



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

# VURDERINGSINNLEVERING

---

*Opplysningene finner du på StudentWeb under Innsyn – Vurderingsmelding*

Emnekode: SYKSB3001

Emnenavn: Sjukepleie, forskning og fagutvikling

Vurdering: (Bacheloroppgave)

Kandidat nr: 345

Leveringsfrist: 18.02.10 kl 14.00 Studenttorg Stord

Ordinær eksamen eller kontinuasjon: Ordinær

Fagansvarlig: Benny Huser

Veileder: Linda Lee Risnes Rykkje

**Bachelor i sykepleie**  
**Høgskolen Stord/Haugesund**  
**Avdeling Stord**



Foto: Eget bilde

**Mestring og egenverdi-**  
**Sykepleie som bidrar til at Alzheimerpasienten får**  
**bruke sine ressurser i dagliglivet**

**Kull 2007**

**Kand. nr. 345**

**Antall ord: 7698**

## **Sammendrag**

Oppgavens tittel er ”Sykepleie som bidrar til at Alzheimerpasienten får bruke sine ressurser i dagliglivet”. Oppgaven er en litteraturstudie. Problemstillingen lyder som følger: *Hvordan kan sykepleier bidra til at sykehjemspasienter med Alzheimers sykdom får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter?*

Alzheimers demens er den vanligste formen for demens. Bakgrunn for valg av tema er at mennesker med demens er en økende pasientgruppe i norske sykehjem, samt egne erfaringer fra praksis i sykehjem. Gjennom denne litteraturstudien har det kommet frem at individuell sykepleie tilpasset hver enkelt pasient er vesentlig når en skal bidra til at pasienten får utnyttet sine ressurser i dagliglivets aktiviteter. For å få til dette bør sykepleier kjenne pasienten og kartlegge hans ressurser og behov for sykepleie. Sykepleier må også ta hensyn til at pasientens behov for sykepleie stadig kan endre seg. Ulike kommunikasjonsmetoder som guiding, speiling og kalibrering kan være nyttige i samhandling med pasienten. Å motivere pasienten til aktivitet og å tilrettelegge miljøet er også betydningsfulle faktorer. Pasientens livskvalitet kan bedres ved å bidra til at han får utnytte sine ressurser og oppleve mestring i dagliglivet.

Tidspress og kunnskapsmangel blant ansatte i norske sykehjem er noen av utfordringer for å få gjennomført tiltakene som er kommet frem i denne oppgaven.

## **Abstract**

The title of the assignment is “Nursing who contributes so that the Alzheimer`s patient gets to use his resources in daily living”. The assignment is a literature study. My question is the following: *How can the nurse contribute so that nursing home-patients with Alzheimer`s disease get to utilize their resources in activities of daily living?*

Alzheimer`s dementia is the most common type of dementia. The background for my choice of the subject is that individuals with dementia are an increasing group of patients in Norwegian nursing homes, and also my own experiences from practice in nursing homes. Through this literature study, it has emerged that individual nursing adapted to each patient is essential when one is intended to contribute so that the patient gets to utilize his resources in activities of daily living. To do this, the nurse ought to know the patient, and lay out his resources and need for patient care. The nurse must also take into account that the patient`s need for nursing can be in constant change. Different communication methods such as guiding, mirroring and calibrating can be useful in interaction with the patient. Motivating the patient to activity and facilitating the environment are also important factors. The patient`s quality of life can be improved by contributing so that he gets to utilize his resources and experience coping in everyday life.

Time pressure and lack of knowledge among employees in Norwegian nursing homes are some of the challenges preventing the measures found in this assignment from being carried trough.

## Innholdsliste

<b>1.0</b>	<b>INTRODUSKJON</b> .....	1
1.1	Problemstilling og avgrensning.....	1
<b>2.0</b>	<b>TEORI</b> .....	3
2.1	Joyce Travelbees sykepleieteori.....	3
2.2	Alzheimer demens.....	4
2.3	Motivasjon.....	4
2.4	Kommunikasjon og samhandlingstiltak i demensomsorgen .....	5
2.5	Dagliglivets aktiviteter .....	6
2.6	Sykepleiers rolle ved aktivitet .....	7
<b>3.0</b>	<b>METODE</b> .....	8
3.1	Litteraturstudie .....	8
3.2	Kildekritikk og etiske vurderinger.....	10
<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	12
4.1	Dressing of Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Description and Analysis.....	12
4.2	Mealtimes as Active processes in Long-Term Care Facilities .....	12
4.3	”Helping persons with mild or moderate Alzheimer’s disease recapture basic daily activities through the use of an instruction strategy” .....	13
4.4	Restoring dressing independence in persons with Alzheimer’s disease: A pilot study.....	14
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	16
5.1	Den demente pasientens behov for sykepleie.....	16
5.1.1	Kartlegging og vurdering av pasientens behov for sykepleie.....	16
5.1.2	Betydningen av å mestre dagliglivets aktiviteter.....	17
5.2	Hvordan utøve sykepleie som motiverer pasienten til å utnytte sine ressurser? .....	18
5.3	Hvordan bruke kommunikasjon til å fremme pasientens bruk av egne ressurser?.....	19
5.4	Guiding og speiling for å fremme pasientens bruk av egne ressurser .....	20
5.5	Å tilrettelegge for at pasienten får utnyttet sine ressurser .....	22
5.6	Hvor langt er det mulig å tilrettelegge for at pasienten skal få utnytte sine ressurser i norske sykehjem?.....	23
<b>6.0</b>	<b>OPPSUMERING</b> .....	25
<b>7.0</b>	<b>REFERANSELISTE</b> .....	26

Vedlegg 1: Skjematisk oversikt over anvendte forskningsartikler

## 1.0 Introduksjon

I Norge i 2008 ble det regnet å være ca 67 000 mennesker med demens. Demens er den vanligste årsaken til innleggelse i sykehjem og ca 70-80 prosent av alle som bor på sykehjem har en form for demens (Berentsen, 2008). Innen en periode på 30- 40 år vil antallet mennesker med demens kunne stige til så mange som 130 000. Dette skyldes i stor grad at antallet eldre over 75 år vil øke de neste tiårene (St. meld nr 25, 2005- 2006). Ca 60 prosent av menneskene i Europa som har demens, har demens av Alzheimer type (Berentsen, 2008). Det finnes i dag ingen behandling som kan kurere demens.

Oppgaven forsøker å besvare hvordan sykepleiere kan bidra til at mennesker med Alzheimer sykdom får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter. Gjennom praksis i sykehjem har jeg fått inntrykk av at mange pasienter med demens fortsatt har mange av sine evner og funksjoner bevart, men at de ikke alltid vet hvordan de skal bruke dem, eller får mulighet til å bruke dem. Mitt inntrykk er at dette kan oppleves vondt og uverdigg for pasientene. Holthe (2008) skriver at mestring av dagliglivets aktiviteter er viktig for selvfølelsen, identiteten og livskvaliteten vår. Videre skriver hun at fordi denne mestringsopplevelsen er så viktig må sykepleier forsøke å tilrettelegge aktiviteter slik at personer med demens kan få oppleve å delta og mestre i hverdagen. Jeg ønsker derfor å lære mer om hvordan sykepleier kan bidra til at mennesker med Alzheimer sykdom får utnyttet sine ressurser i dagliglivets aktiviteter.

### 1.1 Problemstilling og avgrensning

Oppgavens problemstilling er som følger:

***Hvordan utøve sykepleie som bidrar til at sykehjemspasienter med Alzheimers sykdom får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter?***

Hensikten med oppgaven er å konkretisere sykepleietiltak og å kartlegge faktorer som er viktige for å tilrettelegge for at disse pasientene skal få utnytte egne, gjenværende ressurser.

Problemstillingen avgrenses til å gjelde ”personlige aktiviteter i dagliglivet”<sup>1</sup>. I følge Holthe (2004) må hjelpemidler innvies tidlig i forløpet hos personer med demens. Siden oppgaven

---

<sup>1</sup> Personlige aktiviteter i dagliglivet vil si aktiviteter i forbindelse med måltider, personlig hygiene, av- og påkledning og forflytning (Holthe, 2008)

omhandler sykehjemsbeboere, som ofte har en fremskredet demenssykdom, er det liten fokus på hjelpemidler. I oppgaven brukes Amstrups (2006) beskrivelse av begrepet ressurser. Hun beskriver ressurser hos demente som et samlende begrep for alle spesifikke egenskaper og evner mennesker med demens drar nytte av i hverdagen.

## 2.0 Teori

### 2.1 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee (1999) beskriver sykepleiebehov som ethvert behov hos en syk person eller familien til den syke som kan oppfylles av sykepleieren, men samtidig ligger innenfor lovens grenser for sykepleierens praksis. Dersom et sykepleiebehov blir oppfylt hjelper det den syke personene eller familien å forebygge eller mestre sykdom og lidelse. For å kartlegge om pasienten har et sykepleiebehov må sykepleieren observere i tillegg til å kommunisere med pasienten, fordi pasienten ofte har problemer med å kommunisere sine behov til sykepleieren.

Travelbee legger stor vekt på kommunikasjon og samhandling i sin sykepleieteori og er opptatt av å etablere et menneske-til-menneske- forhold til pasienten. Dette beskriver hun som en eller flere opplevelser og erfaringer som blir delt av sykepleieren og den syke, eller andre som trenger sykepleierens hjelp. At individets, familiens eller samfunnets sykepleiebehov blir ivaretatt kjennetegner disse opplevelsene og erfaringene. I et menneske-til-menneske-forhold må sykepleieren kunne bruke seg selv terapeutisk. Travelbee beskriver dette som at sykepleieren bevisst bruker sin personlighet og sine kunnskaper for å fremme forandring hos den syke. Dersom denne forandringen lindrer den sykes plager betraktes den som terapeutisk. Dersom sykepleieren skal kunne bruke seg selv for å oppnå en endring hos pasienten må hun vite hvordan sin egen atferd påvirker andre slik at hun, istedenfor å bruke automatiske og stereotype reaksjoner, kan etablere nye og mer virksomme relasjoner til andre. Travelbee (1999) skriver videre at sykepleieren og den syke gjensidig påvirker hverandre i en fortløpende prosess. Forandringene skjer som resultat av den enes påvirkning på den andre.

Travelbee er også opptatt av å hjelpe mennesker til å mestre sykdom og lidelse. For å hjelpe den syke mener Travelbee at det er absolutt nødvendig at sykepleieren setter seg inn i hvordan pasienten opplever sykdommen sin. All samhandling mellom sykepleieren og den syke gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med den syke som menneske og bestemme og ivareta hans eller hennes behov og dermed opprette et menneske-til-menneske-forhold og oppnå sykepleierens mål og hensikter. Sykepleieren må være i stand til å forstå hva den syke kommuniserer og å bruke dette i planleggingen av sine sykepleiehandlinger. Travelbee (1999) tar avstand fra pasientbegrepet fordi det kan virke generaliserende.



## ***2.2 Alzheimer demens***

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som karakteriseres av kronisk og irreversibel kognitiv svikt, svekket evne til å utføre dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd. Redusert hukommelse må være tilstede for at begrepet demens kan brukes og svikten i utførelsen av dagliglivets aktiviteter må være relatert til hukommelsesvikten (Engedal & Haugen, 2006).

Demens ved Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens. Ved Alzheimer demens atrofiere hjernen som følge av celledød (Engedal & Haugen, 2006). I følge Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006) i Sverige er ikke Alzheimers sykdom én sykdom, men en gruppe ensartede sykdommer, et syndrom med variasjoner relatert til alder, årsaksmekanismer og arvelige faktorer. Hos de som får Alzheimers sykdom etter fylte 65 år utvikler den seg over lang tid og det kan gå mange år fra de første symptomene viser seg til pasienten har utviklet alvorlig grad av demens med kognitive, atferdsmessige, psykologiske og motoriske symptomer. Sviktende hukommelse kan være hovedsymptomet i lang tid før de andre symptomene blir tydelige. Symptomene varierer i styrke og omfang fra pasient til pasient og alle pasientene trenger ikke å få alle symptomene (Berentsen, 2008).

## ***2.3 Motivasjon***

Søndergaard (2004) beskriver to former for motivasjon. Den ene formen er når personen drives til en handling for på sikt å kunne oppnå noe og bli tilfredsstillt. Den andre er når personen drives til handlingen fordi den vil gi avkastning her og nå. Disse formene kan også være kombinerte, personen kan se på både selve aktiviteten og det han oppnår gjennom å utføre aktiviteten som meningsfylt. Søndergaard omtaler også en tredje form for motivasjon. Dette er ønsket om å hjelpe når en ser at et annet menneske trenger hjelp. Demente mennesker kan oppfattes som hjelpeløse på flere områder. Dette fører til at sykepleieren kan motiveres til å hjelpe pasienten for mye. Dersom sykepleieren hjelper pasienten på vei i en handling før pasientens eventuelle hjelpeløshet har vist seg, kan sykepleieren ødelegge pasientens mulighet for å motiveres til å starte handlingen (Søndergaard, 2004).

Når sykepleier skal motivere pasienter med demens til aktivitet er det viktig å kjenne til deres livshistorie og hva de tidligere har sett på som meningsfylt. Måten personalet inviterer til

aktiviteten på kan være avgjørende når de skal motivere en dement pasient til aktivitet. En verbal oppfordring til aktivitet kan for eksempel være vanskelig å oppfatte for pasienter med svikt i språkforståelsen (Søndergaard, 2004).

## ***2.4 Kommunikasjon og samhandlingstiltak i demensomsorgen***

Kommunikasjon er en strøm av budskaper mellom mennesker. Ikke bare ordene gir mening men også stemmeleie, vektlegging av ord, bevegelser, mimikk, tempo og kroppens plassering i forhold til den andre (Søndergaard, 2004). I kommunikasjon med demente mennesker er det viktig at sykepleier snakker tydelig, ikke for fort og med god uttale. Non-verbal kommunikasjon gjennom kropp og sanser vil i langt fremskredne stadier i demensutviklingen få større betydning (Wogn-Henriksen, 2008).

Sykepleier må kjenne til hver enkelt pasients sansemessige status, og sørge for hjelpemidler som kan kompensere for svikt, for eksempel briller (Wogn- Henriksen, 2008). Hos mennesker med demens fungerer sorteringen av sanseintrykkene dårligere. Få stimuli om gangen kan derfor være en god regel i samhandling med demente mennesker (Søndergaard, 2004).

### Speiling

Når sykepleieren bruker speiling viser hun pasienten hvordan handlinger skal gjøres. Dette kan gjøres med eller uten muntlig veiledning. For eksempel kan sykepleier ta med sin egen tannbørste og pusse tennene sine sammen med pasienten (Sejerøe- Szatkowski, 2004).

### Kalibrering

Å kalibrere vil si å avlese en persons stemmeføring, kroppsspråk, mimikk og øyebevegelser og knytte dette til bestemte følelsesmessige tilstander hos personen. Man ser etter faste, tilbakevendende atferdsmønstre og kan etter hvert trekke konklusjoner om hva personens kroppsspråk og tonefall betyr. Metoden er lettere når man kjenner pasienten godt (Sejerøe- Szatkowski, 2004).

### Guiding

Å guide betyr å føre eller å vise vei. Når man guider med språket forteller man pasienten akkurat hva han skal gjøre, men forholder seg kroppslig i ro. Når man guider med kroppen utfører man handlingen sammen med pasienten, for eksempel ved å lede pasientens hånd når han spiser. Eventuelt guider sykepleier pasienten til han selv har fått en fornemmelse av

hvordan aktiviteten skal gjøres, og kan fortsette handlingen selv. Når man guider med kroppen skal man ikke snakke fordi det vil forstyrre pasienten at han skal utføre en vanskelig handling og samtidig lytte til ordene som blir sagt (Sejerøe- Szatkowski, 2004).

### Realitetsorientering

Realitetsorientering vil si at en bruker de mulighetene som oppstår til og orientere pasienten om hva som skjer og hva som skal skje med ham. Dersom pasienten er forvirret skal man forsøke og reorientere ham ved å korrigere på feiloppfatninger. Realitetsorientering er imidlertid blitt kritisert fordi å rette på feiloppfatninger kan oppleves krenkende og respektløst for pasienten (Karoliussen & Smedbye, 1997). Wogn-Henriksen (2008) skriver at realitetsorientering også kan være å berike miljøet i avdelingen med visuelle nøkler, for eksempel godt lesbare klokke eller navneskilt på dørene.

## **2.5 Dagliglivets aktiviteter**

Aktiviteter i dagliglivet, eller ADL er alle aktiviteter som er nødvendig for en person å utføre eller som personen ønsker å utføre. Aktiviteter i dagliglivet deles inn i instrumentelle aktiviteter og personlige aktiviteter. Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet kan foreksempel være å gjøre innkjøp, forberede måltider, gjøre lønnsarbeid eller husarbeid, bruke telefonen eller kjøre bil. Instrumentelle aktiviteter i dagliglivet er forskjellige ut i fra menneskers kjønn, alder, kultur, boligforhold, og interesser (Holthe, 2008). Personlige aktiviteter i dagliglivet trenger alle mennesker å få utført uavhengig av de overnevnte faktorene som påvirker de instrumentelle aktivitetene. Disse innebærer personlig hygiene, av- og påkledning, måltider, toalettbesøk og forflytning (Holthe, 2008).

Mestring av dagliglivets aktiviteter henger sammen med selvfølelse, identitet og livskvalitet (Holthe, 2008). Tap av funksjoner som gjennom livet har bidratt til å holde oppe selvfølelsen og selvbildet gjør at disse trues ved demenssykdom (Jakobsen, 2007). En undersøkelse viser at pasienter med demens som var avhengige av andre for å utføre dagliglivets aktiviteter hadde en nevneverdig lavere livskvalitet enn pasienter med demens som var uavhengige (Andersen, Wittrup- Jensen, Lolk et. al., 2004).

## ***2.6 Sykepleiers rolle ved aktivitet***

Dagliglivets aktiviteter har stor betydning for pasientens opplevelse av integritet (Søndergaard, 2004). Sykepleier må kartlegge hva den demente pasienten mestrer og ikke mestrer fordi mange ikke kan eller vil fortelle om svekket mestring og konsekvenser for dagliglivet. Det er da nødvendig å observere hvordan pasienten utfører forskjellige aktiviteter. Det må kartlegges hva pasienten trenger hjelp til og på hvilken måte hjelpen bør gis for at pasienten skal mestre mest mulig selv (Holthe, 2008). Sykepleier har ansvar for å planlegge aktivitetene som skal gjennomføres og gjøre praktiske forberedelser. Aktiviteten som skal gjennomføres kan deles opp i mange små biter, på denne måten blir det mange muligheter for deltagelse, også hos personer som er sterkt rammet av demens. Sykepleier skal tilpasse aktiviteten til den enkeltes ressurser (Søndergaard, 2004).

Tilrettelegging av miljøet fokuserer på pasientens gjenværende ressurser. Noen av de viktigste tilpassningene er å støtte romorienteringen med skilt og landemerker, å skape sikkerhet og trygghet og å lage en hjemlig atmosfære som pasienten kan gjenkjenne seg i. Et hjemlig miljø vil gjøre at pasienten kan kjenne seg igjen i personer og ting slik at han får muligheten til å forstå omgivelsene han befinner seg i (Holthe, 2008).

Når vi har gjort en aktivitet mange nok ganger trenger vi ikke å tenke over selve utføringen eller i hvilken rekkefølge den skal gjøres. Å pusse tennene er et eksempel på en aktivitet som er automatisert på denne måten. Mange demente mennesker har problemer med å starte en aktivitet, men når de blir ledet inn på sitt hukommelsespor for bevegelsesmønsteret kan de mestre mye av aktiviteten selv (Holthe, 2008).

## 3.0 Metode

Villhelm Aubert definerer metode som følger;

”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (siteret i Dalland, 2007, s. 81).

### 3.1 Litteraturstudie

I denne oppgaven brukes litteraturstudie som metode. Dette er en kvalitativ metode der en undersøker tidligere dokumentert kunnskap. En litteraturstudie er avhengig av et godt utvalg av tidligere forskning på emnet, en bør derfor ta med flest mulig forskningsartikler i undersøkelsen. I en litteraturstudie har man en klar problemstilling som man skal svare på ved å søke etter litteratur, velge ut det som er mest relevant, og vurdere og analysere dette. (Forsberg & Wengström, 2008). I denne oppgaven tas de forskningsartikkene med størst relevans for problemstillingen med. På grunn av oppgavens omfang og tidsbegrensing er antallet lavt sammenlignet med systematiske litteraturstudier.

I oppgaven ble det søkt etter både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Artikler som er eldre enn fra år 2000 er ikke brukt. Dette for å sikre at forskningsartikkene som blir brukt i oppgaven er av den nyeste forskningen som er gjort og at resultatene som kom frem i studiene fortsatt er aktuelle, jamfør Dalland (2007).

For å ha et bredt grunnlag for søk etter litteratur er tre ulike forskningsdatabaser anvendt; Pro Quest, Ovid Nursing Database og ISI Web of Science. For ikke å gå glipp av relevante artikler er det i noen søk også brukt bredere søkeord, for eksempel er ”demens” brukt i stedet for ”Alzheimer”. Videre er det også søkt på ord som ikke direkte treffer problemstillingen, men som er relaterte til nøkkelordene i problemstillingen. Dette ble også gjort for å få et bredere søk. Eksempler på slike søkeord er ”promote”, ”capabilities”, ”self care”, ”relationship” og ”intervention”. Ikke alle søkene førte frem til relevante artikler. Oversikt over søkestrategiene i ISI Web of Science og ProQuest som førte frem til de valgte artiklene er beskrevet i henholdsvis tabell 1 og tabell 2. Søk i Ovid Nursing Database førte ikke frem til aktuelle artikler.

Tabell 1:

<b>ISI Web of Science (08.01.10)</b>			
<b>Søk nr.</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Begrenset til (Refined by)</b>	<b>Antall treff</b>
S1	"Alzheimer"	År 2000-2010	46261
S2	"S1"	(nursing)	241
S3	"Activity" OR "Activities"	År 2000- 2010	>100 000
S4	S2 AND S3		22

I ISI Web of Science føret søkestrategien frem til 22 treff. Ved lesning av sammendragene ble artikkelen "Family strategies for supporting involvement in meaningful activity by persons with dementia" funnet. Denne artikkelen var "cited by" to studier, hvorav en studie (Lancioni, Pinto, La Martire et. al., 2009) var relevant for oppgaven. Tidsskriftet artikkelen var publisert i ble søkt opp via BIBSYS og artikkelen ble funnet her.

I litteraturlisten til artikkelen av Lancioni, Pinto, La Martire et. al. (2009) var det flere artikler som kunne være relevante for denne oppgaven. Disse ble søkt opp i PubMed og sammendragene ble lest. Artikkelen av Engelman, Mathews & Altus (2002) ble plukket ut som relevant for oppgaven. Den ble deretter søkt opp i BIBSYS, men fantes ikke i Høyskolen Stord/Haugesund sitt bibliotek. Bibliotekaren var derfor behjelpelig med å bestille denne artikkelen fra et annet bibliotek.

Tabell 2:

<b>ProQuest (13.01.10)</b>			
<b>Søk nr</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Begrensninger</b>	<b>Antall treff</b>
S1	"Dementia"	Fra 1.1.2000→	14633
S2	"Nurse"	Fra 1.1.2000→	88401
S3	"Relationship"	Fra 1.1.2000→	165426
S4	"ADL" OR "Activities of daily living"	Fra 1.1.2000→	6473
S5	S1 AND S2		494
S6	S3 AND S5		54
S7	S4 AND S5		6

Artikkelen av Gibbs- Ward og Keller (2005) ble funnet i ProQuest ved lesning av sammendrag av 54 treff (S6). Søk S7 gav seks treff og førte frem til artikkelen av Cohen-Mansfield, Creedon, Malone, Parpura- Gill, Dakheel- Ali & Heasly (2006). Begge disse artiklene lå i fulltekst i ProQuest.

### ***3.2 Kildekritikk og etiske vurderinger***

Kildekritikk er de framgangsmåtene som brukes for å avgjøre om en kilde er pålitelig eller ikke. Målet med kildekritikken er å gi innblikk i litteraturen en har hatt til rådighet og hvilke kriterier en har brukt i utvelgelsen. Etikk handler om normene for riktig og god livsførsel og etiske utfordringer finnes i alle deler av en undersøkelse, fra planlegging til gjennomføring og formidling av resultatene (Dalland, 2007). Forsberg & Wengström (2008) poengterer at studier som er godkjent av etisk komité bør velges. For å vurdere forskningsartikkelen har jeg brukt sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006).

Artikkelen av Lancioni et. al. (2009) er basert på tre pilot- intervensjonsstudier. Formålet med studien er tydelig. Datasamlingsmetode er ikke tydelig beskrevet, men indirekte forstås det at

metoden er observasjon av pasientene, som er en hensiktsmessig metode for å belyse problemstillingen. Konteksten for datasamlingen er beskrevet, men ikke forskernes teoretiske ståsted og faglige bakgrunn. Forsøkene er godkjent av en etisk komité, og det er gitt formelt samtykke fra deltakernes familier at de kan delta. Det kommer imidlertid ikke frem om deltagerne selv har samtykkekompetanse eller er informert om, eller spurt om å delta i forsøket. Siden forsøket er godkjent av en etisk komité velges det her likevel å tro at disse vurderingene er gjort, artikkelen er derfor tatt med i undersøkelsen.

Artikkelen av Cohen- Mansfield et. al. (2006) er en beskrivende analyse. Forsøket er godkjent av IRB ved det ene sykehjemmet. IRB er en komité som er etablert for å gjennomgå og godkjenne forskning som involverer mennesker. Familiemedlemmene som har ansvaret for pasientene har samtykket til at de kan delta i undersøkelsen. Det er redegjort for konteksten datasamlingen foregår i og det går klart fram hva som forsøkes å finne svar på i problemstillingen. En svakhet ved undersøkelsen er at forskernes ståsted og faglige bakgrunn ikke er redegjort for.

Artikkelen av Gibbs-Ward og Keller (2005) har en tydelig problemstilling, og det kommer frem resultater med god relevans for denne oppgaven. Studiens begrensninger, kontekst og relevans for praksis er beskrevet. Forsøket er godkjent av en etisk komité og det er innhentet informert samtykke til deltakelse fra pasientene, gjennom deres verger.

Artikkelen av Engelman et. al. (2002) har et tydelig formål og en godt beskrevet metodedel. Skriftlig informert samtykke er innhentet både fra pleierne som er med i undersøkelsen og fra pasientenes verger. Tillatelse til forvaltning av observasjonene ble også innhentet fra hver pasient. Siden dette er en pilotstudie har den få informanter, to pleiere og tre pasienter. Dette er en nevneverdig svakhet ved studien. Siden studien viser så tydelige resultater er den likevel tatt med i undersøkelsen.

De fleste forskningsartikkelene som er brukt i oppgaven er fra USA. De fleste pleierne som deltar i studiene er heller ikke sykepleiere, men "Certified Nursing Assistants", som arbeider under overoppsyn av en sykepleier. I artiklene ser vi imidlertid at disse pleierne gjør mye av de samme oppgavene som sykepleiere gjør i Norge. Det er også mange likheter i metodene som blir brukt i artiklene og det jeg har funnet i den norske faglitteraturen. Jeg mener derfor at forskningen har god overføringsverdi til norske sykehjem.



## **4.0 Resultat**

Her presenteres fire forskningsartikler som er relevante for å belyse problemstillingen i oppgaven. Det er funnet både kvalitative og kvantitative studier. Flere studier bruker flere datakilder og kan ses som både kvalitative og kvantitative. Utfyllende informasjon om artiklenes metode, datasamling og utvalg vises i tabell 3 (Vedlegg 1).

### ***4.1 Dressing of Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Description and Analysis***

Formålet med undersøkelsen av Cohen- Mansfield et. al. (2006) var å karakterisere påkledningsprosessen på to sykehjem i USA med demenspasienter og dermed identifisere måter å forbedre påkledningsprosessen på både for pasientene og personalet. Metoden var observasjon via videoopptak og fokusgruppeintervju. Studien identifiserte ulike tiltak som sykehjem kan bruke for å bedre påkledningsprosessen for pasientene og pleierne. Tiltakene omhandler intervensjonsteknikker, hjelpemidler, organisatoriske rutiner og miljøendringer.

Det kom frem i undersøkelsen at når pleierne, for å være effektive, var raske når de hjalp pasienten med påkledningen bidrog dette til at pasienten ikke fikk nok tid til å fullføre gjøremål, svare på spørsmål, bli tilbudt valg og motta informasjon om delaktivitetene i påkledningen. Deltagerne i fokusgruppen poengterte viktigheten av å kjenne beboerne over tid for å kunne gjøre påkledningssituasjonen så god som mulig for dem. Undersøkelsen setter også fokus på at rommets utforming, utstyret og klesplaggene må vurderes i forhold til hver enkelt pasient. Et eksempel er å velge klær som krever mindre ferdigheter av pasienten, for eksempel å velge borrelås fremfor knapper og skolisser.

Gjennom fokusgruppeintervju med personalet kommer det frem at om påkledningen av beboerne er påkrevd før frokost kan dette legge stort tidspress på både de ansatte og pasientene.

### ***4.2 Mealtimes as Active processes in Long-Term Care Facilities***

I undersøkelsen av Gibbs-Ward & Keller (2005) forsøkes det å finne ut om optimale måltidsopplevelser for beboerne krever individualisert pleie som gjenspeiler tverrfaglige inngripener på flere plan. En grounded theory tilnærming brukes for å undersøke måltidsopplevelsene til pasientene på to langtidsavdelinger for demente pasienter i Canada. I datasamlingen er det brukt journalgranskning, observasjon og semi- strukturerte intervjuer.

Det kom frem i studien at pasientenes behov for assistanse under måltidene varierte avhengig av tidspunkt på dagen, pasientens aktiviteter før måltidet, pasientens funksjonsevne og miljøet i spisesalen. Noen av beboerne trengte bare enkle verbale eller fysiske stikkord for å starte eller fortsette å spise. Uten dette stikkordet spiste de ikke selv om maten stod rett foran dem. Undersøkelsen presiserer at selv om det finnes generelle mønstre er hvert måltid en unik prosess for hver pasient.

Det kom også frem i undersøkelsen at variasjoner i pasientenes spise- aktiviteter i stor grad ble påvirket av ytre faktorer. Foreksempel ble pleiernes innvirkning på pasientens selvhjulpenhet under spisingen vist ved observasjon av pleiernes inkonsekvente tilnærmelser til å hjelpe pasienten å spise. Disse kunne ha negativ innvirkning på pasientenes selvhjulpenhet. Intervju med sykepleierne viste at de synes de hadde for liten tid til å fokusere på omsorg i måltidssituasjonene

#### ***4.3 "Helping persons with mild or moderate Alzheimer's disease recapture basic daily activities through the use of an instruction strategy"***

Formålet med studien av Lancioni et. al. (2009) var å vurdere effektiviteten av verbale instruksjoner, presentert automatisk via enkel teknologi for å hjelpe personer med mild til moderat Alzheimers sykdom å gjenvinne grunnleggende daglige aktiviteter. Undersøkelsen ble utført på et rehabiliteringssenter i USA. Metode var observasjon av pasienter i tre delstudier.

Aktivitetene i undersøkelsen omhandlet morgenstellet, påkledning og måltidssituasjonen. Aktivitetene ble i de tre delstudiene inndelt i henholdsvis 17, 12 og 14 steg. Forskeren tok instruksjoner opp på bånd og en instruksjon ble avspilt for pasienten for hvert steg i aktiviteten. Instruksjonene kunne inneholde repetisjoner, alt etter om dette var mest effektivt for pasienten eller ikke. Dette var på forhånd kartlagt av forskeren. Alle gjenstandene som var nødvendige for aktiviteten lå tilgjengelig på et bord eller lignende. Forskeren hadde også klarlagt på forhånd hvor lang tid pasientene brukte på de ulike stegene slik at intervallene mellom instruksjonene kunne tilpasses den enkelte pasient. En fotocelle var også med på å regulere intervallene ved at den reagerte hver gang pasienten tok en gjenstand som lå tilgjengelig.

Dersom pasientene vandret rundt eller forble passive i 30 sekunder eller feilet i å fullføre et steg i aktiviteten, støttet en forskningsassistent dem med enten verbale eller fysiske hint. Dette ble også gjort når pasienten ikke responderte på en instruksjon etter 10-20 sekunder. Dette ble imidlertid i beskjeden grad nødvendig.

Samtlige undersøkelser viste at alle deltakerne hadde en rask og massiv økning i steg som ble utført riktig, når de ble veiledet av båndopptageren. Den raske forbedringen antyder imidlertid at pasientene var i stand til å forstå instruksjonene og at de behersket å planlegge den motorikken som måtte til for de enkelte stegene i aktiviteten. Videre kommer det frem at å sette navn på gjenstandene, for eksempel at det står "te" på tekannen hjalp den ene pasienten.

I hovedsak var intervensjonen i studien effektiv for pasienter som forut for undersøkelsen sannsynligvis hadde dårlig utførelse av aktivitetene som følge av mangel på initiativ, dårlig korttidshukommelse og dårlig generell planlegging. Det kommer også frem at det at instruksjonene var skreddersydd for hver pasient trolig betydde mye for at de var så effektive.

#### ***4.4 Restoring dressing independence in persons with Alzheimer's disease: A pilot study***

I undersøkelsen av Engelman et. al. (2002) ble to sykepleiere på et amerikansk sykehjem undervist og trent i å bruke metoden "System of least prompting" under påkledning av pasientene. Metoden innebar blant annet å gi pasienten direkte verbale instruksjoner eller indirekte verbale instruksjoner, å presentere et steg i påkledningen synlig direkte eller indirekte, for eksempel ved å peke på pasientens bukse og bevege oppover. Videre gikk metoden ut på å demonstrere direkte for pasienten hva som skulle gjøres, for eksempel ved at sykepleieren kneppet sin egen skjorte for å vise pasienten hvordan det skulle gjøres. Fysisk guiding ble også brukt og var definert som at sykepleieren brukte en av sine hender på pasientens kropp for å hjelpe ham å fullføre et steg. Total assistanse ble definert som at pleieren utførte hele steget for pasienten. Støtte som var mindre pågående enn fysisk guiding skulle prøves minst to ganger før fysisk guiding ble brukt. Dette kunne være verbale instruksjoner, å vise et steg i påkledningen som å peke på pasientens bukse og bevege oppover eller direkte vise med seg selv hvordan pasienten skulle gjøre et steg. For at pasienten skulle få tid til å respondere skulle pleierne vente minst fem sekunder mellom hver instruksjon eller "hint". Et viktig poeng i studien er at overdreven bruk av støtte og veiledning

kan føre til at pasientens sviktende evner fremheves, dersom metoden ikke lykkes. Dette kan skape frustrasjon og aggresjon hos pasienten.

Undersøkelsen viste at alle pasientene fikk en større uavhengighet under påkledningen. En av pasientene som før undersøkelsen trengte total assistanse, ble under intervensjonsperioden definert som å greie påkledningen selvstendig. Studiens viste også at bruk av metoden kunne føre til økt mobilisering av pasientene fordi de utførte flere bevegelser som var nødvendige for å gjennomføre påkledningen. Ved intervju av pleierne kom det frem at selv om de mente at "System of least prompting" metoden var viktig og effektiv, synes de at den tok for lang tid å bruke.

## 5.0 Diskusjon

Jeg er klar over at Travelbee (1999) tar sterk avstand fra pasientbegrepet. Jeg har likevel valgt å bruke dette begrepet i diskusjonsdelen for enkelhetsskyld.

### 5.1 *Den demente pasientens behov for sykepleie*

#### 5.1.1 Kartlegging og vurdering av pasientens behov for sykepleie

Mennesker med demens får som følge av kognitiv svikt, redusert evne til å gjennomføre dagliglivets aktiviteter (Engedal & Haugen, 2006). Personlige aktiviteter i dagliglivet har alle mennesker behov for å få utført (Holthe, 2008). Når pasienter med Alzheimers sykdom får en svekket evne til å utføre disse aktivitetene, kan vi ut fra Travelbees (1999) teori tenke at de har et behov for sykepleie. Hun beskriver sykepleiebehov som ethvert behov hos pasienten eller hans familie som sykepleieren kan oppfylle.

Travelbee (1999) skriver at sykepleieren må kartlegge pasientens behov for sykepleie både ved å kommunisere og observere fordi mange pasienter har problemer med å formidle sine behov til sykepleieren. Dette mener også Holte (2008), hun utdyper at sykepleier må kartlegge hva pasienten mestrer og hva han ikke mestrer. Videre skriver Holthe (2008) at sykepleier må vurdere på hvilken måte hjelpen bør gis for at pasienten skal mestre mest mulig selv. Lancioni et. al. (2009) poengterer i sin undersøkelse at den markante økningen i pasientenes selvhjulpenhet i ADL- situasjonene trolig kom av at instruksjonene var skreddersydd for hver enkelt pasient. Ut i fra dette mener jeg at å bli kjent med pasienten og kartlegge hans ressurser kan være viktig. Sykepleier kan bruke kommunikasjon og observasjon for å vurdere hva pasienten greier selv, hva han trenger hjelp med og hvordan sykepleier best kan hjelpe ham. Når det gjelder å observere hvordan pasienten utfører forskjellige aktiviteter mener jeg at dette kan gi sykepleieren et godt grunnlag for å senere rettlede pasienten i bruk av automatiserte aktiviteter, for eksempel tannpuss, jamfør Holthe (2008).

På et sykehjem er en ikke den eneste som hjelper pasienten med dagliglivets aktiviteter, derfor bør en dokumentere og videreformidle sine kartlegginger og erfaringer. Da kan også kollegaer bruke dette til å utøve sykepleie som bidrar til at pasienten får utnyttet sine ressurser. At sykepleier skal dokumentere er også lovpålagt. I helsepersonelloven (1999), § 39 og § 40 står det at sykepleier skal nedtegne eller registrere relevante opplysninger om

pasienten og helsehjelpen. Jeg mener at dokumentasjonen også kan være betydningsfull for nye pleiere, fordi den kan hjelpe dem å få raskere kjennskap til pasienten, hans ressurser og behov for sykepleie.

I undersøkelsen av Gibbs-Ward & Keller (2005) kom det frem at pasientenes behov for hjelp under måltidene varierte i forhold til tidspunkt på dagen, hva pasienten hadde gjort før måltidet, pasientens funksjonsevne og miljøet i spisesalen. Dette viser at pasientens behov for sykepleie stadig endrer seg. Sykepleier bør derfor ha et bevisst forhold til at tidligere dokumentert og erfart kunnskap kan endre seg, og kontinuerlig vurdere pasientens behov for sykepleie. Dette kan også støttes av Travelbees (1999) sykepleieteori. Hun hevder at all samhandling mellom sykepleieren og den syke gir sykepleieren mulighet til å bli kjent med pasienten og fastsette og ivareta hans eller hennes behov. Slik oppretter sykepleieren et menneske-til-menneske- forhold til pasienten. Dette beskriver hun som en eller flere opphevelser og erfaringer som deles av sykepleieren pasienten.

Siden menneske-til-menneske-forholdet legger til grunn at pasienten og sykepleieren deler opplevelser og erfaringer kan en tenke at Alzheimerpasienters kognitive svikt kan skape begrensninger i dette forholdet, for eksempel ved at denne hindrer dem i å forstå hva som skjer. På en annen side skriver Travelbee (1999) at sykepleieren og pasienten påvirker hverandre i en gjensidig prosess. Forandringen skjer på grunn av den enes påvirkning av den andre. Selv om pasienten ikke forstår situasjonen vil han derfor like fullt ut påvirke sykepleieren, som igjen kan påvirke ham. Ved å bruke sine kunnskaper om pasienten og hans sykdom og lidelse kan sykepleier da skape en forandring hos pasienten, for eksempel bidra til at han får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter.

### **5.1.2 Betydningen av å mestre dagliglivets aktiviteter**

Søndergaard (2004) skriver at dagliglivets aktiviteter har stor betydning for en persons opplevelse av selvstendighet. Tap av funksjoner ved demens truer selvfølelsen og selvbildet (Jakobsen, 2007). Undersøkelser har vist at demente pasienter som er avhengige av andre for å utføre dagliglivets aktiviteter har lavere livskvalitet (Andersen et. al., 2004). Ved å tilrettelegge for at pasienter med Alzheimer demens får utnytte sine ressurser og mestre dagliglivets aktiviteter, kan sykepleier derfor bedre deres selvilde og livskvalitet.

Undersøkelsen av Engelman et. al. (2002) viste at når pasientene utførte flere av dagliglivets aktiviteter selvstendig kunne dette føre til økt mobilisering. At pasienten får utnyttet sine ressurser og oppleve mestring av dagliglivets aktiviteter kan altså være positivt på flere områder. Sykepleier må imidlertid være oppmerksom på negative følelser, som frustrasjon og aggresjon, som kan oppstå hos pasienten når han ikke mestrer en aktivitet (Engelman, 2002). Slik kan sykepleier vurdere om det er hensiktsmessig å overta oppgaver for pasienten for at han ikke skal oppleve denne lidelsen.

## ***5.2 Hvordan utøve sykepleie som motiverer pasienten til å utnytte sine ressurser?***

Motivasjon kan være når en person drives til en handling for på sikt å oppnå noe og bli tilfredsstilt eller når en person drives til handling fordi den gir avkastning her og nå. Disse to formene for motivasjon kan også være kombinerte (Søndergaard, 2004).

Søndergaard (2004) skriver at når man skal motivere personer med demens til å utføre en aktivitet, kan måten en inviterer på være avgjørende. Her mener jeg at det vil være essensielt å trekke inn betydningen av at sykepleier kjenner pasienten og hans ressurser, sammen med bruken av de ulike kommunikasjonsmetodene som blir diskutert i punkt 5.3 og punkt 5.4. Sykepleier kan bruke sin kunnskap sammen med erfaringer fra tidligere samhandling med pasienten til å vurdere hvordan hun skal gå frem for å motivere pasienten til aktivitet. Når sykepleieren kjenner pasienten kan hun også bruke hans livshistorie og det han tidligere har sett på som meningsfylt til å motivere ham, slik Søndergaard (2004) skriver. Fra praksis har jeg selv erfart at dette kan være effektivt; en pasient som alltid hadde vært glad i musikk ble motivert til å stå opp og utføre morgenstellet ved at sykepleier informerte henne om at i dag var det sangstund i avdelingen. Hun ble altså motivert til å stå opp og stelle seg for på sikt å kunne delta i sangstunden. Pasientens familie kan være en god ressurs når sykepleier skal kartlegge pasientens livshistorie og hva han har sett på som meningsfullt.

Søndergaard (2004) skriver videre at demente pasienter kan virke hjelpeløse og dermed motivere sykepleieren til å hjelpe for mye; dersom sykepleier hjelper pasienten på vei i en handling før hun vet at pasienten ikke klarer handlingen kan dette ødelegge pasientens motivasjon. I undersøkelsene av Lancioni et. al. (2009) og Engelman et. al. (2002) ble det

vektlagt at sykepleier ikke skulle gripe inn med flere instruksjoner eller hint før pasienten hadde fått tilstrekkelig tid til å respondere. Undersøkelsene viste gode resultater i pasientenes selvhjulpenhet i dagliglivets aktiviteter og kan derfor underbygge Søndergaards (2004) overnevnte påstand om at dersom sykepleieren er for rask med å hjelpe kan dette ødelegge pasientens motivasjon.

### ***5.3 Hvordan bruke kommunikasjon til å fremme pasientens bruk av egne ressurser?***

Søndergaard (2004) skriver at stemmeleie, vektleggingen av ord, bevegelser, mimikk, tempo og kroppens plassering i forhold til den andre påvirker mottakerens oppfatning av budskapet vårt. Gibbs- Ward og Kellers (2005) studie viste at innkonsekvente tilnærmelser fra pleierne i måltidssituasjonene kunne ha negativ innvirkning på pasientenes selvhjulpenhet. Travelbee (1999) skriver at dersom sykepleier skal kunne bruke seg selv for å oppnå en endring hos pasienten må hun vite hvordan hennes egen atferd påvirker pasienten. Først da kan hun danne nye og mer virkningsfulle relasjoner til pasienten. På grunnlag av dette mener jeg at det er betydningsfullt at sykepleier vet hvordan hennes atferd påvirker mennesker med Alzheimer demens, slik at hun kan bruke dette for å tilpasse sin atferd slik at den bidrar til at pasienten får utnyttet sine ressurser.

For eksempel er det viktig at en snakker tydelig, med god uttale og ikke for fort i kommunikasjon med demente mennesker (Wogn- Henriksen, 2008). Dersom sykepleier er klar over dette og bruker det aktivt i kommunikasjon med pasienten kan det bidra til at pasienten forstår hva sykepleieren mener, for eksempel hvordan han skal gjøre en aktivitet. Pasienten kan da utføre aktiviteten og dermed bruke sine ressurser som igjen kan føre til at han mestrer dagliglivets aktiviteter, noe som også bidrar positivt til selvbildet og identiteten (Holthe, 2008) og kan gi bedre livskvalitet (Andersen et. al., 2004).

Et av ufallene ved demens kan være at pasienten får vansker med å forstå verbal kommunikasjon (Søndergaard, 2004). Det er dermed ikke gitt at en bestemt form for kommunikasjon, for eksempel verbal kommunikasjon, er nyttig når sykepleier skal hjelpe pasienten å utnytte sine ressurser. Dette understreker viktigheten av at sykepleier kartlegger pasientens ressurser og behov for sykepleie, som nevnt i punkt 5.1. Først når sykepleier har



gjort dette kan hun gjøre seg opp en mening om hvordan hun best kan kommunisere med pasienten for at bidra til at han får bruke sine ressurser i dagliglivets aktiviteter.

For å bidra til at pasienten får utnyttet sine ressurser vil jeg imidlertid tro at det ikke bare er viktig at pasienten forstår sykepleieren, men også at sykepleieren forstår pasienten. Dette kan underbygges av Travelbee (1999), som understreker at sykepleier må kunne forstå hva den syke kommuniserer slik at hun kan bruke det i planleggingen av sine sykepleiehandlinger.

Sejerøe- Szatkowski (2004) beskriver kalibrering som et tiltak i samhandling med demente mennesker. Sykepleier ser etter tilbakevendende mønstre i pasientens atferd og kan etter hvert trekke konklusjoner om hva disse betyr. For å kalibrere bør sykepleieren kjenne pasienten godt. I undersøkelsen av Cohen- Mansfield et. al. (2006) poengterte også personalet viktigheten av å kjenne beboerne over tid for å gjøre påkledningssituasjonen best mulig for dem. At sykepleieren kjenner pasienten godt og kan tolke hans atferd kan derfor ha betydning når hun skal tilrettelegge for at pasienten får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter, spesielt i forhold til pasienter som har vanskelig for å gjøre seg forstått.

#### ***5.4 Guiding og speiling for å fremme pasientens bruk av egne ressurser***

Sejerøe- Szatkowski (2004) skriver at når man skal guide pasienten med språket forteller man pasienten akkurat hva han skal gjøre, men forholder seg kroppslig i ro. Man kan også guide ved å bruke kroppen og utføre handlingen sammen med pasienten. Det understrekes at man ikke skal snakke når man guider pasienten med kroppen. I undersøkelsen av Engelman et. al. (2002) blir pleierne opplært til å først gi pasienten minst to verbale instruksjoner, visuelle hint eller demonstrasjoner, før de tar i bruk fysisk guiding. Verbal og fysisk støtte blir altså ikke brukt sammen. Dette kan tyde på at også forskerne som har utført denne pilotundersøkelsen mener at fysisk og verbal guiding bør gjøres hver for seg. Dette kan igjen begrunnes med at demente mennesker bør få minst mulig stimuli samtidig, slik Søndergaard (2004) skriver.

I undersøkelsen av Gibbs- Ward og Keller (2005) kom det frem at noen av pasientene bare trengte et fysisk eller verbalt stikkord for å begynne eller å fortsette å spise. Verbale stikkord er brukt med gode resultater både i undersøkelsen av Lancioni et. al. (2009) som omhandlet morgenstell, påkledning og måltidssituasjon, og i undersøkelsen av Engelman et. al. (2002) som omhandlet påkledning. Dette viser at bruk av verbale stikkord for å fremme pasientens bruk av egne ressurser kan være effektivt i alle personlige aktiviteter i dagliglivet.

Lancioni et. al. (2009) prøvde ut verbale instruksjoner presentert automatisk via enkel teknologi. De hadde på forhånd gjort grundige kartlegginger for å tilpasse instruksjonene til hver enkelt pasient. Aktivitetene ble inndelt i steg og én instruksjon ble avspilt for hvert steg. Denne metoden viste seg å ha svært god effekt. Dersom man ser denne metoden i forhold til Travelbees (1999) sykepleieteori, ser man imidlertid at hun legger stor vekt på kommunikasjon og samhandling i menneske-til-menneske- forholdet. Ved bruk av den overnevnte metoden kan det tenkes at sykepleieren får mindre mulighet til å utvikle menneske- til- menneske forholdet med pasienten. Metoden forutsetter også at pasienten forstår hva instruksjonene betyr og greier å planlegge motorikken som må til for de enkelte stegene i aktiviteten. Pasientene i undersøkelsen hadde Alzheimer sykdom i mild til moderat grad. På grunnlag av dette kan det tenkes at metoden er mest effektiv for pasienter som er i et tidlig stadium av sin demenssykdom.

Likevel mener jeg at det er mye nyttig i denne metoden som også kan brukes i forhold til pasienter som har kommet lengre i utviklingen av Alzheimer demens. Eksempler på dette er å dele aktiviteter inn i mange steg og at pasienten får tilstrekkelig tid til å respondere før nye instruksjoner eller veiledninger. Dette kan underbygges av Sønnergaard (2004) som skriver at å dele aktiviteten inn i mange steg gir mulighet for deltakelse også for pasienter som er sterkt rammet av demens. Jeg vil imidlertid tro at disse pasientene trenger mer støtte, slik at det vil være mer hensiktsmessig å “bytte ut” båndopptageren med en sykepleier som i større grad kan støtte og veilede pasienten.

Sejerøe- Szatkowski (2004) beskriver speiling som at sykepleieren viser pasienten hvordan handlingen skal gjøres. Denne metoden ble brukt i undersøkelsen av Engelman et. al. (2002), for eksempel ved at når pasienten skulle kneppe skjorten sin, viste pleierne hvordan det skulle gjøres ved å kneppe sin egen skjorte. Guiding, slik Sejerøe- Szatkowski (2004) beskriver denne metoden, ble brukt i studien av Lancioni et. al. (2009). Forskningen viser at alle pasientene ble mer selvhjulpne under forsøkene og dermed at guiding og speiling kan være effektivt for å utøve sykepleie som bidrar til at pasienter med Alzheimers sykdom får bruke sine ressurser i dagliglivets aktiviteter. Studien av Engelman et. al. (2002) er imidlertid en pilotstudie med få pasienter, og disse resultatene kan derfor ikke ilegges for stor betydning. Sykepleieren må også være oppmerksom på negative sider ved bruk av de overnevnte metodene, slik at de ikke brukes dersom de gir uønskede effekter. Engelman et. al. (2002)

understreker at overdreven bruk av støtte og hint kan skape frustrasjon og aggresjon hos pasienten dersom metoden ikke lykkes og kan bidra til å understreke pasientens sviktende evner.

### ***5.5 Å tilrettelegge for at pasienten får utnyttet sine ressurser***

Studien av Lancioni et. al. (2009) viste at det at det stod “te” på tekannen hjalp den ene pasienten i undersøkelsen å forstå at dette var tekannen. Synet var altså en viktig ressurs for henne. Dersom pasienten hadde hatt dårlig syn og dette ikke var kartlagt ville hun kanskje “mistet” den ressursen det var for henne å kunne lese “te” på tekannen. Jeg mener at dette er med på å vise betydningen av at sykepleier kartlegger pasientens sansemessige status, for eksempler syn eller hørsel. At å kartlegge pasientens sansemessige status er betydningsfullt kan også underbygges av Wogn- Henriksen (2008) som poengterer at sykepleier må kjenne til pasientens sansemessige status og skaffe hjelpemidler som kan kompensere for svikt. Dette mener jeg kan gjøre det lettere for pasienten å benytte seg av skilt og landemerker, som i følge Holthe (2008) bør settes opp i avdelingen for å støtte romorienteringen. Da kan pasienten bruke sine gjenværende ressurser til å finne frem i avdelingen, for eksempel å finne frem til toalettet.

Karoliussen og Smedbye (1997) omtaler realitetsorientering som et tiltak i samhandling med demente mennesker. Realitetsorientering har imidlertid blitt kritisert fordi det kan oppleves krenkende og respektløst for pasienten når feiloppfatninger blir rettet på. Dersom sykepleier bruker realitetsorientering slik at pasienten opplever det som beskrevet over, bruker ikke sykepleieren seg selv terapeutisk, som Travelbee (1999) ønsker. Dersom sykepleieren skal bruke realitetsorientering må hun derfor være oppmerksom på dette, slik at hun kan la være å bruke denne metoden dersom den ikke har ønsket virkning hos pasienten. Fra praksis har jeg selv erfaring med at forsøk på realitetsorientering har skapt negative følelser som aggresjon og fortvilelse hos pasienten. Wogn-Henriksen (2008) beskriver imidlertid visuelle nøkler, som lett-leslige klokker og skilt i avdelingen, som en form for realitetsorientering. Jeg personlig oppfatter dette som en “mildere” form for realitetsorientering som gir pasienten større muligheten til å forstå omgivelsene han befinner seg i uten å bli korrigert eller “irettesatt” av andre mennesker.

Cohen- Mansfield et. al. (2006) skriver at rommet, utstyret og klesplaggene som blir brukt i påkledningen må vurderes i forhold til hver enkelt pasient. Dette kan støttes av Søndergaard

(2004) som skriver at det er sykepleiers ansvar å planlegge aktiviteten for pasienten og å gjøre praktiske forberedelser. Travelbee (1999) presiserer også at sykepleier må sette seg inn i pasientens situasjon for å kunne hjelpe ham. Sykepleier bør derfor vurdere hvordan ulike tiltak fungerer for pasientene og ta hensyn til dette i tilretteleggingen av miljøet og aktiviteter, slik at de kan tilpasses hver enkelt pasient best mulig for at han skal kunne utnytte sine ressurser.

På en sykehjemsavdeling kan det bo flere Alzheimerpasienter. Som Berentsen (2008) skriver kan symptomene variere i styrke og omfang fra pasient til pasient. Dette kan være en utfordring når en skal tilrettelegge miljøet i avdelingen, fordi et tiltak som hjelper én pasient, trenger ikke å hjelpe en annen pasient. Dersom en skal ha tiltak som hjelper alle pasientene, for eksempel et skilt som er tilpasset hver pasient vil dette trolig føre til mange ulike stimuli for pasientene, noe som ikke er ønskelig i følge Søndergaard (2004). Sykepleier bør derfor finne “den gylne middelvei” for at avdelingen skal tilrettelegges best mulig for alle pasientene.

### ***5.6 Hvor langt er det mulig å tilrettelegge for at pasienten skal få utnytte sine ressurser i norske sykehjem?***

Det krever kunnskap om tiltakene som er diskutert i denne oppgaven, både av sykepleiere og andre som tar seg av pasientene, for at disse skal la seg gjennomføre. Gjennom sykehjemspraxis har jeg sett at mange pleiemedhjelpere ikke har, eller har lite, utdanning innenfor faget. At sykepleier er villig til å undervise og veilede sine kollegaer ser jeg derfor på som en viktig faktor dersom tiltakene skal la seg gjennomføre. Dette stiller også krav til organiseringen av sykehjemmet, fordi det må være rom for at sykepleieren kan bruke tid på undervisning og veiledning. For å ha rollen som underviser bør også sykepleierens kunnskaper oppdateres jevnlig. Flere av tiltakene krever grundige forberedelser og kartlegginger av pasientens ressurser, for eksempel metoden som er utprøvd av Lancioni et. al. (2009). Dette er også tiltak som tar tid og krever kunnskap.

Studiene av Engelman et. al. (2002), Cohen- Mansfield et. al. (2006) og Gibbs- Ward og Keller (2005), fant alle tidspress eller mangel på tid som en faktor som hindret pleierne å utføre tiltak som kunne hjelpe pasientene å utnytte sine ressurser. Studien av Cohen- Mansfield et. al. (2006) fant at organiseringen av sykehjemets rutiner kunne skape tidspress for både pleiere og pasienter.

Jeg ser derfor spesielt tidspress, men også organiseringen av sykehjemmenes rutiner og behov for mer kunnskaper blant personalet, som utfordringer for muligheten til å tilrettelegge for at pasientene får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter på norske sykehjem. I tillegg er det en utfordring å tilpasse avdelingene til hver enkelt pasient, som nevnt i punkt 5.4.

## 6.0 Oppsummering

På grunn av stor variasjon i styrke og omfang av symptomer ved Alzheimer demens er individuell sykepleie tilpasset hver enkelt pasient vesentlig når en skal bidra til at pasienten får utnyttet sine ressurser i dagliglivets aktiviteter. For å få til dette bør sykepleier kjenne pasienten og kartlegge hans ressurser og behov for sykepleie. Ulike kommunikasjonsmetoder som guiding, speiling og kalibrering kan være nyttige i samhandling med pasienten og sykepleier bør derfor ha kunnskap om disse. Å motivere pasienten og tilrettelegge miljøet er også betydningsfulle faktorer som sykepleier bør ha kunnskaper om. Pasientens behov for sykepleie er ikke konstant, sykepleier bør derfor kontinuerlig vurdere dette behovet. Mestring av dagliglivets aktiviteter kan føre til bedre selvbilde, økt livskvalitet og fremme mobilisering hos pasienten, det er derfor en viktig sykepleie oppgave å bidra til at pasienten får utnytte sine ressurser i dagliglivets aktiviteter.

For å få til tiltakene som er kommet frem i denne oppgaven mener jeg først og fremst at tidspresset i sykehjemmene bør reduseres og at personalet bør få mer kunnskaper.

Undervisning og endring av rutiner kan kanskje bidra til å oppnå dette.

## 7.0 Referanseliste

Amstrup, K. (2006). *Husker du, så glemmer jeg...: Ressourcer hos gamle med svær demens*. København: Hans Reitzels forlag.

Andersen, C.K., Wittrup- Jensen, K.U., Lolk, A., Andersen, K. & Kragh- Sørensen, K. (2004). Ability to perform activities of daily living is the main factor affecting quality of life in patients with dementia [Elektronisk versjon]. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2 (52), 1-7.

Berentsen , V. D. (2008). *Demensboka: Lærebok for pleie og omsorgspersonell*. Forlaget Aldring og helse.

Cohen- Mansfield, J., Creedon, M. A., Malone, T., Parpura-Gill, A., Dakheel-Ali, M. & Heasley, M. (2006). Dressing of Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Description and analysis [Elektronisk versjon]. *The Gerontologist*, 46 (1), 89-96.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2006). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer*. Forlaget Aldring og helse.

Engelman, K. K., Mathews, M. R. & Altus, D. E. (2002). Restoring dressing independence in persons with Alzheimer`s disease: A pilot study. *American Journal of Alzheimer`s Disease and Other Dementias*, 17 (1), 37- 43.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Författarna och bokförlaget Natur och Kultur, Stockholm.

Gibbs-Ward, A. J. & Keller. H. H. (2005). Mealtimes as Active Processes in Long-term Care Facilities [Elektronisk versjon]. *Canadian Journal Of Dietic Practice and Research*, 66 (1), 5-11.

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell av 2. Juli 1999 nr 64*. Hentet 3. Februar 2010 fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html>

Holthe, T. (2008). Handlingssvikt og tilrettelegging. I: A.M. Rokstad & K.L. Smebye (red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s.114-151). Oslo: Akribe.

Holthe, T. (2004). Kan hjelpemidler være til nytte for personer med demens? *Demens*, 8 (4), 14-17.

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget.

Karoliussen, M. & Smedbye, K. L. (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Lancioni, G. E., Pinto, K., La Martire M. L., Tota, A., Rigante, V., Tatulli, E. et.al. (2009). Helping persons with mild or moderate Alzheimer`s disease recapture basic daily activities trough the use of an instruction strategy [Elektronisk versjon]. *Disability and rehabilitation*, 31 (3), 211- 219

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (2006). *Sjekklistor for vurdering av kvalitativ forskning*. Hentet 20. januar 2010 fra

<http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/2031.cms>

Sejerøe- Szatkowski, K. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). *Demenssykdomer: En systematisk litteraturoversikt*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

St. meld. nr 25 (2005- 2006). *Mestring, muligheter og mening: Framtidens omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 4. januar 2010 fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

Søndergaard, M. (2004). *Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv*. System Academic.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I: A. M. M. Rokstad & K. L. Smedbye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-112). Oslo: Akribe



## Vedlegg 1

### Oversikt over valgte forskningsartikler (tabell 3)

Artikkel	Hensikt	Metode og datainnsamling	Utvalg	Resultat
"Helping persons with mild or moderate Alzheimer's disease recapture basic daily activities through the use of an instruction strategy". Lancioni et. al. (2009)	Å vurdere effektiviteten av verbale instruksjoner, presentert automatisk via enkel teknologi for å hjelpe personer med mild til moderat Alzheimers sykdom å gjenvinne grunnleggende daglige aktiviteter.	Artikkelen er skrevet ut fra tre pilot-intervensjonsstudier.  Dataene er innsamlet ved at forskeren har observert pasientene.	Studie 1: Tre kvinner i alderen 79-86 år.  Studie 2: Fire kvinner i alderen 74-81 år.  Studie 3: Tre kvinner i alderen 73-81 år.  Alle deltagerne i studiene hadde Alzheimers sykdom i mild til moderat grad. Deltakerne bodde hjemme og var midlertidig på rehabiliterings-senteret.	Verbale instruksjoner for hvert ledd i aktivitetene presentert automatisk gjennom teknologi var effektivt for å hjelpe alle deltagerne i gjennomføringen av de ulike aktivitetene. Gjennomsnittlig forbedret pasientene korrekt utførelse av aktivitetene fra 13-45 fra baseline til over 80-90 under intervensjons-peiroden.
" Dressing of Cognitively Impaired Nursing Home Residents: Description and Analysis". Cohen-Mansfield et. al. (2006)	Å karakterisere påklednings-prosessen i sykehjem med demenspasienter og dermed identifisere måter å forbedre påklednings-prosessen på både for pasientene og personalet.	Beskrivende analyse.  Dataene er innsamlet ved video-opptak av pasientene.	20 pasienter er med på undersøkelsen, 15 kvinner og fem menn. Gjennomsnittsalderen er ca 83 år. Pasientene kommer fra hver sin avdeling på to ulike sykehjem. 10 pasienter fra hver avdeling er med. Det er 17 godkjente pleieassistenter som utfører påkledningene.  Fokusgruppeintervju ble gjennomført med personale fra et av sykehjemmene.	Studien identifiserte ulike tiltak som sykehjem kan bruke for å bedre påklednings-prosessen for pasientene og pleierne. Tiltakene omhandler intervensjonsteknikker, hjelpemidler, organisatoriske rutiner og miljøendringer.

<p>“Mealtime as Active processes in Long-Term Care Facilities” Gibbs-Ward &amp; Keller (2005).</p>	<p>Formålet med undersøkelsen var å skape en teori for å guide pleien omkring måltidene til pasienter med demens i langtidsavdelinger, for å fremme livskvalitet hos denne gruppen.</p>	<p>Grounded theory.  Journal granskning. Observasjon av pasientene. Semistrukturerte intervjuer med 18 helsearbeidere fra de to avdelingene.</p>	<p>Undersøkelsen er utført på to langtidsavdelinger for demente pasienter. 20 pasienter er med i undersøkelsen, 10 fra hver avdeling.</p>	<p>Pasientenes behov for assistanse under måltidene varierte avhengig av tidspunkt på dagen, pasientens aktiviteter før måltidet, pasientens funksjonsevne og miljøet i spisesalen.</p>
<p>“Restoring dressing independence in persons with Alzheimer’s disease: A pilot study” Engelman et. al. (2002).</p>	<p>Formålet med undersøkelsen var å vurdere innflytelsen av å lære sertifiserte pleieassistenter å bruke en gradvis støtte- prosedyre for å øke selvstendigheten under påkledning hos pasienter som har demens.</p>	<p>Undersøkelsen er en pilotstudie.  Dataene er innsamlet ved direkte observasjon av pasienter og pleiere og ved intervju av pleierne. En eksperimentell design med repeterende målinger er brukt for å vurdere effekten av prosedyren.</p>	<p>Tre kvinnelige pasienter i alderen 79-86 år, med Alzheimers sykdom i moderat til alvorlig grad, er med i undersøkelsen. Pasientene bor på samme boenhet for demente pasienter.  To kvinnelige, sertifiserte pleieassistenter er også med i undersøkelsen. Disse er 35 og 22 år gamle og har arbeidet ved enheten i henholdsvis 33 og 13 måneder.</p>	<p>Undersøkelsen viste at når pleierne fulgte metoden som ble utprøvd i forsøket økte pasientenes selvstendighet under påkledningen. Pasientenes bevegelsesutslag økte også.</p>