



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Livskvalitet hjå heimebuande personar med demens

"Quality of life for people living at home with dementia»

Kandidatnummer: 205

SYKF390 Bachelor i Sjukepleie
Fakultet for helse- og sosialvitskap
Institutt for helse- og omsorgsvitskap

Innleveringsdato: 09.06.2023

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Samandrag

Tittel: «Livskvalitet hjå heimbuande personar med demens»

Bakgrunn for val av tema: For ti år sidan utpeika Verdens helseorganisasjon (WHO) demens til ein av vår tids største helseutfordringar (Rokstad, 2021, s.12). Personar som er ramma vil gradvis trenge meir hjelp i kvardagen (Birkeland & Folvik, 2018, s.59). Dette kan verke skremmande. Fleire personar med demens bur lenger heime no enn tidlegare. Ein sentral del av sjukepleie til personar med demens er å bevare deira oppleving av å vere ein verdifull person til trass sjukdommen (Skovdahl, 2021, s.426). Difor vil eg gå nærare inn på kva tiltak som kan bidra til å fremje god livskvalitet hjå heimebuande personar med demens.

Problemstilling: «Korleis kan sjukepleiarar bidra til å fremje livskvalitet til heimebuande personar med demens?»

Metode: Metoden eg har brukt i denne bacheloroppgåva er litteraturstudie. Eg har inkludert totalt fem forskingsartiklar frå perioden 2013 – 2022.

Funn/Konklusjon: Demens er ein sjukdom som gjer at ein gradvis vil få vanskar med å utføre oppgåver i dagleglivet. Mange personar med demens kjenner seg redde og stigmatisert. Ein vil ikkje kunne bli frisk av sjukdommen, men ein kan legge til rette for at ein kan leve så godt som mogleg trass sjukdomsutvikling. Fysisk aktivitet og sosial kontakt har vore gode tiltak for å fremje god livskvalitet. I arbeidet med å auke livskvalitet hjå desse personane er det viktig for sjukepleiar å ha fokus på personretta omsorg.

Nøkkelord: Sjukepleiar, demens, heimebuande, livskvalitet, miljøbehandling

Abstract

Title: «Quality of life for people living at home with dementia»

Theme roll background: Ten years ago, the World Health Organization (WHO) identified dementia as one of the greatest health challenges of our time (Rokstad, 2021, p.12). People who are affected will gradually need more help in everyday life (Birkeland & Folvik, 2018, p.59). This can seem daunting. More people with dementia stay at home longer now than before. A central part of nursing care for people with dementia is to preserve their experience of being a valuable person despite the illness (Skovdahl, 2021, p.426). Therefore, I will go into more detail about what measures can contribute to promoting a good quality of life for people living at home with dementia.

Issue: «How can nurses contribute to promoting the quality of life of people living at home with dementia?»

Method: The method I have used in this bachelor`s thesis is literature study. I have included a total of five research articles from the period 2013 – 2022.

Conclusion: Dementia is a disease that means that you will gradually have difficulties in carrying out tasks in daily life. Many people with dementia feel scared and stigmatised. You will not be able to recover from the disease, but you can make arrangements so that you can live as well as possible despite the development of the disease. Physical activity and social contact have been good measures to promote a good quality of life. In working to increase the quality of life for these people, it is important for nurses to focus on person-oriented care.

Keywords: nurse, demenita, home resident, quality of life, environmental treatment

Innholdsliste

1.0 INNLEIING.....	1
1.1 BAKGRUNN FOR VALD TEMA.....	2
1.2 PROBLEMSTILLING	2
1.3 AVGRENSING.....	3
1.4 OMGREPSAVKLARING	3
2.0 TEORI	4
2.1 DEMENS.....	4
2.1.1 Mål med behandling av demens.....	4
2.2 MILJØBEHANDLING	5
2.3 SOSIALPSYKOLOG TOM KITWOOD SIN TEORI OM PERSONSENTRERT OMSORG KNYTT TIL DEMENS.....	6
2.3.1 Personentrert demensomsorg.....	6
2.4 LIVSKVALITET.....	7
2.5 RELASJONSKOMPETANSE.....	8
2.5.1 Livshistorie.....	8
2.6 DEMENSPLAN 2025 – HEIMEBUANDE MED BEHOV FOR TENESTER	9
2.6.1 Avgrensa tid i heimetenesta.....	9
3.0 METODE	10
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE	10
3.2 FRAMGANGSMÅTE.....	10
3.3 SØKEPROSSESSEN	11
3.4 KJELDEKRITIKK	12
4.0 RESULTAT	13
4.1 – ARTIKKEL 1.....	13
4.2 – ARTIKKEL 2.....	13
4.3 - ARTIKKEL 3.....	14
4.4 - ARTIKKEL 4.....	15
4.5 – ARTIKKEL 5.....	16
4.6 SAMANFATNING AV ARTIKLANE.....	16
5.0 DRØFTING	18
5.1 Å SKAPE DEN GODE RELASJONEN	18
5.2 STIMULERING AV SANSAR VED OPPHALD UTANDØRS	19
5.3 FYSISK AKTIVITET SOM EIT TILTAK FOR AUKA LIVSKVALITET	20
5.4 PERSONAR MED DEMENS REFLEKTERA OVER KVA DEI LEGG I LIVSKVALITET	21
5.5 TYPISKE TILBOD PÅ EIT DAGSENTER.....	22
6.0 KONKLUSJON	24
7.0 LITTERATURLISTE	25
VEDLEGG 1 - PICO	27
VEDLEGG – 2 SØKESTRATEGI	27
VEDLEGG – 3 SØKESTRATEGI	29
VEDLEGG – 4 SØKESTRATEGI	30
VEDLEGG – 5 LITTERATURMATRISE	31

1.0 Innleiing

Per 2020 var det ca. 100 000 menneske i Noreg som lever med demens. På grunn av at det stadig blir fleire eldre i Noreg, er det forventa ei dobling av personar som får diagnosen demens innan 2050 (Strand, m.fl., 2021).

For ti år sidan utpeika Verdens helseorganisasjon (WHO) demens til ein av vår tid største helseutfordringar (Rokstad, 2021, s.12). Demens medfører kognitiv svikt og pasienten utviklar dårleg hukommelse. Vidare medfører sjukdommen funksjonssvikt, som gjer at daglegdagse oppgåver etterkvart blir utfordrande (Rokstad, 2021, s.12 & 13). Det er ikkje mogleg å kurere demens, men det finst gode tiltak slik at dei som lever med sjukdommen kan få eit så godt liv som mogleg (Strand, m.fl., 2022).

Regjeringa vil jobbe for eit meir demensvenleg samfunn. For å møte utfordringar med demenssjukdom kom regjeringa difor med ein Demensplan 2025. For at eit demensvenleg samfunn skal fungere i praksis, må ein bryte ned sosiale og fysiske barrierar. Målet er meir forståing, inkludering og ikkje minst likeverd mellom menneske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5 & 7).

Personar med demens er ei gruppe menneske som krev hjelp frå helse- og omsorgstenesta. Dei fleste – to tredelar av gruppa, bur heime og ein tredel bur på institusjon (Birkeland & Flovik, 2018, s.158).

Generelt bur det fleire eldre heime no enn tidlegare. Dette har ført til at heimetenesta er blitt meir spesialisert og diagnoseorientert. Likevel ser ein ofte tendensar til å oversjå pasientane sine psykososiale behov, spesielt for personar med kognitiv svikt og demens (Næss, 2021, 246). Personane har viktige behov i høve auka livskvalitet.

Forskrift om pleie- og omsorgsteneste for tenesteyting (2003, §1) skal mellom anna bidra til å sikre at personar som mottok tenestane får ivaretatt sine grunnleggande behov. Det er viktig at kommunane har prosedyrar som sikrar at mottakaren av tenesta får medbestemming i samband med dagleg utføring av tenesta (§3). Helsedirektoratet (2022) gir anbefaling om at

kommunale verksemdar som yter helse- og omsorgstenester til tenestemottakarar med demens, legg tilrette for psykososiale tiltak og aktivitetar. Tenestemottakarane bør motiverast til deltaking i aktivitetar som byggjer på personen sine eigne interesser og preferansar, til dømes sosialt samvær eller sansestimulering.

Ein sentral del av sjukepleie til personar med demens er å bevare deira oppleving av å vere ein verdifull person til trass sjukdommen (Skovdahl, 2021, s.426). Miljøbehandling er ikkje-medikamentelle tiltak for å auke livskvaliteten til personar med demens, samt støtte opp under deira eigne ressursar. Det handlar om å oppretthalde sjølvstende og førebygge åtferdsmessige og psykiske symptom som depresjon. Miljøbehandling må vere personsentrert (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022).

1.1 Bakgrunn for vald tema

Det er fleire eldre som bur lenger heime no enn tidlegare. Regjeringa har kome med ein reform som skal gjere det trygt for personar som ynskjer å bu heime (Regjeringen, 2022). Difor vil eg ha fokus på korleis ein som sjukepleiar kan fremje livskvalitet for personar med demens som bur heime. I tillegg har eg erfaring frå praksis i studieforløpet, samt mange års jobberfaring. Erfaringa eg har skaffa meg har gjort stort inntrykk på meg, og gjort meg nysgjerrig på temaet kring demens. Å leve med demens opplevast ofte ulikt, men likevel omtalar mange det som ei påkjenning med angst og usikkerheit (Rokstad, 2021, s.13). Samstundes er demens ein sjukdom som er progredierande. Personar som er ramma vil gradvis trenge meir hjelp i kvardagen (Birkeland & Folvik, 2018, s.59). Dette kan verke særskremmande. Difor ynskjer eg å lære meir om korleis ein som sjukepleiar kan bidra til å fremje livskvalitet hjå heimebuande personar med mild til moderat grad av demens.

1.2 Problemstilling

«Korleis kan sjukepleiarar bidra til å fremje livskvalitet til heimebuande personar med demens?»

1.3 Avgrensing

Eg har vald å avgrense problemstillinga til heimebuande personar over 65 år med mild til moderat grad av demens. Personane mottok kommunale helsetenester. Livskvalitet er eit breitt omgrep. Det eg vil leggje vekt på i denne oppgåva er den subjektive kjensla av livskvalitet – eiga oppleving av å ha det godt. Oppfatning av livskvalitet er subjektiv og kan vere særskilt ulik frå person til person (Næss, 2011, s.18). Tiltak eg ynskjer å ha fokus på er miljøtiltak og ikkje-medikamentelle tiltak. Eg vel å ikkje avgrense problemstillinga til ein spesifikk demensdiagnose, men skriv generelt om demens. Oppgåva vil difor bli retta mot korleis ein som sjukepleiar i heimetenesta kan bidra til at kvar ein skild heimebuande med demenssjukdom får oppleve å ha det godt i livet, og korleis det kan fremje livskvaliteten hjå personen.

1.4 Omgrepsavklaring

I dette kapitlet skal eg definere nokre omgrep eg kjem til å bruke vidare i oppgåva. I teorikapitlet vil eg gå nærare inn på nokre av desse omgrepa.

Demens: Demens er eit symptombilde som forårsaka både kognitiv- og funksjonssvikt. Kognitiv svikt gjer at ein over tid kjem til å få problem med hukommelse, orienteringsevne og språk. Redusert funksjonsnivå inneber at ein vil få problem med å gjere daglegdagse oppgåver. Dette vil true det sjølvstendige livet (Rokstad, 2021, s.12). Demens utviklar seg gradvis over tid, og kan ikkje kurerast (Strand m.fl., 2021).

Livskvalitet: Livskvalitet er psykisk velvære, ein subjektiv oppfatning av å ha det godt i livet (Næss, 2011, s.15).

Sjukepleiar: Ein sjukepleiar jobbar med alle menneske, uansett alder og korleis fase i livet ein er i. Som sjukepleiar kan ein jobbe med akutte sjukdommar, men også kroniske sjukdommar eller psykiske lidingar. Som sjukepleiar hjelp ein også til slik at menneske kan bu heime, sjølv med helseutfordringar (NSF, u.å).

ADL: Aktivitetar i dagleglivet (Aldring og helse, u.å).

2.0 Teori

I dette kapitlet skal eg gjere greie for kva demens er, kva målet med behandlinga er og kort om miljøbehandling. Vidare skal eg ta for meg for sosialpsykologisk perspektiv om personsentrert omsorg, slik Tom Kitwood har presentert det. Til slutt skal eg seie noko om omgrepet livskvalitet, relasjonskomptanse og kort om Demensplanen 2025.

2.1 Demens

Demens er eit klinisk symptombilde på fleire hjernesjukdommar som gradvis gir kognitiv- og funksjonssvikt. Kognitiv svikt vil etterkvart gi pasienten svekka hukommelse, orienteringsevne, samt svekka språkevne. Ved funksjonssvikt vil pasienten etterkvart ha problem med å utføre daglegdagse aktivitetar. Dette gjer at det sjølvstendige livet til pasienten blir trua. Ved ein demenssjukdom kjem det ofte ein del tilleggssymptom, som mellom anna depresjon, angst og åtferdsendingar (Rokstad, 2021, s.12). Sjukdommen påverka vedkommande på ulike måtar. Felles for alle er at dei fleste demenssjukdommane er progredierande, det vil seie at fysisk og psykisk funksjonssvikt utviklar seg gradvis, og til slutt ender med død (Birkeland & Flovik, 2018, s.59).

Å leve med demens opplevast ulikt frå person til person, men det som ofte går igjen er at menneske som lev med demens beskriv tilstanden som ei stor påkjenning som igjen skapar usikkerheit, depresjon og påverkar sjølvbilete og sjølvkjensla på ein negativ måte. Mange blir lei seg og flaue over å ha sjukdommen, og andre kjenner seg stigmatisert. Demens kan på mange måtar kjennast som ein trussel mot eigen identitet og kan føre til redusert livskvalitet (Rokstad, 2021, s.13). I startfasen vil mange trekke seg tilbake og bli engstelege. Seinare i sjukdomsforløpet blir det større endringar i personlegdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.8).

2.1.1 Mål med behandling av demens

Ein sentral del av sjukepleie til personar med demens er å bevare deira oppleving av å vere ein verdifull person til trass sjukdommen (Skovdahl, 2021, s.426). Utgangspunktet for all behandling er alltid personen med demens og deira ynskjemål, behov og opplevingar. Tiltak

og aktivitetar som vert iverksette skal vere tilpassa personen sitt behov, samt ta omsyn til personen sine interesser og preferansar. Eit viktig mål for demensomsorga i Noreg er at personar med demens skal ha god livskvalitet og oppleve å ha meningsfulle dagar (Skovdahl, 2021, s.427).

Det har i lang tid blitt forska på demens, men det har det ikkje kome ein kurerande medisin. Per no finst det medisin som kan dempe symptom, men det finst ingen medisin som stoppar sjølve utviklinga av sjukdommen. Når sjukdommen har utvikla seg over tid, vil ein trenge full pleie og omsorg. Sidan demens ein ikkje kan kurerast, vert det fokusert på andre tiltak som kan gjere livet til ein person med sjukdommen meningsfullt, og auke deira livskvalitet. Dette er tiltak som inneber miljø og aktivitet. Å bruke omgivnader og miljø er viktig. Behandlinga vil innebere at personar med demens skal ha eit så godt liv som mogleg. Da er det viktig å ha eit aktivt liv der ein framleis held hovud og kropp i gang. Samstundes er det viktig å utfordre sansar som lukt og syn (Aldring og helse, u.å).

2.2 Miljøbehandling

Det finst ingen spesifikk definisjon på kva miljøbehandling er, men ein seier at det er ein terapeutisk tilnærming som kan setjast i verk i miljøet personen er i. Miljøbehandling tek alltid utgangspunkt i personen sitt perspektiv. Dette inneber å tilpasse kommunikasjonen mellom sjukepleiar og person med demens. Ein må til å tilpasse krav, fysiske omgivnader, sikre moglegheit for fysisk aktivitet, samt å ikkje gi meir hjelp enn naudsynt. Miljøbehandling skal også bidra til å stimulere sansar slik som lukt, syn og høyrsel slik at ein kan bruke dei som ressurs for å oppleve livskvalitet, velvære og mening (Aldring og helse, u.å.). Personar med demens skal få medverke i gjennomføringa av tiltaket. Det vil seie at vedkommande skal vere involvert i heile prosessen. Målet med miljøbehandlinga er at den er i tråd med vedkommande sine ynskjer (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022).

Den som har ansvar for tenesta (til dømes sjukepleiar i heimesjukepleien), har ansvar for å følgje opp tiltaket og føre det inn i journalen slik at andre tilsette får med seg tiltaket. Det er

viktig at tenesta er samanhengande og gjennomførbar (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022).

2.3 Sosialpsykolog Tom Kitwood sin teori om personsentrert omsorg knytt til demens

Kva inneber det å vere ein person? I følgje Tom Kitwood er det å ha ein personlegdom. Kitwood nytta for dette det engelske ordet «personhood». Denne verdien blir tildelt eit menneske av andre i sosiale relasjonar. Det inneber respekt og tillit. Kitwood meinte at ein la for stor vekt på reduserte funksjonsnivå og symptoma hjå personar med demens, istadenfor for å sjå desse personane som menneske. Difor argumenterte han for ei alternativ tilnærming der ein heller møter personar med demens ut i frå ein kombinasjon av personlege, sosiale og nevrologiske faktorar (Rokstad, 2021, s. 30 – 31).

Kitwood utvikla difor ein modell for å forstå demens. Her seier han at demens er ein kombinasjon av hjerne-organisk svikt (HS), helse (H), livshistorie (L), personlegdom (P) og endringar i sosiale relasjonar (S). Disse fem faktorane har alle påverkan for korleis personar med demens opplev og meistrar sin situasjon (Rokstad, 2021, s.23). Kitwood la og stor vekt på viktigheita av eit støttande sosialt miljø for å auke personar med demens sitt velvære. Han meinte at det er viktig at ein møter desse personane som eit unikt individ heilt til livets slutt. Kitwood hevda at eit kvart menneske er genuin, uavhengig av grad av kognitiv svikt. Det avgjerande når ein møter eit menneske som unikt, er å prøve å forstå deira livshistorie og verdsettje deira verdier. Det er ikkje umogleg for personar med demens å oppnå relativt høg grad av livskvalitet så lenge deira grunnleggande psykiske behov blir møtt. Manglande livskvalitet knytt til demens er ikkje berre eit resultat av kognitiv symptom og hjerneorganiske forandringar, det er også relatert til kvaliteten på omsorga som blir gitt, samt grad av sosial støtte frå omgivande (Rokstad, 2021, s.34 – 35).

2.3.1 Personsentrert demensomsorg

I dei siste åra har personsentrert omsorg vore eit godt tiltak for god demensomsorg. Omgrepet har vore brukt i samanheng med helse- og omsorgstenesta. Personsentrert demensomsorg handlar om å verdsettje menneske med demens. Kvart enkelt individ skal

respekterast og skal bli møtt som eit fullverdig medlem av samfunnet. For å kunne yte best mogleg personsentrert omsorg er det viktig å ha forståing for kva opplevingar personar med demens har (Rokstad, 2021, s. 30).

2.4 Livskvalitet

Næss beskriver livskvalitet som eit omgrep som kan bli målt og definert på ulike måtar, som enkeltpersonen sitt psykiske velvære og subjektiv kjensle. Det vil seie eiga oppfatning av å ha det godt. Helsetenesta er no blitt meir bevisst på å sjå helseproblema frå tenestemottakar si side, og mange ynskjer eit godt liv framfor eit langt liv (Næss, 2011, s.17).

Livskvalitet er ofte målet for sjukepleiepraksis og det handlar om enkeltindividet si oppleving av livet. Sjukepleie har eit breitt perspektiv på livskvalitet som tek vare på heile tilnærminga til helse og sjukdom (Wahl & Rokne, 2011, s.193).

Resultat av forskning på livskvalitet bør føre til at utøving av sjukepleie vert endra/betra for tenestemottakar. Det kan dokumentere problemområde som tenestemottakar slit med. Forsking kan sette fokus på helseproblem som sjukepleiar ikkje har fokus på. Det kan og nyttast som dokumentasjon til rutinemessig kartlegging av livskvalitet. Dette kan til slutt gi sjukepleiar ein peikepinn på kva tiltak som verkar på tenestemottakar si oppleving av livskvalitet (Wahl & Rokne, 2011, s.192-193).

For eldre menneske blir livskvaliteten redusert med åra. Sansane blir svekka og aktivitetsnivået blir redusert. I tråd med desse endringane er det rimeleg å tenke at livskvaliteten til eldre menneske vert redusert. Samstundes har alderdommen nokre gevinstar. Dette går mellom anna ut på at eldre menneske er sjeldnare i konflikhtar og er mindre opptatt av andre si anerkjenning (Hansen og Slagsvold, 2011, s.137).

Pasienten si eiga vurdering av kva livskvalitet er, er viktig informasjon for sjukepleiar, og er utgangspunkt for kva helsetenestetilbod ein får. Dialog og relasjon mellom pasient og sjukepleiar er sentralt (Wahl & Rokne, 2011, s.197).

2.5 Relasjonskompetanse

For å streve etter god pleie og omsorg er det viktig å ha ein god relasjon mellom pleiar og pasient. Difor er haldningar, verdiar og måten ein kommuniserar på ein sentral del i relasjonen. Å skape den gode relasjonen inneber ei rekkje ting; empati, god kunnskap, fint menneskesyn og tolmod. Relasjonskompetanse handlar mellom anna å forstå situasjonen, kjenne seg sjølv og ikkje minst forstå den andre si oppleving av situasjonen. Det å forstå korleis ein person med demens opplev kvardagen sin eller forstå korleis personen har det, inneber at ein må vere villig til å leite etter meininga bak åtferd og ytring. Demens er ein sjukdom som utviklar seg gradvis i negativ retning og språket blir etterkvart ei utfordring. Difor er kunnskap om kommunikasjon og relasjonen mellom pleiar og pasient utruleg viktig (Rokstad, 2021, s.52).

For å ha ein god relasjon treng ein kommunikasjon. God kommunikasjon mellom to menneske skapar tillit og tiltru (Rokstad, 2021, s.52). Kommunikasjon har likevel fleire funksjonar og hensikter. Det handlar om å løyse problem, skape tillit til kvarandre, formidle ein beskjed eller berre å finne ut kva den du pratar med føler. Med ein personsentrert tilnærming til kommunikasjon vil personen med demens vere ein prioritering og sjølv demenssjukdommen vil komme i andre rekkje. Som sjukepleiar må ein uansett ha kunnskap om kva endringar som skjer i hjernen til personen, og kva innverknad dette har på forutsetningar for kommunikasjon (Rokstad, 2021, s.53).

I møte med personar med demens må ein vere merksam på kva kjensler vedkommande har i forhold til endringar i hjerne og kropp. For å kunne vere til god hjelp, samt bidra til å oppretthalde sjølvbilete og livskvalitet, må omsorgsgivar anerkjenne personen sitt perspektiv og prøve å skjønne kva vedkommande uttrykkjer (Rokstad, 2021, s.54).

2.5.1 Livshistorie

Det finst ulike verktøy for å innhente opplysingar eller bli kjent med personar med demens. Ein har lenge brukt intervjuguiden «Min livshistorie – hvem er jeg?». Denne intervjuguiden er utforma slik at ein legg opp til tre samtalar med personar med demens om tre tema; «Kva likar eg å gjere?», «Kven er eg?» og «Kven har eg i mitt nettverk?». Basert på informasjon som blir gitt ved hjelp av intervjuguiden kan ein utarbeide både aktivitetsplan for den enkelte, men også bli kjent med personen (Rokstad, 2021, s.87).

Å ha kjennskap til vedkommande si livshistorie er viktig for å kunne forstå personen og møte den på ein god måte (Rokstad, 2021, s.33).

2.6 Demensplan 2025 – heimebuande med behov for tenester

Tideleg i sjukdomsfasen opplever dei fleste personar med demens at dei meistrar kvardagen. Etterkvart som sjukdommen utviklar seg har ein meir behov for struktur for å gjennomføre kvardagen, samt oppretthalde funksjonsevna. For at personane skal meistre dette, må det finnast eit tilbod som ivaretar både sosiale og fysiske behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.17).

Det er ulikt frå person til person kor mykje hjelp ein treng i kvardagen. Det som er likt for alle er at tenesta som yter hjelp skal bidra til at alle personane med demens har tilstrekkeleg oppfølging til å kunne leve eit verdifullt liv. Sjølv om det ikkje finst ein medisinsk behandling som kan gjere personar med demens friske, er det likevel viktig å gi gode tiltak som kan auka deira livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.63).

For at personar med demens skal bu heime lengst mogleg er det viktig med gode teneste som byggjer på tryggleik, velvære, god livskvalitet og kontinuitet. Det er viktig med ein fast kontaktperson (gjerne ein primærsjukepleiar), for å få god og systematisk oppfølging. Kontaktpersonane følgjer med på behov som oppstår og vurderer hensiktsmessige tiltak (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.69).

2.6.1 Avgrensa tid i heimetenesta

Heimetenesta er ofte prega av planar som viser kor mange pasientar ein tilsett skal rekkje over i løpet arbeidsdagen. Dette fører til knapt med tid hjå kvar enkelt. Å vere tolmodig og opptre langsamt kan difor vere utfordrande. I mange situasjonar kan det vere nødvendig å bruke meir tid hjå personar med demens enn hjå mentalt friske pasientar (Birkeland & Flovik, 2018, s. 162-163).

3.0 Metode

I dette kapitlet skal eg ta for meg kva metode oppgåva baserer seg på. Eg også skal beskrive korleis eg fann relevant forskning.

For å samle kunnskap og informasjon for å kunne belyse ei vald problemstilling, vel ein kva metode/framgangsmåte ein vil nytte. Metodebeskrivelsen skal vere så presist at den er etterprøvbar. Problemstillinga ein vel, er avgjerande for kva metode ein vel å bruke (Thidemann, 2019, s.74).

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden eg har vald å bruke er litteraturstudie som systematiserer kunnskap frå skriftlege kjelder. Å systematisere handlar om å finne litteratur, evaluere og kritisk vurdere den og deretter samanfatte. Litteraturstudie handlar om å gi den som les ei forståing av kunnskapen som problemstillinga etterspør. I litteraturstudie nyttar ein sekundærdata – data som er funne/samla inn av andre. Det kan ein finne både i databasar, bøker, tidsskrift og liknande (Thidemann, 2019, s.77-78).

3.2 Framgangsmåte

Ved hjelp av systematisk søk i databasar, har eg funne faglege og relevante forskingsartiklar som har gitt svar på formulert og vald problemstilling.

For at litteratursøket skulle bli konkretisert og presist, har eg nytte PICO skjema som eit hjelpemiddel. PICO består av «Problem/population» (demens), «Intervention» (tiltak), «Comparison» og «Outcome» (livskvalitet). C i PICO kan ein nytte dersom ein ynskjer å samanlikne to tiltak. Eg vel å ikkje bruke C i PICO i denne oppgåva. PICO har fleire funksjonar som skal hjelpe meg til å operasjonalisere problemstillinga, slik at den blir søkbar (Thidemann, 2019, s.82). Det er eit hjelpemiddel som vil gjere spørsmålet presist, klargjere kva ein vil inkludere og ekskludere i søket. Det vil også identifisere søkeord og omgrep, og hjelpe til med å strukturere søket i databasen (Thidemann, 2019, s.82).

3.3 Søkeprosessen

Innleiingsvis gjorde eg nokre oversiktsøk i både PudMed og Google Scholar. Eg valde å søke ei runde på norsk og ei runde på engelsk «demens og livskvalitet» og «dementia and quality of life». Da fann eg nokre artiklar som var relevant og tok vidare utgangspunkt i dei. Eg såg på kva nøkkelord artiklane hadde og brukte nokre av dei vidare i mitt systematiske søk.

Gode søkeord la eg inn i databasane Cinahl og Medline, som Mesh ord (Medical Subject Headings). Mesh ord er emneord som beskriver innhaldet i artiklane (Thidemann, 2019, 86). Cinahl og Medline er databasar med sjukepleie- og medisinskretta forskning. Før eg søkte i databasane, oversatte eg orda til engelsk for å få eit utval med fleire artiklar. Når eg søkte i databasane var det ikkje alle som fekk same treff av artiklar. For å utvidet søket mitt, bytta eg nokre gonger same søkehistorikk og fekk enten fleire eller færre treff.

For å finne relevant forskning, nytta eg meg av ulike søkemotorer. Det er gjort søk i både «Cinahl», «Academic Search Elite» og «MEDLINE» å finne aktuelle treff. Academic Search Elite vart nytta for å gjere søket større og for å få fleire treff. Eg søkte eitt og eitt ord i gangen og kombinerte dei som var synonyme med OR, når eg hadde kombinert alle som passa saman med OR, kombinerte eg dei med AND og søkte deretter. I nokon søk nytta eg meg berre av eit og eit ord og kombinerte dei med AND. Da fekk eg og antal treff som var overkommeleg. Alle valde artiklar er fagfelleurdert. Eg har nytta mange ulike søkeord (Vedlegg 1 – PICO).

Deretter gjekk eg systematisk gjennom artiklane og såg kven av dei som kunne vere relevant for mi problemstilling. Ved å avgrense søket, kan eg mellom anna definere inklusjons- og eksklusjons-kriterier slik at eg tydeleggjer litteratursøket (Thidemann, 2019, s.83). I somme søk nytta eg meg av inklusjonskriterie der eg avgrensa søket til publiseringsår og alder. Når eg såg ei passende overskrift, gjekk eg gjennom abstrakt for å få eit raskt overblikk om eg kunne bruke artikkelen. I abstrakt kan ein få eit kjapt overblikk over hensikt, metodeval og resultat frå forskingsartiklane.

3.4 Kjeldekritikk

Forsking som er publisert i vitenskapleg tidsskrifter må kritisk vurderast. Det gjer ein ved å vurdere artikkelen sin gyldigheit, metodisk kvalitet, overførbarheit og resultat.

Forskingresultat skal ikkje nyttast ukritisk (Kunnskapsbasert praksis, 2018).

Ved systematiske søk etter nyare forskning i database, valde eg nokre gonger å avgrense publiserings dato frå 2013 – 2023, samt å avgrensa alderen på menneska det omhandla til 65år + grunna avgrensing i problemstillinga. Såleis valde eg berre artiklar frå dei siste 10 år, grunnen for dette er at stadig blir forska på demens. Synet på personar med demens har endra seg dei siste åra, med tanke på våre haldningar til dei. I dag er det meir fokus på den enkelte personen med demens sin eigenverdi. I somme søk valde eg å ikkje avgrense søket mitt. Dette gjorde eg for å få eit litt breiare utval av artiklar. I dei søka eg avgrensa, kom det ofte få artiklar fram som ikkje passa til problemstillinga mi. Når eg søke utan tidsavgrensing, kom det likevel ny forskning som passa til mi problemstilling.

Alle artiklane eg har nytta meg av er skrive på engelsk. Dette kan vere ein svakheit fordi det kan vere ting ein overser når ein omsettar teksten til norsk. To av artiklane er gjort i Noreg, noko som styrkar resultatata, grunna relasjonen til norske forhold.

Ein av artiklane handlar om personar som bur på institusjon. Eg har likevel vald å ta den med fordi det omhandlar personar med moderat grad av demens, som eg ei avgrensing problemstillinga mi. Ein anna grunn for at eg har vald å ta artikkelen med, er at ein kan ha like god effekt av tiltak retta mot heimebuande som for dei som bur på institusjon. Ikkje alle artiklane omtalte sjukepleieretta tiltak, men eg valde likevel å ta dei med fordi det speglar godt livskvaliteten til deltakarane i undersøkinga.

4.0 Resultat

I dette kapitlet ynskjer eg å presentere forskingsartiklane eg har funne med hensikt og resultat. Til slutt skal eg samanfatte alle artiklane.

4.1 – Artikkel 1

Forskringsartikkelen «Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated study» er skriva av (Olsson, et al., 2013). Artikkelen sin bruk av metode var kvalitativ innhaldsanalyse.

Hensikta med denne studien var å undersøke korleis personar med mild grad av demens opplevde det å vere i aktivitet og det å vere utandørs. 11 personar stilte til intervju.

Resultata frå denne studien viser at deltakarane beskriver det å vere utandørs som ein stadfesting på at det var framleis mogleg å drive med dei aktivitetane dei ynskja til tross for sjukdommen. Mange av deltakarane reflekterte også over enkelte oppgåver dei ikkje lenger kunne utføre, og sette difor stor pris på at dei framleis kunne delta på andre ting dei synes var kjekt. Vidare forklarte deltakarane at sanseopplevinga (lukt, høyrsel, syn), var assosiert med trivsel og livskvalitet. Berre det å sitte ute og ha desse kjenslene beskriv deltakarane som ein slags medisin. Mange beskriv det å vere ute som ein kjensle av fridom og sjølvstende. Ei dame som vart intervjuva fortalte at kjensla å ikkje ha moglegheita til å gå ut gjorde at ho følte seg fanga. Sjølv om det var mange gode opplevinga med det å vere utandørs, var det nokre av deltakarane som følte på eit stort tap når dei var ute. Dei beskriv at det å vere utandørs, fekk dei til å innsjå at dei ikkje lenger kunne køyre bil. Dette var også noko deltakarane reflekterte over i intervjuet.

4.2 – Artikkel 2

Forskringsartikkelen «Path analysis from physical activity to quality of life among dementia patients: A dual-path mediating model» (Huang et al., 2019). Ein beskrivande tverrsnittstudie.

Hensikta med denne studien var å klargjere påvirkningsbanene blant fysisk aktivitet, dagliglivsaktivitet, depresjon og livskvalitet blant personar med demens. Ca. halvparten av personane som deltok i studien var over 80 år.

Resultata av denne studien var at fysisk aktivitet hadde positiv effekt på aktivitet i dagleglivet (ADL), og reduserte depressive symptom, noko som igjen bidrog til auka livskvalitet. Evna til å gjennomføre ADL, spelte ei stor rolle for korleis dei opplevde livskvalitet. Fysisk aktivitet bidreg til auka fleksibilitet, balanse og muskelstyrke. Det bidrar også til å halde hjernen i gang, noko som er essensielt i utførselen av ADL. Difor er fysisk aktivitet noko som strekt bør framhevast i det daglege hjå desse personane. Eit anna interessant funn var den indirekte effekten fysisk aktivitet hadde på depresjon. Depresjon er svært vanleg blant personar med demens. Studien viste at depresjon gav redusert livskvalitet hjå desse personane. Resultat av studien viste dog at fysisk aktivitet har positiv effekt på å redusere depressive symptom, noko som bidrog til å auka livskvalitet. Resultata frå studien indirekte at fysisk aktivitet som eit ikkje-medikamentelt tiltak for å redusere depressive symptom, bidrog til auka livskvalitet. I og med at det ikkje finnast ein kur mot sjukdommen, burde auka livskvalitet vere eit prioritert mål for desse menneska.

4.3 - Artikkel 3

«Fun and a meaningful routine: the experience of physical activity in people with dementia.» (Telenius et al., 2022). Eit fenomenologisk hermeneutisk forskningsdesign vart nytta. (Kvalitativ metode).

Hensikta med denne studien var å gi innsikt i erfaringar med fysisk aktivitet hjå personar med demens. 27 deltakarar var med i studien. 10 personar av desse mottek heimeteneste.

Resultatet frå studien viste at deltakrane syns det var morosamt å vere fysisk aktivt. Det gav dei positive opplevingar, samt at det styrka meistringskjensla deira. Mange av deltakarane forklarte at det å vere i fysisk aktivt dempa depressive symptom. Fleire fortalte at dei synst der var moro at dei framleis kunne samanlikne sin eiga form med andre sin. Dersom eige fysisk form var betre enn andre jamgamle, gav dette meistringskjensle. Det sosiale samværet vart også trekt fram når ein snakka om fysisk aktivitet.

Men deltakarane møtte også barrierar på forsøk å vere fysisk aktiv. Nokre fortalte om smerter og andre snakka om at dei var redde for å gå seg vill. Fleire av deltakarane fortalte at dei var avhengige av andre for å vere fysisk aktiv. Årstid og mørketid var faktorar som også spelte inn, da det var vanskelegare å vere fysisk aktiv i vinterperidoen. Ved å vere fysisk aktiv, flytta ein fokus frå å vere pasient, men retta fokuset mot eit fysisk aktivt individ. Dette var viktig for deltakarane. For desse personane var det viktig at både uformelle og formelle omsorgspersonar var klar over viktigheita av å vere fysisk aktiv.

4.4 - Artikkel 4

«**Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia**» skrive av (Stewart-Archer et al., 2016), ein kvalitativ deskriptiv studie av blanda metodar, tverrsnittsstudie.

Hensikta med denne studien var å undersøke kva personar med demens definera som god livskvalitet og korleis dette kan støttast/korleis dette kan gjerast noko med.

Deltakarane i studien beskrev god livskvalitet som god fysisk helse, å få dekkja grunnleggjande behov, engasjement i meningsfulle aktivitetar, samt auka tilgang på kvalifiserte sjukepleiarar.

Som respons på kva den subjektive definisjonen på livskvalitet, svarte personane sjølvstende. Å ikkje trenge hjelp og dette med å klare seg sjølv var ein viktig del av livskvaliteten. Fridom vart også nemnt. Fridommen til å gjere det man vil når man vil. Dei beskrev fridom som at ingen trengte å ta val for dei. Fleire av deltakarane beskrev det å gjere ting dei synst var meningsfullt, var definisjon på livskvalitet. Å finne på ting som møtte deira interesser var ein sentral del i god livskvalitet. Meningsfulle aktivitetar som strikking eller å sjå noko morosamt på TV kunne vere eit tiltak. Andre kunne tenke seg å vere i større grupper, der dei i lag kunne finne på noko. God fysisk helse var også noko deltakarane såg på som god livskvalitet. Å vere i aktivitet og bevege seg gjorde godt for kropp og sjel. Andre beskrev god livskvalitet som at ein betyr noko, samt at ein blir møtt med dei ynskje ein kjem med. Kvalifiserte sjukepleiarar var også noko som deltakarane meinte kunne bidra til deira livskvalitet.

4.5 – Artikkel 5

«Self-reported quality of life in people with dementia attending a day-care programme in Norway: A 24-month quasi-experimental study» av Strandenæs et al (2021). Denne studien gjaldt for personar over 65 år. Dette er ein eksplorativ studie med et kvasi-eksperimentelt design.

Hensikta var å samanlikne eigenrapportert livskvalitet med personar med demens som gjekk på dagtilbod med personar med demens som ikkje gjorde det (kontrollgruppe), samt å finne faktorar som gir livskvalitet. Dette vart gjort på ein periode på 24 månadar. Dagtilbodet var tilrettelagt for personar med demens.

Resultata frå denne studien var at dei som gjekk på dagsenter rapportere ein betydeleg høgare livskvalitet enn kontrollgruppa. Ein antar i denne studien at det med dagsenteret å gjere. Det kan vere mange årsaker til at det er positivt for personar med demens å vere på dagsenter. Tidlegare forskning har funne ut at dagsenter ofte bidrar til ein meiningsfull kvardag for desse personane, samt sosial deltaking. Dagsenter legger også til rette for at ein kan ha ein strukturert kvardag, samt å nyte eit godt måltid med fleire personar. For å auke deltakarane sin trivsel og velvære, er det viktig at dei tilsette har ein personsentrert tilnærming slik at dei fleste behov og ynskjer blir dekkja.

Funna i denne studien har vist at dagsenter har eit stort potensial når det gjeld livskvalitet. Dette grunna personane sin moglegheit til å delta i aktivitetar saman med andre, samt kjensla av tilhøyring. Å ha moglegheita til å delta på sosiale aktivitetar, gjerne som ein likar, bidreg til å oppretthalde god livskvalitet og trivsel. På eit dagsenter kan ein forvente at ein er trygg, samt får fysisk og kognitivt stimulering.

Dagsenter i Noreg har eit potensial til å fremme livskvalitet og førebygge depresjon. Dette grunna at ein får drive med meiningsfulle aktivitetar individuelt tilpassa den enkelte.

4.6 Samanfatning av artiklane

Forskningsartiklane baserer seg på tiltak for å fremje livskvalitet hjå personar med demens. alle artiklane er ulike og baserer seg på ulike tiltak for auka livskvalitet. To av artiklane handlar om fysisk aktivitet, men med eit ulikt syn.

I artikkelen til Olsson et al (2013) kjem det fram viktigheita av å vere utandørs og få nytta sansar som lukt og høyrsel. Å vere utandørs er også viktig for å oppretthalde utearbeid i hagen osv. Dette er ein kvalitativ innhaldsanalyse.

To av artiklane handlar om samanhengem mellom livskvalitet og fysisk aktivitet (Huang et al., 2019, Telenius et al., 2022). Det kjem fram ulike resultat, med felles for artiklane er at resultatane beskriv at fysisk aktivitet er positivt i møte med personar med demens. Artikkelen til Huang et al (2019) beskriv at fysisk aktivitet ikkje bidrar direkte til livskvalitet, men at det bidrar til å gjennomføre daglegdagse oppgåver i heimen, som igjen skapa livskvalitet. Dette er ein tverrsnittstudie.

Artikkelen til Telenius et al (2022) peikar på at personane koste seg når dei var fysisk aktive og at aktiviteten bidrog til sosialt samvær - auka livskvalitet. Denne studien inkluderte kvalitative semistrukturerte intervju.

Ein forskingsartikkel tek for seg den subjektive kjensla av kva dei sjølv legg i livskvalitet, og kva som gir dei det gode liv (Stewart-Archer et al., 2016). Her kjem det fram at god livskvalitet omfattar mellom anna meningsfulle aktivitetar og sjølvstende. Dette er ein tverrsnittstudie.

Siste artikkelen omhandlar å samanlikne personar som går på dagsenter med personar som ikkje går på dagsenter og kva dette gjer med livskvaliteten til personane (Strandenæs et al, 2021). Her kjem det fram fleire positive tiltak for å auka livskvalitet, mellom anna sosialt samvær og tilpassa meningsfulle aktivitetar. Det viste også at dei som gjekk på dagsenter fast nokon dagar i veka meinte å ha betre livskvalitet enn kontrollgruppa. Dette er ein eksplorativ studie med eit kvasi-eksperimentelt design.

5.0 Drøfting

I dette kapitlet skal eg drøfte forskning og resultat opp mot teori for å belyse vald problemstilling: «Korleis kan sjukepleiar bidra til å fremje livskvalitet hjå heimebuande personar med demens?»

5.1 Å skape den gode relasjonen

I dag bur to tredjedelar av personar med demens heime (Birkeland & Folvik, 2018, s.159). Demens er ein sjukdom som ein ikkje blir frisk av. Det vil difor vere hensiktsmessig som sjukepleiar i kommunehelsetenesta å setje i verk gode ikkje-medikamentelle tiltak til dei som bur heime for at dei skulle kunne få eit meningsfullt liv med god livskvalitet. For å møte behova til desse personane er det hensiktsmessig for sjukepleiar å bli kjent med dei. Det finst ulike måtar for å bli kjent med personane på og å innhente opplysingar om dei. Da kan ein nytte intervjuguiden som legg opp til samtale med tre tema. Det omhandlar kva vedkommande likar å gjere, kven vedkommande er og kven vedkommande har i sitt nettverk. Med informasjonen som blir gitt kan ein bli kjent med personen og finne ut kva personen likar å gjere og korleis aktivitetar vedkommande set pris på å gjere (Rokstad, 2021, s.87). Det er viktig å ha kjennskap til livshistoria til personen for at ein som sjukepleiar kan møte dei på ein god måte (Rokstad, 2021, s.33). I arbeidet med å bli kjent med personen er det viktig at sjukepleier og pasient har god kommunikasjon. Kommunikasjon kan bidra til å løyse problem, samt skape den gode relasjonen. Personar med demens er ei sårbar gruppe menneske som kan ha problem med å uttrykkje kva dei vil. Difor er det viktig som sjukepleiar å møte desse menneska med ro og forståing (Rokstad, 2021, s.52).

5.2 Stimulering av sansar ved opphald utandørs

Å leve med demens kan opplevast ulikt. Nokon synest det er flaut andre kjenner seg stigmatisert og stenger seg sjølv inne. Demens kan såleis føre til redusert livskvalitet (Rokstad, 2021, s. 13). Det vil vere viktig at sjukepleiar kjenner til behov og ynskjer pasientane kan ha for å lukkast med å auka deira livskvalitet.

I studien til Olsson et al. (2013) reflekterer personar med mild grad av demens over opplevinga av å vere utandørs. Å vere ute i andre omgivningar enn inne i si eiga stove kan gi gode opplevingar. Personane som stilte til intervju opplevde det å vere utandørs ein som fridom og dei hadde ei kjensle av å vere sjølvstendige (Olsson et al., 2013). Kitwood la vekt på at personar med demens kan oppleve god livskvalitet så lenge behova deira blir møtt (Rokstad, 2021, s.35).

I Olsson et al (2013) studien, fortalte deltakarane i intervjuet at å få brukt sansane sine som syn, lukt, høyrse bidrog til auka livskvalitet. I miljøbehandling skal ein alltid ta utgangspunkt i vedkommande sine ynskjer og preferansar. Å få brukt sansane sine er ein sentral del av miljøbehandlinga (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeiningen for folkehelse, 2022). Når deltakarane i studien fekk moglegheita til å vere utandørs, sat dei og meir pris på aktivitetar og gjeremål dei innsåg at dei framleis kunne gjere (Olsson et al., 2013). Ei dame som vart intervjuet fortalte at ho følte seg fanga dersom ho ikkje hadde moglegheita til å kome seg ut. Mange deltakarar i studien opplevde det å sitje ute som ein slags medisin (Olsson et al., 2013). Difor er det viktig at ein som sjukepleiar oppfordrar og motiverer desse menneska til å kome seg ut i frisk luft. For at sjukepleiar skal kunne arbeide i retning av betre livskvalitet er det viktig å høyre kva vedkommande meiner og vil, samt justere innsatsen deretter. Fokuset med ikkje-medikamentell behandling er å leve best mogleg med sjukdommen, og ha eit meningsfullt liv (Aldring og helse, u.å.). For at sjukepleiar skal kunne streve etter det er det viktig at pasientane blir høyrd.

5.3 Fysisk aktivitet som eit tiltak for auka livskvalitet

I forskingsartikkelen til Huang et al (2019) blir det studert korleis fysisk aktivitet kan bidra til å auke livskvalitet hjå personar med demens. Endringar i helse til eldre menneske er ikkje slik den var før, dette er endringar som kan føre til redusert livskvalitet (Hansen & Slagsvold, 2011, s.137). Etterkvart som demenssjukdommen utviklar seg har personar med demens behov for å oppretthalde funksjonsevne. Difor er det viktig at heimetenesta og sjukepleiar har tilbod og gir moglegheita til sosiale og fysiske aktivitetar (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.17). For personar med demens kan det vere vanskeleg å ta initiativ til å vere fysisk aktiv. Nokre veit ikkje kva øvingar dei skal gjere, andre syns det er vanskeleg å komme i gang. Huang et al (2019) hevdar at fysisk aktivitet har ein indirekte positiv effekt på livskvalitet hjå personar med demens. Fysisk aktivitet viste positiv effekt på ADL som igjen auka deira livskvalitet. Huang et al (2019) hevdar at meistring har stor påverknad på gjennomføringa av ADL og bidreg til auka livskvalitet. Å klare å gjennomføre ADL er også ein stor del av å mestre kvardagen. Det blei og vist at fysisk aktivitet gav auka balanse og fleksibilitet, noko som skapte glede hjå deltakarane. Andre interessante funn var at fysisk aktivitet hadde ein positiv effekt på depresjon. Det er svært vanleg at personar med demens lid av depresjon som følgje av at dei er triste, har skyldkjensle og lavt sjølvbilete. Slike symptom påverkar livskvaliteten negativt (Huang et al., 2019).

Sjukepleiar som utfører miljøbehandling skal sikre moglegheita for fysisk aktivitet. Når ein brukar aktivitet som eit tiltak for å auke livskvalitet er det viktig at personane får kjenne på meistring og tryggleik. Vidare er det viktig at sjukepleiar forstår personen sitt behov og ikkje yter meir hjelp enn naudsynt (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeiningen for folkehelsen, 2022).

I studien Huang et al (2019) blir det og nemnt at sjølv om fysisk aktivitet ikkje bidreg til auka livskvalitet direkte er det likevel eit godt ikkje-medikamentelt tiltak som bidreg indirekte. Det er nødvendig at sjukepleiar påpeiker viktigheita av fysisk aktivitet. Om ein person skal gå ein tur, er det hensiktsmessig for den personen å vite kvifor ein gjer det og kvifor det er bra for vedkommande. Da må relasjonen mellom pasient og sjukepleiar vere god. Det krev god kommunikasjon for å ha ein god relasjon. Dette skapar tillit og tiltru (Rokstad, 2021, s.52).

Målet med forskingsartikkelen til Telenius et al (2022) var å gi innsikt i erfaringar med fysisk aktivitet blant personar med demens. Det kjem fram at deltakarane som deltok på aktivitet opplevde det som positivt, og at det gav dei meistringskjensle. Det sosiale samværet var og noko deltakarane syns var positivt.

Dei fortalte at fysisk aktivitet fremja deira moglegheit til å møte andre. Det var viktig for deltakarane at omsorgsgivar (sjukepleiar) var medviten om kor viktig fysisk aktivitet er. Det var viktig for deltakarane å ikkje verte sett på som ein pasient, men som eit aktivt individ. Kitwood meiner at det er viktig at ein møter personar med demens som eit unikt individ uansett kor dei er i sjukdomsforløpet (Rokstad, 2021, s.34). På ei anna side var det mange deltakarar som møtte barrierar ved fysisk aktivitet. Nokre var redde for å gå seg vill, andre var avhengig av årstid (Telenius et al., 2022).

5.4 Personar med demens reflektera over kva dei legg i livskvalitet

Tom Kitwood hevda at alle menneske er genuine uavhengig av grad av kognitiv svikt (Rokstad, 2021, s.34). Han hevda at redusert livskvalitet blant personar med demens ikkje berre skyldast sjølve sjukdommen, men og kvaliteten på omsorga som dei blir møtt av (Rokstad, 2019, s. 35). For at ein sjukepleiar skal lukkast med å fremje livskvalitet hjå personar med demens, må ein møte deira behov og ynskjer. Dei må fortelje sjukepleiaren kva som gjer at dei blir glad og kva som gjer at dei opplev trivsel. Det gir utgangspunkt for kva helsetilbod ein får (Wahl & Rokne, 2011, s.197). Det blir kalla personsentert demensomsorg (Rokstad, 2021, s. 30). I studien til Stewart-Archer et al (2016) reflektera 139 personar med demens kva som gjer at dei opplev livskvalitet. Nokre av desse budde heime med hjelp frå heimetenesta med inntil 4 timar per veke.

Mange av deltakarane beskrev god livskvalitet som å gjere noko meningsfullt. Dei forklarte at dersom dei fekk moglegheita til å gjere ting dei likte og ikkje nødvendigvis kva alle andre likte, kunne dei oppnå god livskvalitet (Stewart-Archer et al., 2016). Det er viktig for sjukepleiar å legge til rette for at ein kan gjere meningsfulle aktivitetar basert på pasienten sitt behov og ikkje kva ein sjølv meiner er bra. Meningsfulle aktivitetar er tiltak som bidreg til trivsel og velvære. Det er fordi det er meningsfullt for personen som skal utøve aktiviteten/gjeremålet. Slike tiltak er ein sentral del av miljøbehandling. Målet med miljøbehandlinga er at den er i tråd med vedkommande sine ynskjer (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022). Sidan heimetenesta ofte er prega av avgrensa tid hjå kvar enkelt pasient, er det somme gonger nødvendig å bruke meir tid hjå personar med demens enn personar som er mentalt friske (Birkeland & Flovik, 2018, s-162-163). Mange av deltakarane i studien fortalte at det var viktig for dei at det var kvalifiserte sjukepleiarar rundt dei (Stewart-Archer et al., 2016). I demensplanen 2025 blir ein råda til at heimebuande personar med demens får god og systematisk oppfølging av ein fast kontaktperson (til dømes primærsjukepleiar). Denne personen følgjer med på kva behov som oppstår, samt kva tiltak ein kan iverksette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.69).

5.5 Typiske tilbod på eit dagsenter

Med mild grad av demens og i startfasen av sjukdommen er det veldig vanleg å vere redd og trekke seg tilbake. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s.8). Ein sentral del av utøvinga av sjukepleie er å bevare personar med demens si oppleving av å vere ein verdifull person (Skovdahl, 2021, s.426). Dersom ein veit kva som er gode tiltak for å fremje livskvalitet hjå heimebuande personar med demens, kan ein som sjukepleier setje i verk desse tiltaka. I studien til Strandenæs et al (2021) er det vist at dagsentertilbod er eit godt tiltak for auka livskvalitet hjå heimebuande personar med demens. Som sjukepleiar kan det vere hensiktsmessig å motivere og engasjere personar med demens til å vere med på slikt tiltak. Personane kan sjølv vere delaktig i prosessen av tiltaket, både i planlegging, gjennomføring og evaluering (Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022). I artikkelen kjem det fram at dei som deltek på dagsenter får individualisert tilpassa

aktivitetar slik at det gir meining for dei. Utgangspunkt for all behandling av demens er alltid omsynet til personen sitt ynskjemål (Skovdahl, 2021, s.427). Personane som deltok på dagsenter kunne og forvente at dei vart tatt godt i mot og at ein kjende seg trygg i omgivnadane. Det kan vere med på å gi positive ringverknader i arbeidet med å auke livskvalitet. Ein skal verdsette menneske med demens. Kvart enkelte individ skal respekterast og ein skal møte desse menneska på deira nivå og møte dei med deira ynskje (Rokstad, 2021, s. 30).

Dersom sjukepleiar får motivert personar med demens til å gå på eit dagsenter kan det bidra til å fremje sosial deltaking og sosialt samvær. Ved å vere med på dagsenter får personane moglegheita til å til å eit godt måltid saman med andre (Strandenæs et al, 2021). Faste rutinar i kvardagen vil og bidra til eit meir forutsigbart liv. Som sjukepleiar i heimetenesta har ein ikkje berre ansvar for å gi pasientar medisinar, men ein skal også dekke personen sine psykososiale behov. Å bidra til at personar med demens skal få eit meningsfullt liv er ein del av sjukepleiarar si oppgåve (Rokstad, 2021, s.34 – 35).

6.0 Konklusjon

Fokuset i denne bacheloroppgåva var å finne ut korleis sjukepleiar kan bidra til å fremje god livskvalitet hjå heimebuande personar med demens. Faktorar som gjer at personar med demens kan ha redusert livskvalitet er at ein ikkje klarer å løyse oppgåver som før. Dette gjer at personar med demens ofte kjenner seg redde og stigmatisert. Det er ikkje mogleg å kurere demenssjukdommen, men ein kan legge til rette for tiltak som vil gi personar med demens eit godt liv etterkvart som sjukdommen utviklar seg. Heimetenesta er bitt meir diagnoseorientert dei siste åra. Ein ser likevel ofte tendensar til at psykososiale behov hjå personar med demens blir oversett. Forsking, teori og anna litteratur har vist at ikkje-medikamentell behandling er viktig for god livskvalitet. Både fysisk aktivitet, dagsenter, meningsfulle aktivitetar, samt å vere utandørs har i denne oppgåva vist seg å vere gode tiltak. Som sjukepleiar er det viktig å vere medviten om kva som gjer den enkelte glad og kva som gir den enkelte god livskvalitet da dette varierer frå person til person. Det er og heilt nødvendig å gjere seg kjent med personen og sjå den som eit enkeltindivid med sin personlegdom for å tilpasse individuelle tiltak. Sjukepleiar skal respektere personar med demens og møte deira ynskjer og behov. I dette arbeidet er det avgjerande at sjukepleiar og tenestemottakar har god relasjon med tillit til kvarandre, og at sjukepleiar fokuserer på personsentrert omsorg.

Det eg har funne er generell forskning på tiltak som gir auka livskvalitet hos personar med demens. Vi treng meir retta mot heimebuande personar med demens og deira livsvilkår.

7.0 Litteraturliste

Aldring og helse. (u.å). *Aktivitet i dagliglivet*. Aldring og helse.

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/aktivitet-i-dagliglivet/>

Aldring og helse. (u.å). *Behandling kan ikke kurere demens. God og tidlig oppfølging er likevel viktig*. Aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/>

Aldring og helse, Helsedirektoratet & Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2022, 18.oktober). *Miljøbehandling*. Veiviser demens. <https://veiviserdemens.aldringoghelse.no>

Birkland, A & Flovik, A.M. (Red.). (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3.utg). Cappelen Damm Akademisk.

Hansen T. & Slagsvold, B. (2011). Alder. Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J.(Red). (2.utg., s.137-154). Fagbokforlaget.

Helsedirektoratet. (2022, 11.mai). *Miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens*. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen.

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

Huang, X., Li, B., Yu, F., Zhou, J., Wan, Q. & Chang, H. (2019). Path analysis from physical activity to quality of life among dementia patients: A dual-path mediating model. *J Adv Nurs*. 2020; 76:546–554. <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1111/jan.14260>

Kunnskapsbasert praksis. (2018, 11.desember). *Kritisk vurdering*. Helsebiblioteket.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no?lenkedetaljer=vis#4kritisk-vurdering>

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting*. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792/§3#§3>

NSF. (u.å). 2: *Sykepleieren og pasienten*. Yrkesetiske retningslinjer. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

- Næss, G. (2021). Sykepleie til eldre i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (3.utg., s. 245 - 261). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Næss, S. (2011). Språkbruk, definisjoner. Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J.(Red). (2.utg., s.15-47). Fagbokforlaget.
- Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K. & Engström, M. (2013). Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study. *Aging & Mental Health*, 17(7) <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/13607863.2013.801065>
- Regjeringen. (2022, 25.mars). *Ny reform skal gjøre det trygt for eldre å bo lenger hjemme*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-for-eldre/id2905812/>
- Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!: Personsentert omsorg ved demens* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Skovdahl, K. (2021). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & H. A. Ranhoff (Red.), *Geriatriske sykepleie – god omsorg for den gamle pasienten* (3utg., s.416-441). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Stewart-Archer, L, A., Afghani, A., Toye, C, M. & Gomez, F, A (2016). Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia. *Dementia*, 2016;15(6):1716-1736.doi:[10.1177/1471301215576227](https://doi.org/10.1177/1471301215576227)
- Strand, B.H, m.fl.(2021, 23.februar). *Demens*. FHI <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Strandnæs, M, G., Lund A., Engedal, K., Kirkevold, Ø., Selbæk, G. & Benth, J, S., Rokstad, A, M. (2021). Self-reported quality of life in people with dementia attending a day-care programme in Norway: A 24-month quasi-experimental study. *Health and social care in the community*, 2022;30:1315-1324 <https://doi.org/10.1111/hsc.13455>
- Telenius, E, W., Tangen, G, G., Eriksen, S. & Rokstad, A, M, M. (2022). Fun and a meaningful routine: the experience of physical activity in people with dementia. *BMC Geriatrics*, 22(500) <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03149-6>
- Thidemann, I.J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Wahl, A, K. & Rokne, B. (2011). Sykepleie. Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J.(Red). (2.utg., s.191-198). Fagbokforlaget.

Vedlegg 1- PICO

Problem/population:	<i>Personar med demens</i> Søkeord: «Dementia» «Early stage dementia» «Moderate dementia”
Intervention:	<i>(Tiltak)</i> Søkeord: «Physical Activity» «Exercise» «Cay care» «Coping» «Outdoors» «Nursing care» «Well being»
Comparsion:	
Outcome:	<i>Livskvalitet</i> Søkeord: «Quality of life»

Vedlegg – 2 Søkestrategi

Database: Cinahl	Nummer	Søkeord/kombinasjoner	Tall artikkeltreff	Artikkel eg valde å nytte
	S1	(MH «dementia»)	45, 370	

Dato: 24.05.2023	S2	(MH»Quality of life»)	138,923	
	S3	(MH»Day care»)	2,686	
	S4	S1 AND S2 AND S3	28	«Self-reported quality of life in people with dementia attending a day-care programme in Norway: A 24-month quasi-experimental study» (Strandenæs et al., 2021)
Dato: 12.05.2023	S1	(MH»Demenita»)	45, 303	
	S2	(MH»Nursing Care»)	23,915	
	S3	(MH»Home Health Care»)	25,253	
	S4	(MH»Coping»)	37,357	
	S5	(MH»Quality of life»)	138,665	
	S6	S2 OR S3	48,938	
	S7	S4 or S5	173,091	
	S8	S1 AND S6 AND S7	106	«Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia» (Stewart-Archer et al., 2016)
Dato: 21.05.2023		(MH «Demenita» OR «early stage dementia» OR «moderate dementia»)	24,367	
		(MH «Physical Activity» OR MH «Exercise»)	60, 068	
		(MH «Quality of life» OR psychological well-being»)	109, 982	

		S10 AND S11 AND S12 Avgrensing Årstill: 2013 - 2023	89	«Fun and a meaningful routine: the experience of physical activity in people with dementia» (Telenius et al., 2022)
--	--	--	----	--

Vedlegg – 3 Søkestrategi

Database: Academic Search Elite	Nummer	Søkeord/kombinasjonar	Tall artikkeltreff	Artikkel eg valde å nytte
Dato: 10.05.2023	S1	«Dementia»	98, 375	
	S2	«Moderate dementia»	1,482	
	S3	«Quality of life»	283, 892	
	S4	«Well being»	136, 852	
	S5	«Impact»	1, 938, 892	
	S6	«Physical activity»	167, 299	
	S7	«Outdoors»	130, 806	
	S8	S1 OR S2	98, 375	

	S9	S3 OR S4	401, 984	
	S10	S6 OR S7	295, 848	
	S11	S5 AND S8 AND S9 AND S10	50	«Path analysis from physical activity to quality of life among dementia patients: A dual-path mediating model» (Huang et al., 2019)

Vedlegg – 4 Søkestrategi

Database: Medline	Nummer	Søkeord/kombinasjonar	Avgrensing	Tal artikkeltreff	Valgte artiklar
Dato: 11.05.2023	S1	«Early stage demenita»	Årstal: 2013 – 2023 65+ år	676	
	S2	«Quality of life»		283,600	
	S3	«Early stage dementia» AND «quality of life»		139	«Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study.» (Olsson et al., 2013.)

Vedlegg – 5 Litteratormatrise

Forfatter (år)	Hensikt	Design Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
«Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated study» (Olsson, A., 2013)	Hensikten med denne studien var å beskrive korleis effekt personar med tidelig stadium av demens har av utendørs aktiviteter	Artikkelen sin bruk av metode var kvalitativ innhaldsanalyse	Antall deltagere i artikkelen var 11 personer med mild grad av demens	<ul style="list-style-type: none"> - Å vere utandørs var som ein bekreftelse - Å vere ute var ein stor verdi for dei. - Nokon beskrev det som ein medisin å vere ute - Andre synest det var trist å bli påminna ting ein lenger ikkje kunne gjere 	Studien vart utført i Sverige i perioden 2009-2010, men vart ikkje publisert og ferdigstilt før 25.april 2013. Her kan styrker og svakheter ved f.eks artikkelens metodiske kvaliteter føres opp
“Path analysis from physical activity to	Avklare påverkingane mellom fysisk	Ein beskrivande tverrsnittstudie	216 personar svarte på spørreskjema	<ul style="list-style-type: none"> - Personane med som var lite aktiv, sleit med 	Dette er ein kinesisk studie

<p>quality of life among dementia patients: A dual-path mediating model»</p> <p>(Huang, X., (2019)</p>	<p>aktivitet, depresjon og livskvalitet blant personar med demens</p>			<p>reduert livskvalitet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fysisk aktivitet hadde ein indirekte positiv effekt på pasientane - Fysisk aktivitet er eit bra ikkje-medikamentell metode for å auka livskvalitet - Fysisk aktivitet redusert depressive symptom, dette bidrog til livskvalitet 	
<p>«Fun and a meaningful routine: the experience of physical activity in people with dementia . »</p> <p>(Telenius, E., 2022)</p>	<p>Gi innsikt i erfaringer med fysisk aktivitet hos personar med demens</p>	<p>Et fenomenologisk hermeneutisk forskningsdesign ble brukt. (Kvalitativ metode)</p>	<p>35 personar blei spurt, 27 svarte om deira erfaringer. 10 av 27 mottok heimeteneste</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Å vere fysisk aktivitet gav meistringskjensle. - Fysisk aktivitet meningsfullt - Det var viktig at både uformelle og formelle omsorgsgivera var klar over viktigheten av å vere 	<p>Norsk studie, gjort i Noreg</p>

				fysisk aktiv for pasientane - Flytta fokuset med å vere pasient til individ	
«Subjective quality of life of those 65 years and older experiencing dementia» (Stewart-Archer, L, A., 2016)	Hensikta med denne studien var å undersøke kva personar med demens definera som livskvalitet og korleis dette kan gjerast noko med.	Kvalitativ deskriptiv komponent av blanda metodar, tverrsnittstudie.	136 personer stilte til intervju. Alle var 65 år.	- Beskreiv god livskvalitet som god fysisk helse - Kvalifiserte sjukepleiarar - Å få dekkja grunnleggjande behov - Å vere med på meningsfulle aktivitetar - Sjølvstende	
«Self-reported quality of life in people with dementia attending a day-care programme in Norway: A 24-month quasi-experiment»	Hensikta med denne studien var å samanlikne livskvaliteten til personar med demens som gjekk på dagtilbod med personar som ikkje gjorde. Ein skulle også finne ut med denne studien kva	Eksplorativ studie med et kvasi-eksperimentelt design	Studien var gjort over 24 måneder. Frå gruppa som gjekk på dagenter var det 181 deltakere rekruttert fra 53 barnehagetjenester. Kontrollgruppa inkluderte 76 deltakarar	- Dagsenter legg til rette for ein strukturert kvardag - Dagsenter nyttar personsontrert omsorg - Bidreg til meningsfull kvardag og sosial deltaking	Norsk studie, gjort i Noreg. Personar som hadde søkt sjukeheims plass eller som hadde alvorlege fysiske problem vart ekskludert frå studien.

ntal study» (Stranden æs et al, 2021)	faktorer ein assosiert livskvalitet med.				
---	---	--	--	--	--



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKF390

Predefinert informasjon

Startdato:	05-06-2023 09:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	09-06-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKF390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	205
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7672
----------------------	------

Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?:

Nei

Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *:

Ja

Egenerklæring *:

Ja

Inneholder besvarelsen konfidensielt materiale?:

Nei

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 78

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

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