyttet en fysioterapitjeneste (Forskrift for sykehjem m.v., 2013, §2-1), og det formidles gjennom reformer at man ideelt sett skal arbeide forebyggende (Meld. St. 15, (2017–2018)). Likevel forteller noen av informantene at de i liten grad er del av dette arbeidet. Informant 2 deltar derimot i slikt arbeid, og erfarer nettopp at dette er nyttig da det medfører gode tverrfaglige samarbeid og tilbud til pasientene. Man trenger kanskje derfor en tydeligere definisjon på hvem som skal inkluderes i det tverrfaglige arbeidet rundt hver pasient, for at sikre at alle pasientene får likt tilbud og samme muligheter.

4.4.2 Kunnskapsutveksling

Alle informantene erfarer at en måte å jobbe helsefremmende og forebyggende på er gjennom opplæring og kunnskapsutveksling med pleiepersonalet. Det begrunnes med at de demente er sårbare for endringer, og at man som utenforstående kan bli mer en forstyrrelse enn nytte. Det kan derfor være lettere å lykkes med tiltakene om det er kjente ansikt til stede. Informant 1 erfarer samtidig at pleiepersonalet er redde for å henvise for helsefremmende og forebyggende tiltak, da dette kan føre til ekstra arbeid for dem. *«Når vi får henvist ting så er det ofte fordi de ønsker hjelp. De ønsker ikke veiledning, de ønsker hjelp»*. Dette peker på manglende ressurser blant både fysioterapeutene og pleiepersonalet.

Informant 1 opplever at fysioterapeuter kan mye om trening og forebygging, men har mye å lære fra pleiepersonalet når det gjelder demens. Man må derfor utveksle kunnskap for å sammen få til de beste tiltakene. Informant 2 erfarer at synet på god omsorg og fysisk aktivitet kan sprike mellom yrkesgruppene og avdelingslederne, og at dette påvirker arbeidet. Informanten forklarer at noen har en aktiv tilnærming og ønsker at pasientene skal klare mest mulig selv, mens andre har en mer «pleiende»-tilnærming.

«Jeg kommer stadig tilbake til en pasient som hadde lårhalsbrudd en gang som jeg skulle mobilisere. Personen lå litt pjusk til sengs og jeg skulle inn på rommet og hadde en pleier med meg. Hun gikk foran meg inn og sa til pasienten «sant du har ikke lyst å stå opp i dag». Og da tenkte jeg litt sånn «Oii». Det er klart at hvis du har den

tankegangen så sliter man jo litt med å mobilisere. Det gjelder uansett om de er funksjonsfriske eller om de har demens».

Engedal et al. (2018, s. 50 & 54) skriver at unødvendige begrensninger i hverdagen kan påvirke friheten og selvstendigheten, og at opplevelsen av egenverd kan endre seg hos personer med demens dersom man blir behandlet som skrøpelig og hjelpetrengende. Passivisering kan altså påvirke både selvbilde og opplevelsen av god livskvalitet på sikt, og det kan derfor være viktig å tilrettelegge for deltagelse. Norsk fysioterapiforbund (2018, s. 8) mener at dersom man skal lykkes med å omstille seg fra en «passiv omsorg» til en forebyggende og aktiv tilnærming, må man øke det tverrfaglige arbeidet. Informant 1 mener at man må erverve og fremme kunnskap om hva de ulike yrkesgruppene kan bidra med, og løfte frem fysioterapeutens kompetanse i dette arbeidet.

4.5 Gruppetrening som forebyggende og helsefremmende tiltak

4.5.1 Forutsetning for tilrettelegging av gruppetrening

Alle informantene hadde tidligere erfaringer fra ulike gruppetilbud for personer med demens på sykehjem. Samtlige hadde mange gode erfaringer, men forklarer at det ikke gjøres så mye lenger. Noe av bakgrunnen for dette er at det er så varierende hvordan det fungerer, blant annet grunnet sårbarhet for dagsform. De har likevel gjort seg erfaringer om hva som kan øke sannsynligheten for at gruppene fungerer.

«Første gang jeg hadde en gruppe samlet jeg en hel gjeng. Da var det en som reiste seg og begynte å gå litt rastløst. Jeg fikk hanket vedkommende inn igjen, og i det jeg hadde gjort det så reiste en annen seg» (Informant 2).

Gruppen bør foregå i kjente omgivelser, uten annen støy og forstyrrelseselementer.

Øvelsesprogram bør være enkelt og over et kort tidsrom, med få deltagere. Informant 1 og 2 hadde organisert grupper for generell aktivitet og bevegelsesglede, og erfarte da at øvelsene burde ha lav intensitet. Informant 2 og 3 hadde også grupper med målsetning om påvirkning av fysisk funksjon, og pekte da på at man måtte utfordre nok.

Alle informantene erfarer at deltakelsen må være frivillig og ikke nødvendigvis en samling av de med spesifikke behov. Videre påpeker informant 3 at man må gi slipp på de som uttrykker

at de verken har nytte eller glede av intervensjonen. Samtidig vet man at måten personer med demens uttrykker følelser på kan endre seg sammen med sykdommen (Engedal et al., 2018, s. 325), og det kan derfor hende at de som ikke viser det, også kan oppleve glede av å delta i grupper. En fare ved å anta at stimulering ikke har noe verdi er at personer med alvorlig demens utelukkes fra tilbud som har betydning for trivsel og velvære (Engedal et al. 2018, s. 329), i tillegg kan man utelate noen fra viktige helsefremmende tiltak som kommunale omsorgstjenester plikter å tilby brukerne sine (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-3). Samtidig erfarer informantene at en konsekvens av å ikke gi slipp på de som ikke uttrykker glede kan være at de ødelegger for resten av gruppen. Det kan altså være krevende å ivareta alles behov.

Informant 3 trekker frem at en forutsetning er at man «sorterer» deltagere etter type demens og kognitive utfall.

«Det er noen som ikke kan ta verbal instruksjon, men som kan ape, og noen som ikke kan ape heller som du rett og slett må guide. Sånn at som terapeut må du vite hvilke virkemidler du må bruker overfor den pasienten, fordi at demensen virker veldig forskjellig på de forskjellige».

Informanten opplever videre at personer med Alzheimers kan være utfordrende å ha med i gruppe grunnet raskt progredierende sykdom og redusert funksjon. Dette er dog den vanligste formen for demens, og utgjør omtrent 60% (Engedal et al., 2018, s.24). Da står man plutselig igjen med en veldig liten del av beboerne som egner seg i en gruppe, og det kan oppstå problemer med å forsvare ressursene, noe informant 3 har opplevd at kan være et problem. Gruppetrening kan være ressurskrevende, og forutsetter at man både har nok instruktører og deltagere.

4.5.2 Forebyggende- og helsefremmende effekter ved gruppetrening

Informantene erfarte at gruppene kunne ha positive sosiale og emosjonelle effekter. *«Noen gledet seg så enormt over gruppen. De klappet i hendene og jublet for å få lov å være med, de syntes de var så deilig»* (Informant 2). God helse i et biopsykososialt-perspektiv handler om fysisk, sosialt og mentalt velvære (Braut, 2020). Forskning viser at fysisk aktivitet kan

knyttet til god helse og velvære (Brett et al., 2016), og informantene erfarer på samme måte at grupper kan ivareta og fremme alle aspekter av helse.

«Mange blir ikke slitne og stimulert nok av å gå hvileløst frem og tilbake i korridorene. Ved å gi dem et tilbud hvor de fikk utfoldet seg fysisk så ble de mer fornøyd, og jeg opplevde at de gledet seg (...). Det var faktisk utrolig gøy å oppleve at noen som verken husket navn eller fra 12 til middag, kunne lyse opp når de så meg i gangene og si «der, der, gymnastikklæreren!»» (Informant 3).

«Det å fremme helse og forebygge, det går veldig mye på fallforebygging (...) Fallforebygging er liksom nr 1 for oss fysioterapeuter». Informant 3 hadde erfaringer fra systematiske treningsgrupper, med målsetning om å forebygge fall og forhindre skrøpeligheit som oppstår grunnet inaktivitet. Som vi vet kan fall ha alvorlige konsekvenser og gi varig reduksjon av fysisk funksjon (Helbostad et al., 2016, s.35). De brukte funksjonelle øvelser som pasientene kunne kjenne igjen, men som samtidig var utfordrende. I for- og etterkant av treningsperioden gjorde de enkle balansetester, og erfarte at opplegget hadde positiv effekt på balanse og funksjon. Telenius et al. (2015) fant lignende resultater i sin studie, nemlig at systematisk trening kunne bedre balansen til norske sykehjemsbeboere med demens. Også andre studier peker på at trening kan gi bedre fysisk funksjon (Brett et al., 2016).

Det kan likevel diskuteres om bedre balanse faktisk kan redusere fall hos personer med demens. Man vet at personer med demens kan ha økt risiko for å falle (Helbostad et al., 2016, s.126), men årsaken er det derimot ikke sikkerhet rundt. Fallrisiko kan være knyttet til faktorer som fysioterapeuter ikke har mulighet til å påvirke, slik som medikamentbruk eller dårlig syn. Oppsummert forskning som undersøker fallforebygging hos eldre personer i sykehjem finner at trening alene ikke reduserer fallforekomsten, men kan gjøre det som en del av multifaktorielle-intervensjoner med blant annet miljøtilpasning og opplæring (Berry & Kiel, 2020). Informantene understreker at dette er områder der fysioterapeuten kan ha en viktig rolle. Man finner gode holdepunkt for å si at manglende selvstendighet i ADL og fysisk funksjonsnedsettelse er risikofaktorer for fall i den generelle eldre befolkningen (Olsen et al., 2017, s. 20). Tilsvarende finnes det studier som sier at trening kan ha positive effekter på ADL hos personer med demens (Forbes et al., 2015; Press & Alexander, 2019). Oppsummert

kan man anta at fallforebyggende trening kan ha gode effekter, men for å redusere fall i pasientgruppen må man kanskje også implementere andre tiltak.

Det kan videre diskuteres om det behøver å være en fysioterapeut som leder trimgruppene. Informantene påpeker at det på en side vil være en fordel om kjent pleiepersonell hadde de, da det kan oppleves tryggere. På en annen side vet vi at fysioterapeuter har relevant kunnskap om bevegelse og funksjon (Norsk fysioterapiforbund, u.å), og derfor kanskje har bedre utgangspunkt for tilrettelegging. Dersom en fysioterapeut leder gruppen kan man kanskje i større grad individuelt tilpasse opplegget og på den måten fremme mestring hos flere, som videre kan medføre bedre livskvalitet og selvbilde blant brukerne (Barstad, 2016, s.107). Det at informant 3 ble gjenkjent som «gymnastikklærer» peker også på at man kan danne relasjoner og trygghet om man er regelmessig til stede.

5.0 Konklusjon

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan erfarer fysioterapeuter arbeidet med å fremme helse og forebygge tap av funksjon hos personer med demens på sykehjem?*

Fysioterapeutene forteller at det mest hensiktsmessige ville vært å arbeide helsefremmende og forebyggende, men opplever det krevende av ulike grunner. Fysioterapitjenesten har begrensede ressurser, de kommer kun inn på henvisning, og fysioterapeutene tar i liten grad del av det tverrfaglige arbeidet rundt hver pasient. En av informantene var derimot fast til stede, og fortalt om mange fordeler med dette. Det ble videre lagt vekt på et mer krevende arbeid grunnet varierende dagsform og en skrøpeligere pasientgruppen. De forteller likevel om positive erfaringer med blant annet gruppetrening, og vektlegger at dette kan ha god effekt på både de fysiske, sosiale og emosjonelle aspektene av helse, samt påvirke aktivitet og deltagelse i et ICF-perspektiv. De forteller videre at fysioterapeuter har en rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant annet ved tilpasning av hjelpemiddel og omgivelser, veiledning og palliativ behandling. Informantene erfarer at tverrfaglig arbeid, tilstedeværelse og kunnskapsutveksling er faktorer som kan bidra et styrket tilbud.

Gjennom arbeidet med oppgaven har vi erfart at det trengs mer forskning på effekten av helsefremming og forebygging for nettopp denne pasientgruppen. Vi tenker samtidig at det videre hadde vært interessant å se nærmere på bakgrunnen for prioriteringene gjennom intervju av personer som arbeider på et høyere nivå. Jamfør informantene ser vi også at det bør skje en tydeligere definering av fysioterapeuters rolle i dette arbeidet, og at ressursene i fysioterapitjenesten bør økes eller omfordeles.

Som informant 1 påpeker – «Livet på sykehjem skal ha en verdi».

6.0 Litteraturliste:

ADL. (2020, 7. Februar). I *Store Medisinske Leksikon*. <https://sml.snl.no/ADL>

Aldring og helse. (2020, 18. August). *Hvor mange har demens i Norge?*

<https://demenskartet.no/>

Aldring og helse. (u.å.). *Fakta om demens*. Hentet 12. april 2021, fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/fakta-om-demens/>

Bahr, R. (Red). (2009). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*.

Oslo: Helsedirektoratet.

https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/aktivitetshandboken/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf/_attachment/inline/e7710401-9ac5-4619-916d-ff15a9edb3d4:380162e0f16eef64d00906fc472987340fbcc711/Aktivitetsh%C3%A5ndboken%20%E2%80%93%20Fysisk%20aktivitet%20i%20forebygging%20og%20behandling.pdf

Barstad, A. (2016). *Gode liv i Norge : Utredning om måling av befolkningens livskvalitet*.

(IS-2479). https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/gode-liv-i-norge-utredning-om-maling-av-befolkningens-livskvalitet/Gode%20liv%20i%20Norge%20-%20Utredning%20om%20måling%20av%20befolkningens%20livskvalitet.pdf/_attachment/inline/4d212043-e2a4-4904-a360-94bfd977ed9a:51d6f261364996e6656a4e0564fb9bc967b4ecf0/Gode%20liv%20i%20Norge.pdf

Berry, S., & Kiel, D. P. (2020, 14. Juli) Falls: Prevention in nursing care facilities and the hospital setting. I *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/falls-prevention-in-nursing-care-facilities-and-the-hospital-setting?search=fall%20prevention%20elderly&topicRef=3014&source=related_link#H17785949

Bjørnlund, I. B. & Sjöberg, N. E. (2017). Videnskabsteori - Vidensforståelse og metoder. I H. Lund (Red.). *Basisbog i fysioterapi (2.udg.)*. Munksgaard.

Braut, G.S. (2018, 30. August). *Helsefremmende arbeid*. Store Medisinske Leksikon. https://sml.snl.no/helsefremmende_arbeid

Braut, G.S. (2020, 2. Oktober). *Helse*. Store Norske Leksikon. <https://sml.snl.no/helse>

Brett, L., Traynor, V., & Stapley, P. (2016). Effects of Physical Exercise on Health and Well-Being of Individuals Living With a Dementia in Nursing Homes: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (2), 104–116. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.016>

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving (7.utg.)*. Gyldendal Akademisk.

Djupvik, J.J. (2000). *Folkehelsearbeid - kommunal ressurskoping med vekt på bruk av fysisk aktivitet*. Oslo: Kommuneforlaget

Engedal, K. & Brækhus, A. (2018). *Hva er demens?* (6. utg.) Forlaget aldring og helse

Engedal, K., Haugen, P.K., Brækhus, A., Gjøra, L., Gustavsen, L., Kirkevold, Ø., Krogseth, M., Løvlien, L.S., Michelet, M., Rokstad, A.M.M., Rønqvist, T.K., Røsvik, J., Selbæk, G., Tangen, G.G., Ulstein, I.D.. (2018). *Demens - Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlaget aldring og helse - Akademisk

Folkehelseinstituttet. (2021, 23. Februar). *Demens*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Forbes, D., Forbes, S., Blake, C., Thiessen, E. & Forbes, S. (2015, 15 April). Exercise program for people with dementia. I *Cochrane Library*.

<https://www-cochranelibrary-com.galanga.hvl.no/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006489.pub4/ful>

Forskrift for sykehjem m.v. (2013). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie* (FOR-1988-11-14-932). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

Gjøra, L., Kjelvik, G., Kvello-Alme, M., Selbæk, G. & Strand, B.H. (2020) *Forekomst av demens i Norge*. (ISBN 978-82-8061-579-4).

https://butikk.aldringoghelse.no/file/sync-files/rapport-forekomst-av-demens-a4_2020_interaktiv.pdf

Helbostad, J. L., Granbo, R. & Østerås, H. (2016). *Aldring og bevegelse: Fysioterapi for eldre* (2. utg). Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2019a, 27. November). *Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens#kommunale-virksomheter-skal-legge-til-rette-for-og-bor-motivere-til-daglig-fysisk-aktivitet-hos-mottakere-av-helse-og-omsorgstjenester-herunder-personer-med-demens>

Helsedirektoratet (2019b, 27. November). *Om demens*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, desember 2). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunal helse- og omsorgstjeneste m.m.

LOV-2011-06-24-30. Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3

Kjelvik, J. & Jønsberg, E. (2017) *Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende*

(Analysenotat - Rapport 02/2017)

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/botid-i-sykehjem-og-varighet-av-tjenester-til-hjemmeboende/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf/_/attachment/inline/9f8fa68c-5969-4147-95d1-2177464084de:8a6b1b6e741b917894778a5ef81610764635ea4c/2017-02%20Botid%20i%20sykehjem%20og%20varighet%20av%20tjenester%20til%20hjemmeboende.pdf

Livingstone, I., Hefele, J., Nadash, P., Barch, D., & Leland, N. (2019). The Relationship Between Quality of Care, Physical Therapy, and Occupational Therapy Staffing Levels in Nursing Homes in 4 Years' Follow-up. *Journal of the American Medical Directors Association*, 20(4), 462–469. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.02.002>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg). Universitetsforlaget.

Meld. St. 15 (2017–2018). *Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>

Naidoo, J. & Wills, J. (2016) *Foundations for Health promotion*. (4th ed.). ELSEVIER.

Norsk fysioterapiforbund (u.å.). *Hva er fysioterapi? - Utdypet*. Hentet 15. april 2021 fra: <https://fysio.no/Hva-er-fysioterapi/Hva-er-fysioterapi-utdypet>

Norsk fysioterapiforbund (2018, september 14). *NFFs Innspill til stortingsmelding om folkehelse* <https://fysio.no/Hva-mener-NFF/Uttalelser-og-innspill/Innspill-til-ny-stortingsmelding-om-folkehelse>

- Norsk fysioterapiforbund (2020, 19.Juni). *Fysioterapeuter i tall 2019 – Ny statistikk er klar*.
<https://fysio.no/Forbundsfor siden/Aktuelt/Fag-helse-og-arbeidslivspolitik k/Fysioterapeuter-i-tall-2019-ny-statistikk-er-klar>
- Oddy, R. (2013). *Aktivitet vid demenssjukdom - En praktisk vägledning*. (Olson, K. & Bolinder, Palmér, I). Liber AB. (Opprinnelig utgitt 2011)
- Olsen, R. M., Devik, S. A. & Ness, T. M. (2017). Fall og pasientsikkerhet blant eldre i kommunene. *Omsorgsbiblioteket*.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2452445/Fall%20og%20pasientsikkerhet.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pran, F. (2007, 22. Juni) ICF - Et felles språk for funksjon. *Fysioterapeuten*, 2007 (Nr. 7), 24-26. <https://fysioterapeuten.no/icf---et-felles-sprak-for-funksjon/124007>
- Press, D. & Alexander, M. (2019, 19. Juni). Treatment of dementia. I *UpToDate*.
https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-dementia?search=patients%20with%20dementia%20&topicRef=736&source=see_link#H16
- Telenius, E. W., Bergland, A., & Engedal, K. (2015). Effect of a High-Intensity Exercise Program on Physical Function and Mental Health in Nursing Home Residents with Dementia: An Assessor Blinded Randomized Controlled Trial. *PubMed*.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25974049/>
- Telenius, E.W., Langhammer, B., Helbostad, J.L. & Granbo, R. (2017). *Fysisk aktivitet og Trening på sykehjem* (HiOA Rapport 2017 nr. 8).
<https://skriftserien.oslomet.no/index.php/skriftserien/article/view/86/85>

Statistisk sentralbyrå. (2020, 18. juni). *Sjukeheimar, heimetenester og andre omsorgstenester*. <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>

Sudman, T. T. (2017). *Aktivitet og fellesskap for eldre*. (Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 6/2017). <https://hvlopen.brage.unit.no/hvlopen-xmlui/bitstream/handle/11250/2593439/sudmann.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Verdighetsgarantiforskriften. (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)* (FOR-2010-11-12-1426). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426>

Wyller, T.B. (2020). *Geriatrici - En medisinsk lærebok*. (3. utgave). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

INFORMASJONSSKRIV

Forespørsel om deltagelse i prosjektet "Helsefremmende og forebyggende arbeid for personer med demens på sykehjem".

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke fysioterapeuters erfaringer med arbeidet med personer med demens på sykehjem. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Vi ønsker å belyse problemstillingen "*Hvordan erfarer fysioterapeuter arbeidet med å fremme helse og forebygge tap av funksjon hos personer med demens på sykehjem?*". Formålet med prosjektet er å kartlegge dagens situasjon, samt å utforske hvilke muligheter som finnes for videre arbeid på feltet. Dette er fordi vi ønsker å bidra til å gi økt livskvalitet for personer med demens som oppholder seg på sykehjem. Dette prosjektet vil utgjøre bacheloroppgave i fysioterapi.

Opplysningene som samles inn skal ikke brukes til andre formål enn skissert i dette prosjektet

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du spørres om å delta i prosjektet fordi du er fysioterapeut og har klinisk erfaring med arbeid med personer med demens som bor på sykehjem.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at vi vil gjennomføre et intervju med deg. Det er utarbeidet en intervjuguide som omhandler spørsmål om dine erfaringer om det aktuelle tema. Spørsmålene omhandler dagens situasjon og dine erfaringer med arbeidet per nå, og inkluderer både ressurser, barrierer og mulige forbedringspotensial. Det vil ta deg ca 30-45 min. Vi tar lydopptak og notater fra intervjuet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Kun vi som studenter vil ha tilgang til dataene.

Lyddopptaket vil lagres i passordbeskyttet pc, og slettet etter transkripsjon. Navn og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres innelåst og adskilt fra øvrige data.

Ingen vil kunne gjenkjenne deg i den skriftlige teksten.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres i bacheloroppgaven, alle andre data slettes når bacheloroppgaven godkjennes (etter planen i juni 2021).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Bachelorstudent 1: Navn, E-post, Tlf
- Bachelorstudent 2: Navn, E-post, Tlf
- Veileder: Navn, E-post, Tlf
- Høgskulen på Vestlandet ved prosjektansvarlig førsteamanuensis ...
- Vårt personvernombud: Trine Anniken Larsen, personvernombudet@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17

Med vennlig hilsen

(Veileder og lærer ved fysioterapiutdanningen)

(Studenter)

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har lest informasjonsskrivet angående prosjektet med temaet: Helsefremmende og forebyggende arbeid for personer med demens. Jeg er inneforstått med de opplysningene som kommer frem i informasjonsskrivet og hva det innebærer.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet og la meg intervju under opptak i følgende sammenheng:

Bacheloroppgave, Fysioterapiutdanningen ved Høgskulen på Vestlandet, 2021, Kull F18.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Sted

Dato

Underskrift (informant)

Underskrift (Student 1)

Underskrift (Student 2)

Vedlegg 2: Intervjuguider

Intervjuguide 1 med hovedspørsmål og stikkord

Kan du begynne med å fortelle litt om din rolle/stilling og hva dine arbeidsoppgaver går ut på?

- Kan du fortelle om din kliniske erfaring med personer med demens som pasienter?

- 1. Hva gjøres per nå for å fremme helse og forebygge funksjonsfall for personer med demens som bor på sykehjemmet du jobber på?
 - a. Hva skjer når en pas får innvilget tilbud på sykehjemsplass/opphold?
 - b. Hvordan ser en typisk dag ut for en beboer på avdelingen du er tilknyttet?
 - c. Hvordan arbeides det helsefremmende og forebyggende per nå?
 - i. Hvilke tiltak har man?
 - ii. Hva ønsker man å oppnå?
 - d. Hva er fysioterapeutens rolle?
 - e. Hvilke tiltak har man for å stimulere til fysisk aktivitet?
 - f. Forhold mellom plan og realitet/praksis?
 - g. Gruppenivå og individnivå
 - i. Opplever du at alle pasientene som lever med demens har den samme tilgangen på de helsefremmende og forebyggende tiltakene?

- 2. Hva kan være barrierer/fremme tilbudet?
 - a. Tverrfaglig samarbeid
 - b. Ulik kompetanse
 - c. Demens som pasientgruppe - kommunikasjon, motivasjon ol.
 - d. Er det noen utfordringer spesielt knyttet til tilrettelegging av fysisk aktivitet til personer med demens på sykehjem? (Evt. hva ser du som de(n) største utfordringen(e)?)

- 3. Hva tenker du bør gjøres/kunne vært gjort annerledes?
 - a. Økonomi? kunnskap? kompetanse? prioriteringer? forskning? økt bemanning?
 - b. Hva kan bedre tilbudet?
 - c. Hva skal til for at tilbudet blir bedre
 - i. På hvilket nivå må det skje endring?

- 4. Hvordan erfarer du arbeidet?
 - a. Hva fungerer?
 - b. Hva kan være krevende?

- c. Tverrfaglighet og samarbeid med andre yrkesgrupper?
5. Hvordan erfarer du at pasientene responderer på tiltakene?
 - a. Livskvalitet - psyke
 - b. Selvstendighet snakke litt om ADL?
 - c. Fysisk funksjon
 - d. Pårørendes reaksjoner
6. Tror du dette sykehjemmet er representativt for hvordan det er resten i landet?
7. Er det noe mer du ønsker å legge til?

Intervjuguide 2 med hovedspørsmål og stikkord

1. Da du jobbet på sykehjemmet, hvor mye tid vil du anslå at du brukte på å jobbe på de ulike måtene "rehabiliterende", "forebyggende" og "helsefremmende" i forhold til hverandre?
 - a. Hva var det som styrte dette?
 - b. Hvilke faktorer påvirker prioriteringene?
 - c. Hva er dine tanker om disse prioriteringene?
2. Kan du komme med eksempler på ulike måter dere jobbet for å forebygge funksjonsfall hos eldre med demens fra da du jobbet på sykehjem?
 - a. Gruppenivå?
 - b. Individnivå?
3. Har du eksempler på konkrete helsefremmende tiltak som ble satt i gang?
 - a. Gruppenivå?
 - b. Individnivå?
4. Nå har du snakket litt om hvilke tiltak som har blitt gjort, også lurer vi videre på om du kan snakke litt om hva som kan være barrierer og ressurser for at slikt arbeid og tiltak skal fungere?
 - a. Tverrfaglig samarbeid
 - b. Ulik kompetanse
 - c. Demens som pasientgruppe - kommunikasjon, motivasjon ol.
 - d. Er det noen utfordringer spesielt knyttet til tilrettelegging av fysisk aktivitet til personer med demens på sykehjem? (Evt. hva ser du som de(n) største utfordringen(e)?)
5. Hadde dere noen konkrete målsetninger med tiltak som blir satt i gang?
 - a. Bevegelsesglede?
 - b. ADL?
 - c. Gangfunksjon?
 - d. Livskvalitet? Selvstendighet?
 - e. Opplevde du at dere nådde målene?

- i. Hva skulle til for å nå målene? / Hva kunne vanskeliggjøre dette?
6. Har du noen andre eksempler på måter det jobbes med å fremme helse og forebygge funksjonsfall hos personer med demens på sykehjem?
 - a. Har du noen mening om hvilken rolle fysioterapeuter evt kunne hatt i dette arbeidet? Hvordan vi kunne bidratt med vår kunnskap?
 - b. Hva skal til/på hvilket nivå må det skje en endring for at vi skal kunne bidra i arbeidet?
7. Tror du dette sykehjemmet er representativt for resten av landet? Hva tenker du eventuelt at andre sykehjem kunne tatt "lærdom" av fra dere?
8. Er det noe mer du ønsker å legge til?