NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Bacheloroppgave

SY 301813, Sykepleie VI

Aktvitieter tilrettelagt for personer med diagnosen demens på institusjon, for å ivareta og bekrefte den enkeltes identitet.

Kandidatnumre: 4524 og 4430

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Antall ord:8794

Innlevert Ålesund, 22 mai 2016

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar**.

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	**Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.**	☒
2.	**Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen:** • ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands. • ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt. • ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt. • har alle referansene oppgitt i litteraturlisten. • ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	☒
3.	**Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å betrakte som fusk og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.**	☒
4.	**Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver**	☒
5.	**Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.**	☒
6.	**Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider**	☒

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp.

Hovedveileder: Janne-Rita Skår og biveileder: Paancheewa NaNongkhai

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven §2).
Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjennelse.
Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering: ☒ja ☐nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)? ☐ja ☒nei
(Båndleggingsavtale må fylles ut)
- Hvis ja:
Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over? ☐ja ☒nei

Er oppgaven unntatt offentlighet? ☐ja ☒nei
(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21/4-16

Forord

Livets høst

Jeg er lik et tre!
Lik treet ble jeg også til ved et frø.
Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.
Lik treet om høsten mister jeg nå blader.
Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt "faller av".
Uten blader, intet liv, sier du vel.
Men du som ser meg, kjenner meg.
Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.
Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.
Der ligger forskjellen på deg og meg.
Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.

Del det med meg!

Kirsti Solheim

(Solheim, 2009, s. 17)

Sammendrag / summary

Bakgrunn: Tallet på eldre personer over 65 år stiger jevnlig, samtidig skjer det også en kraftig økning av demensrammede. I Norge er det om lag 70 000 personer som har diagnosen. Av erfaring blir de sittende mye i ro, dagene blir lange og lite meningsfulle. Muligheten for selvstendig aktivisering er redusert, men likevel har de et behov for å aktivisere seg, for å bruke ressursene sine og være i kontakt med andre og omgivelsene. Å mestre de daglige aktivitetene henger også sammen med selvfølelse, identitet og livskvalitet.
Hensikt: Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleiere kan ta i bruk aktiviteter på en institusjon for personer med diagnosen demens, som ivaretar og bekrefter den enkeltes identitet.
Metode: Systematisk litteraturstudie av åtte artikler, både kvalitative, kvantitative, kombinerte og en reviewartikkel.
Resultater: Vi oppdaget tre hovedfunn. Kartlegge ressurser og behov, kjenne beboerens livshistorie og finne kreative løsninger.
Konklusjon: For at beboere med diagnosen demens skal kunne delta og mestre aktiviteter i hverdagen, må deres ressurser og behov kartlegges. Livshistorien til den enkelte vil være et verktøy sykepleier kan ta i bruk, for å styrke identiteten, øke selvfølelsen og livskvaliteten deres. Sykepleier må være kreativ i arbeidet, siden alle har ulike forutsetninger og derav tilrettelegge for individtilpassede aktiviteter.

Background: The number of elderly people above the age of 65 is increasing. The same is the number of people with dementia. Approximately 70 000 people have this condition in Norway. From experience these resident's lives is characterized by long days with lack of meaning and activity. Their opportunity to independent activity is decreased. To still be able to use their abilities and maintain contact with others and the surroundings, they have to stay active. Managing everyday life activities is related to self – esteem, identity and quality of life.
Purpose: The purpose of this study is to present how nurses in institutions can use activities, in order to maintain and confirm the individual's identity.
Method: This is a systematic literature study of eight articles, both qualitative, quantitative and combined and of one review article.
Results: Our literature review discovered three main findings: to survey needs and resources, knowing the individual's life story and to find creative solutions.
Conclusion: If residents with dementia shall participate and manage everyday life activities, their needs and resources have to be surveyed. The individual's life story can be used as a tool for nurses to strength the resident's identity, self – esteem and quality of life. Nurses have to be creative in this work and facilitate individualized activities – because every patient has different abilities.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning ... 1
1.1 Bakgrunn for valg av tema ... 1
1.2 Oppgavens hensikt ... 1
1.3 Problemstilling ... 2
1.4 Begrepsavklaring ... 2
1.5 Avgrensing og spesielle fokus i problemstillingen ... 3
1.6 Oppgavens videre oppbygging ... 3

2.0 Teoribakgrunn ... 4
2.1 Demens og utfall av sykdommen ... 4
2.2 Beboeren med demens – aktiviteter og identitet ... 4
2.3 Sykepleier i demensomsorg ... 5
2.4 Virginia Hendersons sykepleieteori ... 7

3.0 Metodebeskrivelse ... 8
3.1 Systematisk litteraturstudie ... 8
3.2 Datasamling ... 8
3.3 Søkestrategi ... 8
3.4 Søkehistorie i ulike databaser ... 9
3.5 Inklusjons – og eksklusjonskriterier ... 9
3.6 Kvalitetssikring av forskningsartiklene ... 10
3.7 Etiske hensyn ... 10
3.8 Analyse ... 11
3.8.1 Trinn 1 ... 11
3.8.2 Trinn 2 ... 12
3.8.3 Trinn 3 ... 12
3.8.4 Trinn 4 ... 12

4.0 Resultat ... 13
4.1 Kartlegge ressurser og behov ... 13
4.2 Kjenne beboerens livshistorie ... 14
4.3 Finne kreative løsninger ... 15

5.0 Diskusjon ... 18
5.1 Metodediskusjon ... 18
5.2 Resultatdiskusjon ... 19
5.2.1 Tilrettelegge for aktivitet gjennom å kartlegge ressurser og behov ... 19
5.2.2 Tilrettelegge for aktivitet gjennom å kjenne beboerens livshistorie ... 21
5.2.3 Tilrettelegge for aktivitet gjennom å finne kreative løsninger ... 23

6.0 Konklusjon ... 26

7.0 Referanseliste ... 27
Vedlegg 1 - Kartleggingsverktøy ... 1
Vedlegg 2 - Litteratursøk ... 2
Vedlegg 3 – Litteraturmatrise 1 ... 5
Litteraturmatrise 2 ... 6
Litteraturmatrise 3 ... 7
Litteraturmatrise 4 ... 8
Litteraturmatrise 5 ... 9
Litteraturmatrise 6 ... 10
Litteraturmatrise 7 ... 11
Litteraturmatrise 8 ... 12

1.0 Innledning

I dette kapittelet begrunnes bakgrunn for valg av tema, oppgavens hensikt og problemstilling, begrepsavklaringer, avgrensing i problemstilling og oppgavens videre oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert fjerde sekund vil en ny person bli rammet av demens på verdensbasis, og det ble anslått i 2010 at 36 millioner hadde en demenssykdom (Strand et al. 2014). I følge folkehelseinstituttet (2015) er det om lag 70 000 personer med diagnosen demens i Norge, men det er stor usikkerhet rundt disse tallene. Tallet på eldre personer over 65 år stiger jevnlig, samtidig skjer det også en kraftig økning av demensrammede.

Egne erfaringer fra praksis, er at mange eldre med demens blir sittende mye i ro og at dagene blir lange og lite meningsfulle. Mennesket er aktivt av natur, men grunnet demensdiagnosen reduseres muligheten for selvstendig aktivisering. Likevel har de behov for å aktivisere seg, for å bruke ressursene de har og være i kontakt med andre og omgivelsene (Rokstad 2008b). Alle har et ønske om å mestre de daglige aktivitetene og egen hverdag, fordi det henger sammen med selvfølelse, identitet og livskvalitet (Holthe 2008). I følge forskrift for sykehjem (2013), i § 4-4 ”skal beboerne ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere”. Men grunnet sykdommen kan det bli en kamp om å bevare seg selv, og man kan oppleve en frykt for å miste kontakten med egen identitet (Rokstad 2008a). I demensplanen 2020 (2016) er det stor enighet, om at det er behov for flere aktivitetstilbud i sykehjemmene tilrettelagt for den enkelte.

1.2 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan sykepleiere kan ta i bruk aktiviteter på en institusjon for personer med diagnosen demens, som ivaretar og bekrefter den enkeltes identitet.

1.3 Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ta i bruk aktiviteter på en institusjon for personer med diagnosen demens, som ivaretar og bekrefter den enkeltes identitet?

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleie: Virginia Hendersons definisjon;

> *Sykepleiernes særegne funksjon er å hjelpe personen, syk eller frisk, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han ville gjort uten hjelp om han hadde hatt tilstrekkelige krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at personen gjenvinner uavhengigheten så fort som mulig. (Kirkevold, 2001, s. 101).*

Aktiviteter: Det finnes ulike former for aktivitet. Vi har vanlige hverdagslige aktiviteter som man gjør for å opprettholde egenomsorgen. I tillegg har vi de sosiale, fysiske og mentale aktivitetene, som sang, spill, dans, kommunikasjon, turgåing, kryssordløsning, hagearbeid og lignende. De ulike aktivitetene er en blanding av sosial, fysisk og mental virksomhet (Berentsen 2010).

Institusjon: Institusjon er et meningsfellesskap, en organisasjon hvor medarbeidere identifiserer seg med virksomhetens visjoner. Det er ikke bygninger som skaper institusjoner, men verdifundamentet som virksomheten bygger på. Helse vil være en felles verdi for dem som får hjelp, og dem som gir hjelp (Orvik 2004).

Demens: Demens forårsakes av en organisk sykdom i hjernen. Kjennetegnet ved sykdommen er at den er kronisk og at den fører til en irreversibel kognitiv svikt. Den fører også til sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter, samt redusert hukommelse og endret atferd (Engedal og Haugen 2009).

Identitet: I følge Rokstad (2008a) kommer den personlige identiteten til uttrykk ved personlige pronomen som jeg, meg, mitt og mine. Måten vi oppfatter oss selv på henger sammen med måten andre reagerer på oss. Over tid har vårt selvbilde utviklet seg på grunnlag av holdninger og reaksjoner andre har vist ovenfor oss gjennom et langt liv (Engedal og Haugen 2009).

1.5 Avgrensing og spesielle fokus i problemstillingen

Institusjon ble valgt, fordi vi mener tilrettelagte boenheter for personer med demens, styrker muligheter for mestring for den enkelte. Demensplanen 2020 (2016) bekrefter også at små oversiktlige bomiljøer er gunstig, for å unngå redusert mestringsevne. I oppgaven nevnes begrepet sykehjem, for å være tro mot forskningen, demensplanen og forskrifter. Begrepene institusjon og sykehjem går i hverandre, det er bare at vi har valgt begrepet institusjon. Begrepet beboer og pasient blir brukt om hverandre, men pasient brukes bare for å være tro mot studier, paragrafer og sykepleieteori. Ellers brukes begrepet beboer. Fra 1988 ble begrepet ”pasient” erstattet med ”beboer” eller ”bruker”, trolig fordi institusjoner ikke bare skal tilby behandling, men hele mennesket skal verdsettes (Hauge 2010).

1.6 Oppgavens videre oppbygging

Oppgavens videre oppbygging består av en teoribakgrunn, metodebeskrivelse, resultat, diskusjon og til slutt en konklusjon.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori som belyser problemstillingen. Temaene demens, aktivitet og identitet, sykepleier i demensomsorgen og Virginia Hendersons sykepleieteori legges frem her.

2.1 Demens og utfall av sykdommen

Demens skyldes sykdommer etter skader som primært påvirker hjernen og vanligvis er den kognitive svikten av kronisk eller progressiv karakter. Sykdommen kjennetegnes ved svikt i funksjoner som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke, innlæring, språk og dømmekraft. Videre vil den kognitive svikten føre til svikt i emosjonell kontroll, sosial atferd, endret personlighet eller motivasjon. Grunnet svikt i funksjoner som hukommelse vil beboeren også oppleve et tap av evne til å utføre dagliglivets aktiviteter (Engedal og Haugen 2009).

Sykdommen utvikles svært individuelt og den graderes ved mild, moderat og alvorlig. Ved mild grad av demens vil beboeren merke endringer som får innvirkning på det daglige liv. De aller fleste kan greie seg godt om omgivelsene er kjente og om de får følge de faste rutinene. Ved moderat grad av demens, vil stadig flere gjøremål bli en utfordring. Et større behov for veiledning og konkret hjelp til dagliglivets aktiviteter vil forekomme. De mister gradvis grepet på tilværelsen grunnet den økende kognitive svikten. Ved alvorlig grad av demens vil beboeren bli betydelig preget av både handlingssvikt og hjelpeløshet, og de vil ikke greie seg på egenhånd. De blir avhengige av hjelp fra andre, noe som vil medføre behov for døgnkontinuerlig tilsyn og omsorg (Rokstad 2008c).

2.2 Beboeren med demens – aktiviteter og identitet

Uavhengig av alder og helsetilstand har alle mennesker, behov for å bevege seg. Ved sykdom reduseres gjerne mengden bevegelse og inaktivitet er en konsekvens som vil påvirke kroppens systemer og for fungering i dagliglivet (Helbostad 2010). I følge Solheim (2009) blir all form for aktivitet viktig for eldre, men kanskje spesielt viktig for personer med demens, grunnet deres altomfattende svikt. En passiv hverdag er ikke uvanlig for denne gruppen, noe som ofte skyldes redusert planleggingshukommelse. Fysisk aktivitet vil føre til økt blodsirkulasjon, at leddene blir smurt, og at viktige organer for næring.

Personer med diagnosen demens vil, før eller senere, oppfatte de fleste former for aktivitet som vanskelig, men hva som mestres og ikke er svært individuelt. Personligheten til beboeren har en betydning her. Noen har alltid vært passiv og lite engasjert, mens andre har vært det motsatte. Hvor beboeren er i utviklingen av demens, spiller også en rolle for hvor mye de mestrer. Deltakelse i aktiviteter vil kunne føre til en opplevelse av å mestre både egen kropp og handlinger, samtidig som det kan gi meningsfullt innhold i en ellers innholdsløs hverdag (Solheim 2009). På samme måte som oss, har de også et behov for en pause i de daglige aktivitetene. Det er en balansegang, nettopp fordi det både kan være en fare for manglende meningsfull stimulering og aktivisering, samtidig som en risiko for overstimulering (Rokstad 2008b).

Sammen med sviktende bevegelse, svikter også den enkeltes mulighet til å hevde egne interesser og behov (Demensplanen 2020 (2016). Identitet har en sammenheng med de erfaringene vi får gjennom et langt liv, og vi får bare flere til eldre vi blir (Solheim 2009). Når selvbildet til personer med demens trues av egen kompetanse og verdi som menneske, vil det oppleves som et nederlag. Det skjer en forandring ved at de før var selvstendige og friske til at de nå er avhengig av andre og har behov for hjelp. Selvbildet kan trues av følelsesmessige reaksjoner, både ved å ikke ha kontroll eller at omgivelsene truer det bildet vi har av oss selv (Engedal & Haugen 2009). Mennesker i nettverket er med på å gi oss identitet, vi blir en del av en sammenheng, som videre gir en opplevelse av tilhørighet og røtter. De mister ofte sitt gamle nettverk når de blir innlagt på institusjon og personalet vil aldri kunne erstatte dette. Med det mister også beboeren mange av sine røtter og mye av sin identitet (Solheim 2009).

2.3 Sykepleier i demensomsorg

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) står det i pkt. 6.2 at ”Sykepleieren bidrar aktivt for å imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester” og i pkt. 6.3 at ”Sykepleieren bidrar til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie”. I følge Demensplanen 2020 (2016) skal et godt helse og omsorgstjenestetilbud ta utgangspunkt i og utformes for å dekke den enkeltes behov og opplevelser. Møter og samhandlinger mellom personer med demens og sykepleier kan både være utfordrende og meningsfylt (Smebye 2008). Demensplanen 2020 (2016) nevner at beboerne nødvendigvis ikke trenger å ha annet til felles enn selve

sykdommen. De er en sammensatt gruppe med spenn i både alder, livsstil, preferanser og sykdomsbilde.

Det finnes ulike tilnærminger på hvordan man ser beboeren. I følge filosofen Buber har sykepleieren ved en jeg – det – modell oppmerksomheten rettet mot beboerens sykdom, funksjonssvikten, begrensningene og problemene. Beboeren behandles som et objekt, uten sjel og forstand. Ved en jeg – du – modell vil sykepleieren se videre enn til sykdommen og symptomene, slik at personen får tre frem. En får da en større forståelse for nødvendigheten av å ta individuelle hensyn. Ved individualisert sykepleie skal utformingen være original til hver enkelt beboer, i motsetning til standardisert. Med original menes formet med tanke på en konkret beboersituasjon. I tillegg skal utformingen suppleres med en helhetsforståelse fra beboerens tidligere liv og nåværende (Kirkevold 2011).

Demensplanen 2020 (2016) nevner at sykepleier må bygge på den enkeltes ressurser og ikke bare kompensere for funksjonstap. Fordi opplevelsen av mestring er så viktig, må en forsøke å tilrettelegge aktiviteter slik at personer med demens også kan oppleve å delta og å mestre (Holthe 2008). Et mestringsperspektiv på folkehelsepolitikken ble presentert i St. meld. nr. 19 (2014-2015). Sykepleier skal ut i fra denne, legge til rette for at alle gis forutsetninger for å utnytte sine evner og muligheter for mestringsfølelse.

Sykepleiere som arbeider med personer med demens, møter etiske problemstillinger nesten hver dag (Berentsen 2010). Demensplanen 2020 (2016) sier at sykepleiere skal gi støtte når vedkommende trenger det, de skal få oppleve at dagene inneholder meningsfylte aktiviteter og de skal føle seg verdsatt. Mangel på tid er et problem som vil ha konsekvenser for både beboeren og personalet. Sykepleier har et ønske om å imøtekomme beboerens behov, men tiden kan sette grenser. Årsaken kan være antall beboere, samtidig som flere daglige gjøremål og aktiviteter som skal gjennomføres (Fjørtoft 2012).

2.4 Virginia Hendersons sykepleieteori

Primært er Hendersons tilnærmingsmåte individorientert. Ved vanlige omstendigheter møter mennesket selv sine behov. Sykepleier må ta hensyn til at i forbindelse med sykdom og andre tilstander kan han/hun bli ute av stand til å utføre disse handlingene som er nødvendige for å tilfredsstille egne behov. Hun understreker av den grunn sterkt at sykepleien bør planlegges ut i fra pasientens konkrete opplevelse av egne behov og manglende evne til å oppfylle disse. I tillegg mener hun at pårørende er viktig for å møte behovene deres i mange sammenhenger, og de er av den grunn også viktig i sykepleien til den enkelte. Henderson beskriver at sykepleiefagets natur er det å ivareta menneskets fysiske behov. I tillegg understreker hun at sjel og legeme er utatskillelige og dermed skal sykepleieren også fokusere på psykososiale og åndelige behov (Kirkevold 2001).

Henderson omtaler sykepleiernes grunnleggende gjøremål og hun tar opp 14 komponenter som hun mener inngår i generell sykepleie. Av disse 14 komponentene har vi valgt å trekke ut 2 av disse: Pkt. 12 handler om ”å hjelpe pasienten til en meningsfull og skapende sysselsetting” og pkt. 13 handler om ”å hjelpe pasienten med underholdning og fritidssysler” (Kirkevold 2001:103).

3.0 Metodebeskrivelse

I dette kapittelet beskrives hva en systematisk litteraturstudie er, og vår metode for innhenting og systematisering av data. Datasamling, søkestrategi, søkehistorie, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetssikring, etiske hensyn og analyse av datainnsamlingen beskrives.

3.1 Systematisk litteraturstudie

Denne bacheloroppgaven er en systematisk litteraturstudie. Mulrow og Oxman definerer en systematisk litteraturstudie ved at den starter med en tydelig formulert problemstilling, som videre besvares systematisk for å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. Litteraturstudien innebærer et systematisk søk etter tidligere forskning, en kritisk vurdering av den og deretter en sammenligning av litteraturen innenfor valgt tema eller problemområde. Forutsetningen for å utføre en slik systematisk litteraturstudie er at man finner tilstrekkelig antall studier av god kvalitet, som kan danne grunnlag for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengstrøm 2014).

3.2 Datasamling

Arbeidet med den systematiske litteraturstudien startet i Desember 2015, hvor vi hadde valgt et tema med sykepleieperspektiv. Studier med dette perspektivet, var i fokus ved alle søk. I følge retningslinjene for bacheloroppgaven ved NTNU i Ålesund, skulle det tas i bruk minimum 8 refereebedømte forskningsartikler. Det ble søkt i flere databaser, for å undersøke omfanget av forskningsartikler som var tilgjengelige. Pensumlitteratur og selvvalgt litteratur ble også hentet frem, som var nyttig i forhold til problemstillingen.

3.3 Søkestrategi

Bjørk & Solhaug (2008) skriver at det er viktig å dokumentere søket fortløpende. Underveis i prosessen ble søkehistorien dokumentert. Det gav oss en oversikt over alle benyttende databaser, leste -, vurderte -, ekskluderte – og inkluderte artikler. Vi valgte derfor å lage en tabell (se vedlegg 2) over innhentingen av materialet. Til sammen ble det utført åtte systematiske litteratursøk i tre ulike databaser. Alle søkene var avgrenset ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriteriene, henviser til dette i pkt. 3.5. Det ble brukt flere søkeord og de ble kombinert på ulike måter, før vi kom frem til artiklene vi kunne bruke.

Det ble brukt lang tid, både på grunn av at vi ikke fikk til riktige kombinasjoner av søkeord og at vurdering av innhold i artiklene var for kritisk. Problemstillingen var utgangspunktet når vi valgte hvilke søkeord som skulle bli brukt, som for eksempel ”nursing” på grunnlag av at det er sykepleierperspektiv. Activity, nursing home, dementia, identity er andre søkeord som også ble brukt. Forsberg og Wengstrøm (2013) poengterer at for å begrense søket og for å oppnå et smalere perspektiv, kan man bruke operatørene AND, OR og NOT. Vi har valgt å ta for oss operatøren AND i alle søkene. Ellers ble det brukt søkeord som er av samme betydning, men sammensatt på andre måter for å utvide søket. Norske søkeord er også med, på grunnlag av det er relevant med norsk forskning.

3.4 Søkehistorie i ulike databaser

Hovedsøket og arbeidet som skulle svare på problemstillingen, startet i midten av mars 2016. Skolens databaser ble brukt, på grunnlag av at vi ved tidligere arbeid har hatt god erfaringer med disse. De internasjonale databasene Cinahl Complete, Scopus og Oria ble brukt. Var ikke artiklene tilgjengelige i disse databasene, ble hjelpeportalen Google Scholar brukt for å finne dem. I første omgang var fokuset hovedoverskrifter og abstrakt, for å få et overblikk over studiens relevans. Søkeprosessen resulterte i 25 aktuelle studier. Vi gikk igjennom disse sammen og hver for oss. De ble nøye lest og kritisk vurdert. Avslutningsvis falt vi for 8 forskningsartikler. I databasen Cinahl Complete var det fire artikler som kunne tas i bruk, i Scopus var det en og i Oria var det tre. 5 av artiklene hadde bare sykepleieperspektiv og 1 hadde bare pasientperspektiv, mens 2 hadde en kombinasjon av disse.

3.5 Inklusjons – og eksklusjonskriterier

Vi har valgt å ta i bruk nyere forskning, da mest mulig oppdatert og aktuell forskning innenfor demensomsorgen ønskes. Det ble inkludert både institusjon og sykehjem i søkene, siden begrepene er av samme betydning. Vi mener som sagt at boenhetene styrker mulighet for mestring, noe også Demensplanen 2020 (2016) bekrefter. Fokuset har vært eldre med diagnosen demens, fordi dette er en stor gruppe og som man i størst grad møter på institusjon. For oss er det gunstig med et sykepleieperspektiv, da vi i senere tid kan ha nytte av å bruke våre resultater i jobbrelatert sammenheng. Det ble brukt refereebedømte artikler med IMRAD – struktur, siden dette er krav. Fordi artiklene er refereebedømte, gjør

det at vi har troverdighet til forskningen og IMRAD strukturen skaper oversiktlighet. På grunn av språkforståelse har vi valgt å bare inkludere norske og engelske artikler.

Inklusjonskriterier	**Eksklusjonskriterier**
Nyere forskning (2010 – 2016).	Forskning eldre enn 2010.
Institusjon/sykehjem	Utenfor institusjon/sykehjem
Eldre med diagnosen demens.	Yngre med diagnosen demens.
Sykepleieperspektiv (andre kan tas i bruk, dersom det kan belyse problemstillingen).	
Refereebedømte artikler, nivå 1 eller 2.	
IMRAD – struktur.	
Artiklene skal være på norsk eller engelsk.	

3.6 Kvalitetssikring av forskningsartiklene

Publiserte artikler i et vitenskapelig tidsskrift har gjennomgått refereebedømming, det innebærer en kvalitetssikring av artiklene (Database for statistikk om høyere utdanning 2015). Vi kontrollerte at de 8 artiklene var refereebedømte, i tillegg at alle tidsskriftene var rangert på nivå 1 eller 2. Av de 8 artiklene, var det 7 original artikler, og 1 review artikkel. Av originalartiklene var 3 kvalitative, 2 kvantitative og 2 var kombinasjoner av disse metodene. Videre ble det sjekket om artiklene hadde IMRAD – struktur (Introdution, methods, results and discussion). Forsberg & Wengstrøm's (2003) sjekkliste for systematiske litteraturstudier og Dallands (2012) sjekkliste for kvalitative og kvantitative studier ble brukt. Det ble fordelt 4 artikler på hver, etterhvert tok vi for oss en og en artikkel i fellesskap. Ved denne måten kunne hverandres analyser kontrolleres i forhold til relevans, metode, funn og kvalitet. Dette var viktig med tanke på at studiens innhold skulle komme tydelig frem.

3.7 Etiske hensyn

Før systematiske litteraturstudier starter, skal det tas noen etiske hensyn (Forsberg og Wengstrøm 2014). De etiske retningslinjene har sin bakgrunn i de fire biomedisinske etiske prinsippene: autonomi, velgjørenhet, ikke-skade og rettferdighet. Disse gir en begrunnelse for hvorfor informert samtykke, frivillighet og anonymisering er så sentralt i forskningsetikk. Forsøkspersonene skal informeres godt på forhånd hva studien handler

om og de skal i tillegg ha mulighet for å trekke seg underveis i studien. I alle våre studier var deltakerne informerte, deltakelsen var frivillig og anonym. Hensynet til individet skal i følge Helsinkideklarasjonen alltid gå fremfor hensynet til samfunns eller forskningsnytten (Slettebø 2012). I forskningsetikkloven (2007) § 1 poengterer de at, ” Loven skal bidra til at forskning i offentlig og privat regi skjer i henhold til anerkjente etiske normer”.

Ved en systematisk litteraturstudie skal man velge studier som har blitt godkjent av en etisk komite (Forsberg og Wengstrøm 2014). Tre av våre studier er godkjent av en etisk komité. En annen studiene ble vurdert av en regional komité, hvor de kom frem til at studien ikke var fremleggspliktig grunnet marginale helseopplysninger i spørreskjemaet. Vi har også valgt å inkludere en reviewartikkel, som vil si at litteraturen som har blitt brukt allerede er vurdert og godkjent. To av studiene nevner ikke noe om en etisk komité, men en av de er godkjent av NSD (Norwegian Centre For Research Data) og den andre av IRB (Institutional Review Board). En annen studie som ikke nevner noe om en etisk komité, er kvalitetssikret, ved at den er rangert med nivå 1 (Database for statistikk om høyere utdanning 2015).

Det er viktig at alle resultatene blir presentert i studien og ikke bare de som støtter selve problemstillingen (Forsberg og Wengstrøm 2014). Dette har vi tatt til oss og presentert alle funn vi har på en pålitelig og ordentlig måte.

3.8 Analyse

Evans (2002) sine fire trinn for analyse av innsamlet data ble valgt og i følge han er det viktig å arbeide systematisk med det innsamlede materialet. I tillegg følges retningslinjene for bacheloroppgaven i sykepleie ved NTNU i Ålesund.

3.8.1 Trinn 1

I trinn 1 skulle vi innhente datagrunnlaget for oppgaven og lese grundig gjennom det. Det skulle søkes i flere databaser for å oppnå tilstrekkelig med materiale (Evans 2002). Etter å ha foretatt søk i tre ulike databaser, ble 25 artikler vurdert og lest nøye gjennom. 8 artikler ble til slutt inkludert ut i fra inklusjonskriteriene. Studiene som vi har identifisert under søket, på grunnlag av inklusjonskriterier, er med på å sikre et homogent utvalg som svarer til studiens hensikt (Evans 2002).

3.8.2 Trinn 2

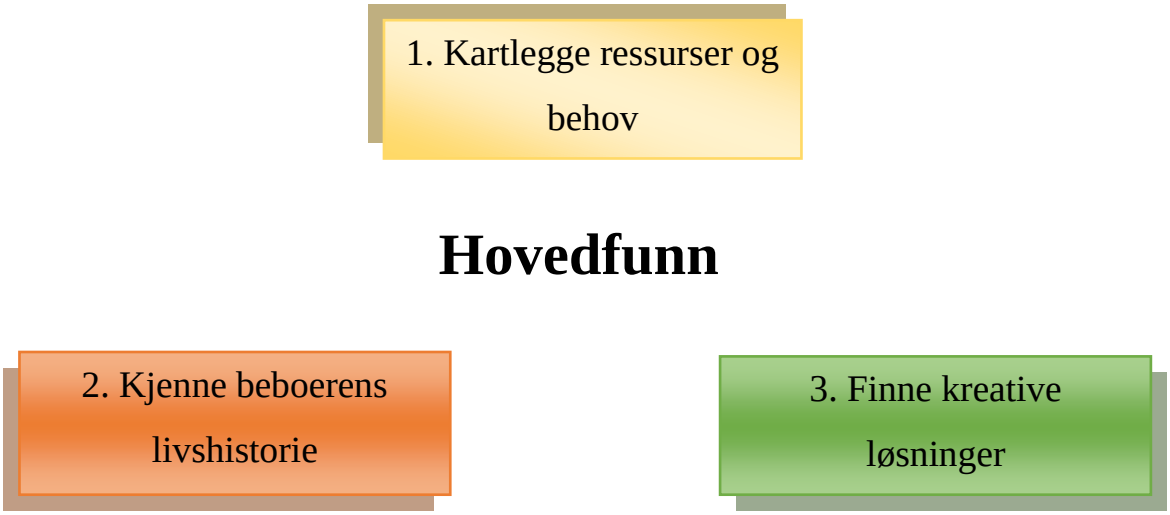
I trinn 2 skulle vi gjennomgå artiklene nøye og fastlegge temaer (Evans 2002). Dette ble gjort ved at det ble oppdaget detaljer i hvert enkelt studie. Det ble fordelt 4 artikler på hver og skrevet litteraturmatriser av disse. Etter dette tok vi for oss hver artikkel og litteraturmatrise sammen, hvor resultat og ulike funn ble diskutert. Ved å diskutere sammen kom vi frem til hovedtemaer og deretter ble de dokumentert. Dette ble til slutt en liste med konsepter og forslag som reduserte studien til de mest relevante temaene.

3.8.3 Trinn 3

I trinn 3 skulle vi relatere og sammenligne temaene. Likheter og ulikheter ble også identifisert. Felles og forskjellige temaer skulle beskrive de ulike hovedfunnene. Etter å ha sortert temaene, identifiserte vi og tolket eventuelle undertemaer. De ulike temaene ble sammenlignet og vi laget tre hovedfunn for besvarelsen av problemstillingen (Evans 2002). I dette trinnet ble også Forberg og Wengstrøms (2013) metode brukt, ved å gi de ulike hovedfunnene koder. Til kodene, ble det valgt ulike farger.

3.8.4 Trinn 4

I trinn 4 skulle vi ta for oss fenomenet som studiene tar for seg (Evans 2002). Fenomenet i vår systematiske litteraturstudie er aktiviteter for å ivareta og bekrefte identitet. Videre ble det laget en beskrivelse som viser tilbake til de opprinnelige studiene, noe vi gjør ved hjelp av resultatdelen for å sikre nøyaktigheten av beskrivelsen (Evans 2002). De tre hovedfunnene er tydelig fremhevet her.



4.0 Resultat

I dette kapittelet presenteres de tre hovedfunnene. Kartlegging av ressurser og behov, kjenne beboerens livshistorie og finne kreative løsninger.

4.1 Kartlegge ressurser og behov

Av de åtte studiene vi har tatt for oss, trekker flere av dem frem ulike syn på beboernes ressurser og behov i forhold til aktivisering.

I følge Haugland (2012) viser forskningen at de ansatte har lav tiltro til mestringsevnen til personer med demens. Det er klart at alder og sykdom begrenser dem, men sykepleier skal se ressurser og ikke begrensninger. I studien til Lillekroken et al. (2015) ble eldre sammenlignet med et tre som stod i fare for å miste alle bladene sine, men treet hadde fremdeles noen grønne blader hengende igjen i de øverste grenene. De resterende bladene var beboerens ressurser.

> *"It is important to find the resident´s green leavs and nuture them..". (Lillekroken et al. 2015, s. 3132).*

Lillekroken et al. (2015) peker på at det er en strategi å identifisere og styrke den enkeltes ressurser, fordi det vil kunne føre til opplevelsen av en sammenheng i tilværelsen for personer med demens, mens Buron (2010) sier at en slik ressurs vil være for eksempel beboernes siste jobb/karriere. Kunnskapen vil hjelpe omsorgspersonene ved å engasjere dem i aktiviteter som de er kjente og/eller komfortable med. Lillekroken et al. (2015) nevner at det også vil være nødvendig å vurdere hvilke beboere som kan delta på gruppeaktiviteter og hvilke som i større grad vil trenge individuell støtte. I følge studien til Drageset et al. (2015) vil det noen ganger ved kartlegging være nødvendig å føle seg frem, da noen ikke får til eller ønsker å uttrykke seg om hva de liker og ikke liker.
Lillekroken et al. (2015) poengterer også viktigheten ved å ikke hjelpe beboerne for mye, da dette bare vil bidra til å frata dem de resterende ressursene. Funnene i studien til Haugland (2012) tyder på at beboerne i størst grad, hadde behov for å delta i aktiviteter hvor de selv var aktive. De ansatte trodde at de hadde interesse av «passive aktiviteter», som for eksempel konserter eller høytlesning. Med «aktive aktiviteter» menes håndarbeid, baking, dans, hagearbeid, spasertur og lignende. Haugland (2012) utdyper at om sykepleier

skal ta i bruk aktiv omsorg, må det legges til rette for at beboere får utøve aktiviteter som er viktige og meningsfulle for den enkelte. Av alle typer aktiviteter var spaserturer den typen aktivitet beboerne selv ønskte mer av, nettopp fordi de syntes de kom seg alt for lite ut. I følge Kirkevold og Gonzalez (2012) tyder de fleste studiene på at sansehager, vandrehager og terapeutisk hagebruk ute og inne kan ha positiv virkning. For å ta i bruk denne typen miljøbehandling er det viktig med individualisering, på grunn av ulike forutsetninger.

I følge studien til Nijhof et al. (2013) må man i likhet med studien til Kirkevold og Gonzalez (2012), ta spesielle hensyn når man kartlegger hvilke fritidsaktiviteter de kan delta på, nettopp på grunn av forutsetningene. Beboere med høy skår på Mini mental status testen (MMS) har for eksempel en tendens til å følge med oftere når de ser på TV, hører på musikk eller radio. Totalt sett viste det seg at beboerne med lav skår på testen, skåret høyere for ikke-sosial og ikke-verbal deltakelse. Kvinner skåret høyere enn menn i forhold til sosial deltakelse. I Lillekroken et al. (2015) sin studie sies at om en prøver hardt nok er det mye man kan snakke med menn om også. Menn er fremdeles kapable til å delta i mer fysiske aktiviteter, de liker å snakke om jobb, familie, fotball og spesielt på vinterstid er det fyringsved som fanger interessen.

4.2 Kjenne beboerens livshistorie

Flere av studiene tar for seg at personalet må kjenne til beboernes livshistorie. Det er spesielt 3 artikler som skriver om dette temaet.

I studien til Drageset et al. (2015) var det to sykehjem som dokumenterte pasientens familiesituasjon, navn på nære familiemedlemmer, helse, hvor pasienten hadde levd, arbeid, hobbyer og religiøs tro. Ansatte ved sykehjemmene oppfordret familien til å fylle ut et skjema, ”min historie”, hvor de skulle få frem hva som var viktigst og mest relevant for sykepleierne å vite. Fotoalbum var også av interesse. Det ble diskutert om skjemaet kanskje kunne bli for vanskelig å fylle ut, for de som ikke hadde noen nære slektninger og/eller familie.

Både pårørende og lederne på sykehjemmet mente at kjennskap til bakgrunn fremmer ro, samtale, trivsel og en god atmosfære i enheten. Lederne oppsummerte med at kunnskap

om livshistorien var viktig ved at det gav dem et rikere liv i sykehjemmet, styrker deres selvbilde og bekrefter den de har vært før. Ansatte påpekte at de var for lite forberedt når pasientene flyttet til sykehjemmene og at de helst ville møtt pasienten hjemme først (Drageset et al. 2015).

Man må for å fremme identiteten til den enkelte beboer, tilrettelegge aktivitetene for den enkelte, de skal reflektere interessen deres, livs-rollen og de daglige rutinene deres. Dette er nødvendig for personsentrert omsorg, for å støtte individet på tross av kognitiv svikt og at de nå bor på en institusjon (Edvardsson et al. 2013).

> *"There is a lot of sitting inside now, for those who once liked to be outside" (Drageset et al. 2015, s. 302).*

I følge Buron (2010) sin studie nevnes det at om bakgrunnsinformasjon om beboerne er lett tilgjengelig, for eksempel ved bruk av "collage", vil det føre til mer kunnskap om personene med demens. Økt kunnskap om beboerne kan være nyttig på flere måter. Sykepleiere/medarbeidere kan relatere seg med beboernes tidligere liv, noe som tillater dem å se beboerne nettopp som individer, men unike egenskaper. Pleiepersonalets kunnskaper om den enkelte beboer bedret seg ut i fra undersøkelser som ble gjort i denne studien, men sykepleierne opplevde ingen forskjell i om omsorgen ble mer personsentrert.

> *"One carer said:" It is important to know about traumatic events in the past. This could be important if the patient became anxious without an apparent cause" (Drageset et al, 2015, s. 301).*

4.3 Finne kreative løsninger

Flere studier tar for seg ulike former for aktivitet og positive sider ved dem til personer med demens på institusjon/sykehjem.

I følge studien til Lillekroken et al. (2015) stresset flere sykepleiere med viktigheten av det å være kreativ i arbeidet til personer med demens. Kreativitet er viktig fordi den kan stimulere beboernes villighet for å delta i egen omsorg, men også i fritidsaktiviteter, samtidig kan det føre til at beboerne også blir mer fysisk aktiv. Kreativitet kan kompensere for når kunnskap og erfaring er utilstrekkelig for å endre beboernes atferd fra "passiv" til "aktiv". Sykepleierne påpekte at ideen om kreativitet måtte være omfavnet med en positiv

holdning fra alle. For noen var det å være kreativ synonymt med nytenkning, altså nye/andre måter å utøve sykepleie på.

> *”Being creative… it is about thinking outside the box!” (Lillekroken et al, 2015, s. 3134).*

Edvardsson et al. (2013) trekker frem i sin studie at det fåtallet som deltok på enkle huslige aktiviteter, levde i mer personsentrerte bomiljø og de hadde betydelig høyere livskvalitet og kognitiv funksjon.

I studien til Nijhof et al. (2013) sies det at teknologistøttede fritidsaktiviteter kan tas i bruk til personer med demens. Alle ansatte opplevde disse aktivitetene som støttende i de faglige oppgavene. Det var lett å komme opp med temaer som de kunne diskutere med beboerne. Spillet ”The chitchatters game” er positivt med tanke på at de gammeldagse og kjente objektene får dem til å minne fortiden. Historier dukker opp hos de enkelte, som videre kan skape samtaler og interaksjoner med andre beboere og ansatte. Spillet ”The question game” fikk dem også til å minne fortiden, men bidrar i tillegg til mer fysisk aktivitet.

I følge Kirkevold og Gonzales (2012) har sansehager fått økende oppmerksomhet de senere årene. Manglende opplæring, personalets holdninger, manglende tilrettelegging og støtte til bruk av hagene er en viktig faktor som reduserer bruken. Passiv bruk vil si tilstedeværelse med stimulering ved å nyte frisk luft, dufter, sanseinntrykk, fuglesang, sol og varme. Aktiv bruk er referert til mer målrettede aktiviteter tilpasset den enkelte. Beboerne opplevde glede og interesse i sansehagen, i motsetning til tristhet ved opphold i dagligstuen. Nærliggende parker kan også brukes. Hageaktiviteter kan tas i bruk inne, noe som vil være viktig i Norge, med sine lange vintre og korte sommersesonger.

Flere av deltakerne hadde positive holdninger til bruken av musikkterapi for eldre personer med demens. Flesteparten var enige om at musikk bør være en del av arbeidet. Personalet syns det var nyttig for pasientene og det kunne øke trivselen. Det var større positivitet blant sykepleierne enn hjelpepleiere/assistentene ved bruk av musikk. Årsaken kan være den økte interessen ved det å ta i bruk alternativ terapi og en bred formidling knyttet til effekten av musikkterapi. Bare en liten andel av personalet hadde tatt i bruk musikk,

grunnet lite kunnskap og ferdigheter ved bruk. Det ble nevnt at personalet hadde lite ressurser og tid (Sung et al. 2011).

Sykepleierne synes det å være kreativ i de daglige rutinene er den vanskelige delen av jobben, men samtidig også den mest spennende delen (Lillekroken et al. 2015).

> *We should be the the extended arm and compensate for the lost skills without talking so much about it… or saying something, nothing at all… no humilitating words, this is about preserving dignity. (Lillekroken et al, 2015, s. 3134).*

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet presenterer metodediskusjonen styrker og svakheter ved bruk av valgt metode og resultatdiskusjonen presenterer funn diskutert i lys av bakgrunnslitteratur, hensikt og problemstilling. Underkapitlene må sees i sammenheng.

5.1 Metodediskusjon

Styrken ved våre tre kvalitative studier er at de i størst grad har sykepleieperspektiv. Studiene går mer i dybden og trekker frem det som er spesielt. Styrken ved valget av to kvantitative studier, er resultater som går mer i bredden. Studiene tar for seg det gjennomsnittlige, altså det som er felles. En av studiene tar for seg deltakelsen av pasienter under aktiviteter, noe som gir studien et beboerperspektiv. Likevel var den relevant, fordi den svarer på problemstillingen, men fra en annen vinkel. Styrken ved to kombinerte studier, er at de tar for seg begge perspektivene. En reviewartikkel ble valgt, fordi den tar for seg et bredt spekter av ulike resultater fra flere studier. Svakheten var at den ble utfordrende å analysere. For å vurdere metodene, har vi brukt Dalland (2012) sin oversiktlige sjekkliste for kvalitativ og kvantitativ forskning.

Forsberg og Wengstrøms (2013) teori ble brukt i utførelsen av metodedelen. Styrken er at de forklarer godt hvordan en systematisk litteraturstudie skal utføres. I den tematiske innholdsanalysen ble artikkelen til Evans (2002) valgt, siden analysemetoden tydelig ble beskrevet. I fase to var det vanskelig å skille funnene fra hverandre, derfor tok vi med et verktøy fra Forberg og Wengstrøm (2013), som ble brukt i fase tre. Funnene ble kodet og fikk ulike farger. Arbeidet ble videre ble mye lettere.

Tre databaser har blitt brukt, noe som kan være en svakhet. Vi var innom flere databaser for å styrke oppgaven, men fant ikke relevant forskning foruten i de tre søkemotorene. En annen svakhet var at det ble brukt lang tid på å finne relevant forskning, grunnet for kritisk vurdering. Styrken var at vi søkte om hjelp hos både veileder og bibliotekar. En annen svakhet er at det ble brukt lang tid på analysering av de engelske artiklene, grunnet språket. For at de skulle blir forstått fullstendig, måtte Google Translate tas i bruk. Bruken av dette hjelpemidlet strider noe i mot vår kvalitetssikring og ses derfor på som en svakhet. Siden

begge analyserte alle artiklene individuelt, og deretter sammen, følte vi at kvalitetssikringen ble tilstrekkelig.

5.2 Resultatdiskusjon

5.2.1 Tilrettelegge for aktivitet gjennom å kartlegge ressurser og behov

I følge Haugland (2012) hadde ansatte en relativt lav tiltro til mestringsevnen til personer med demens. Når en ikke forventer at beboerne har evne og/eller vilje til å delta i aktiviteter, kan det hindre dem i viktig livsutfoldelse. Alle har et ønske om å mestre daglige aktiviteter og egen hverdag. Det henger sammen med selvfølelse, identitet og livskvalitet (Holthe 2008). Det er klart at alderen og sykdommen begrenser evnen til aktivitet, men med dette fokuset vil sykepleieren bare se begrensningene og ikke ressursene (Haugland 2012). På tross av sviktende evne har de fremdeles behov for å være aktive, for å få bruke ressursene sine og være i samspill med andre og omgivelsene. For å forebygge at beboerne blir sittende mye i ro og en manglende opplevelse av mestring, vil det være nødvendig for sykepleier å tilrettelegge tilpassede aktiviteter og kartlegge behovet for bistand (Rokstad 2008b).

For at sykepleier skal kunne utøve individualisert omsorg ved tilrettelegging av aktiviteter, er en bred kartlegging nødvendig. Kartleggingen skal ikke bare fokusere på den kognitive og praktiske svikten, men også på hva man vet om den enkeltes nettverk, historie, personlighet, samt den fysiske og psykiske helsen (Rokstad 2008b). For noen år siden i følge Søndergaard (2004), var personer med diagnosen demens sin individualitet undervurdert, og på bakgrunn av felles diagnose, ble de ofte tildelt de samme behovene. I følge Kirkevold og Gonzalez (2012), viser det seg i nyere tid at individualisering har fått et lys over seg igjen, både fordi den kognitive funksjonen og den fysiske helsen til personer med demens varierer betydelig, men også fordi interesser og ferdigheter er forskjellige. Lillekroken et al. (2015) bekrefter dette, ved at om en ser beboeren som et individ bak diagnosen og sørger for individualisert omsorg, vil en kunne bevare det unike hos hver enkelt. Undervurderer man individualiteten, tar man i bruk en jeg-det-modell og beboeren behandles som et objekt, uten sjel og forstand. Tar sykepleier i bruk en jeg-du-modell, vil hun se videre enn til sykdommen og symptomene, slik at personen får tre frem (Smebye 2008). Oppfølging av primærsykepleier er et tiltak som gir kontinuitet i pleien og som gjør det lettere for sykepleier å se den enkelte beboer som et særegent individ og å bekrefte

beboerens egne vurderinger og egen kompetanse, samt beboerens rett til selvbestemmelse (Herlofson og Kirkevold 2010).

Lillekroken et al. (2015) mener en strategi for individualisert omsorg, vil være å identifisere den enkeltes ressurser og styrke dem. Eldre i studien ble sammenlignet med et tre som stod i fare for å miste alle sine blad (ressurser), men treet hadde fremdeles noen grønne blader hengende igjen. Som sykepleiere må vi være ”detektiver” på jakt etter disse. Solheim (2009) bekrefter at fokuset skal være de gjenværende bladene (ressursene) og ikke de som har visnet bort. Buron (2010) trekker frem i sin studie, et eksempel på en slik ressurs. For å engasjere personer med diagnosen demens lettere i aktiviteter, vil kunnskap om for eksempel tidligere jobb/karriere være nyttig. Dette vil være aktiviteter som er kjente og komfortable for den enkelte. I følge Haugland (2012) og Hendersons sykepleieteori, henvist i Kirkevold (2001) skal sykepleier altså legge til rette for at beboere får utøve aktiviteter som er viktige og meningsfulle for den enkelte, på en slik måte han eller hun selv ville ha gjort, dersom de hadde hatt tilstrekkelig med krefter, kunnskaper og vilje til det.

Drageset et al. (2015) mener at det noen ganger ved kartlegging vil være nødvendig for sykepleier å føle seg frem, da enkelte ikke får til å uttrykke seg om hva de liker og ikke liker. Solheim (2009) bekrefter at aldersdemente ikke vil være like delaktige i prosessen, som mentalt friske. Erfaring viser likevel at beboere kan formidle behovene sine, i mye større grad enn det vi i utgangspunktet tror og ser. Derfor vil en grunnholdning være viktig, som viser at vi er villige til å ta personer med demens på alvor. Når beboere gir uttrykk for behovene og problemene sine, vil det være utgangspunktet for sykepleien de får. I tilfeller som dette, hvor beboeren har diagnosen demens, vil en ansvarlig eller nærmeste pårørende kunne delta i kartleggingen. Jo mer sykepleier klarer å involvere beboeren og eventuelt pårørende, jo større er også sjansen for å lykkes med behandlingsplanen. Sykepleier skal dokumentere underveis, nødvendige og tilstrekkelige data i forhold til den helsehjelpen beboeren skal ha og får (Vabo 2014).

Nijhof et al. (2013) peker på at menn deltar i mindre grad enn kvinner ved aktivisering, mens i følge studien til Lillekroken et al. (2015) viser det seg at årsaken faktisk ligger i kunnskapene og holdningene til sykepleierne. Det er i hovedsak kvinner som arbeider ved institusjonene og for å inkludere menn vil det kanskje være nødvendig å legge fra seg

strikketøyet og bli med dem ut. Haugland (2012) peker på at sykepleierne heller ikke visste hvilke aktiviteter, som beboerne ønske å delta på. De trodde de ønskte å delta i ”passive aktiviteter” hvor de ble underholdt, mens de egentlig hadde et ønske om å være mer aktive selv. Å komme seg ut i frisk luft var av størst interesse hos de fleste. Foretas kartleggingsarbeidet på en systematisert måte, vil det føre til et bredere og riktigere bilde av beboernes situasjon. Behandlingen i form av aktiviteter vil bli mer individualisert og helhetlig, samt eventuelle feiloppfatninger vil kunne unngås mer (Solheim 2009). Karolinusen og Smebye (1993) har utviklet et nyttig verktøy for systematisert kartlegging (se vedlegg 1).

I de yrkesetiske retningslinjene (2011) står det at sykepleier skal imøtekomme sårbare gruppers særskilte behov, og bidra til prioriteringer som tilgodeser pasienter med størst behov for sykepleie. Mangel på tid vil noen ganger kunne påvirke sykepleierens mulighet, for å imøtekomme behovene og dermed settes grenser for hvordan sykepleien til den enkelte blir. I helsetjenesten kan tiden beskrives som en moralsk verdi (Fjørtoft 2012). Lillekroken et al. (2015) poengterer i sin studie, at det er viktig å ikke hjelpe beboeren for mye, da dette bare vil frata dem de resterende ressursene. Sykepleier har av sin stilling og kompetanse, en makt beboeren ikke har. Beboeren er derimot i en utsatt og sårbar posisjon. Han eller hun er avhengig av at sykepleier bruker sin makt og kunnskaper på en moralsk forsvarlig måte, fordi makten kan misbrukes (Brodtkorb 2013).

5.2.2 Tilrettelegge for aktivitet gjennom å kjenne beboerens livshistorie

Edvardsson et al. (2013) sier at for å fremme identiteten til beboerne, må sykepleierne tilrettelegge aktivitetene for den enkelte ved hjelp av livshistorien, interessen og de tidligere daglige rutinene deres. Dette er nødvendig for å kunne arbeide personsentrert og for å støtte individet på tross av kognitiv svikt og at de har mistet sitt gamle nettverk og derav også mye av identiteten. I følge Thorsen (2010) er livshistorien selve kilden til kunnskap om det enkelte mennesket. Livshistorien er nøkkelen til individets mål i livet, til å etablere ønsker for alderdommen og til å etablere mestringsstrategier. Sykepleier og andre i helsetjenesten møter et helt spesielt menneske og må ta hensyn til dette.

I studien til Drageset et al. (2015) ble pårørende oppfordret til å fylle ut et skjema, ”min historie”. Denne skulle inneholde det mest viktigste og relevante, som sykepleierne trengte å vite om pasienten. Et fotoalbum med bilder kunne også være nyttig. I følge Søndergaard

(2004) er det viktigst å legge vekt på opplysninger helt tilbake fra personens barndom, men opplysninger om voksenlivet vil også være relevant. Buron (2010) trekker frem et lignende hjelpemiddel som sykepleiere også kan ta i bruk, i form av en ”collage”. I samarbeid med pårørende, vil denne inneholde informasjon om beboernes liv, i form av tekst og bilder. Det viste seg i denne studien, at om denne informasjonen var lett tilgjengelig ved utøvelse av sykepleie, ville det føre til mer kunnskap om den enkelte. I teorien til Søndergaard (2004) sies det at det ikke kan gis noe entydig svar på hva livshistorien skal inneholde, da den vil være forskjellig fra person til person og om hva som har hatt betydning i livet. Drageset et al. (2015) trekker også frem i sin studie at pårørende og lederne påpekte at det å kjenne pasientens bakgrunn, kunne fremme ro, samtale, trivsel og en god atmosfære i enheten. Kunnskap om livshistorien var viktig fordi det gav dem et rikere liv i sykehjemmet, det styrket deres selvbilde og bekrefter den de var før.

For at beboeren og pårørende skal bli ivaretatt på en god måte, mener Kirkevold (2010) at det må etableres et godt samarbeid der beboeren, pårørende og sykepleieren er likeverdige samarbeidspartnere. Det er viktig at de opplever at deres perspektiver, behov og synspunkter blir respektert og tatt hensyn til. Henderson bekrefter i sin teori, at for å møte behovene til pasientene er et samarbeid med pårørende viktig (Kirkevold 2001). I studien til Drageset et al. (2015) ble det derimot diskutert om skjemaet ” min livshistorie” kan bli for vanskelig å fylle ut, for de som ikke har noen nære slektninger og/eller familie. Søndergaard (2004) bekrefter at opplysninger om pasienter som ikke har nære slektninger eller familie, vil bli mangelfull. Et alternativ for sykepleier, vil være å høre med naboer eller venner for å innhente informasjonen. I følge Fermann og Næss (2010) kan hjemmesykepleien også være en viktig koordinatorfunksjon i et slikt tilfelle og en sentral samarbeidspartner. Det kan hende at beboeren hadde hjemmetjeneste før vedkommende flyttet til institusjonen. Sykepleierne følte også i følge studien til Drageset et al. (2015) at de var for lite forberedt når pasientene flyttet til institusjonen. I teorien til Hauge (2010) er det viktig å skape en kjent og hjemlig atmosfære, et miljø som den eldre kan kjenne seg igjen og føle seg trygg i. Sykepleier bør oppmuntre pasientene og eventuelt pårørende til å ta med seg møbler, bilder, tv, radio og andre ting som betyr noe for dem. Tid bør settes av sammen med familie og pasient til å innrede rommene. Gjenstandene vil være en identitetsbærende kraft og for ansatte som ikke kjenner pasienten godt, er dette til stor hjelp.

Nå til dags sitter pasientene mye inne i følge Drageset et al. (2015), for de som tidligere likte å være ute. Personer med demens husker i varierende grad og kan av den grunn ha vanskeligheter med å huske aktiviteter de tidligere likte. Buron (2010) nevner at sykepleier bør ta i bruk informasjonen om den enkelte, ved aktivisering. En tidligere bonde, vil kanskje kunne ha interesse av å se en western film. Ved tilrettelegging, vil det være viktig for sykepleier i følge Drageset et al. (2015) å også tenke over at aktiviteter kan minne dem på hva som har gått tapt. De kan kjenne en utmattelse ved at de ikke husker aktiviteten lenger, og at den vil forbli ny for hver gang. Sykepleiere må bruke skjønn, i forhold til hvilke aktiviteter de er i stand til å delta på, hvilke som gir en opplevelse av tap og hva som kan oppnås med hjelp. Med god hjelp og støtte til å bruke resterende ressurser og evner, kan den enkelte ta del i tidligere aktiviteter og derav oppleve en kontinuitet i forhold til identitet.

5.2.3 Tilrettelegge for aktivitet gjennom å finne kreative løsninger

Kreativitet handler i følge Lillekroken et al. (2015) om å tenke utenfor boksen!. I studien kom det frem at sykepleierne var stresset over viktigheten av det å være kreativ i arbeidet. Det var også utfordrende å få nok tid til det, med tanke på at de også skulle rekke over alle de daglige rutinene. Likevel var kreativitet den mest spennende delen. Det sies at kreativitet er viktig fordi den både kan stimulere beboernes vilje til å delta i egen omsorg, men også i fritidsaktiviteter, noe som igjen vil føre til mer fysisk aktivitet. Sykepleierne poengterte at kreativitet måtte være omfavnet av en positiv holdning fra alle, noe som også Rokstad (2008b) trekker frem som et viktig element for å lykkes med aktivisering. Endringen må også være forankret i ledelsen og det er spesielt viktig med god støtte i oppstartsfasen. Ledelsen skal delta i planleggingsmøter, vise interesse for arbeidet og bistå om det oppstår hindringer, som for eksempel motstand mot endring. Ledelsen bør tilrettelegge hverdagen for sykepleierne, slik at de får mulighet til å delta i planlagte møter og kurs (Røen og Storlien 2015).

Kommunen har i følge Demensplanen 2020 (2016) en plikt til å bidra til at personer som er avhengige av praktisk eller personlig hjelp, får mulighet til å ha en aktiv og meningsfull tilværelse i fellesskap med andre. Tverrfaglig samarbeid, vil kunne gjøre arbeidet med å endre avdelingen fra passiv til aktiv noe lettere. Fysioterapeut kan komme inn og veilede personalet i å stimulere beboerne, til å ta i bruk de bevegelsene de har igjen (Helbostad

2010). Aktiviteter hører naturlig med i tilretteleggingen av behandlingsmiljøet for personer med demens, og kan knyttes opp i mot alt fra egenpleie, måltider og andre hendelser i hverdagen (Rokstad 2008b). Edvardsson et al. (2013) poengterer at selv om aktivitetene er enkle, så vil det bidra til at beboerne lever i mer personsentrerte bomiljø, med betydelig høyere livskvalitet og kognitiv funksjon. Sykepleier bør overlate mest mulig til beboerne, så langt det lar seg gjøre. Det kan tid, men er en aktivitet. Eksempler er det å kle seg, re opp senga, smøre mat og gå ut med søppel. Søndergaard (2004) trekker frem at ved tilrettelegging av aktiviteter for personer med demens, har en bruk for en stor porsjon med fantasi. Men i tillegg til fantasi, er en god analyse av hvem personen er og hva livet har vært brukt til av stor betydning. I følge Rokstad (2008b) skal sykepleier legge vekt på identitetsbevarende tiltak, kontakt og samspill, stimulering, skjerming og tilrettelegging for mestring ved individuell behandling. Ikke alle aktiviteter passer for alle, så om en aktivitet ikke passer den enkelte, må denne kunne justeres.

For å sikre gjennomføring og dokumentasjon av miljøbehandlingen, er det ulike planverktøy sykepleier kan ta i bruk. Planene vil gi oversikt, forutsigbarhet og sikre gjennomføringen av tiltakene. For å nevne to, vil en holdningsplan føre til at beboere blir møtt som den de er, de vil føle seg ivaretatt og oppleve mestring og egenverdi. En ukeplan vil i motsetning være en fysisk oversikt over aktivitetene, som er felles for alle beboerne på enheten (Røen og Storlien 2015)

”Personer med demens er avhengige av oss, vår kunnskap, vårt engasjement og det miljø vi tilbyr” (Engedal og Haugen 2009, s. 310).

Sykepleier kan ta i bruk velferdsteknologien. I følge Nijhof et al. (2013) opplevde alle sykepleierne de teknologiske aktivitetene som støttende i de faglige oppgavene. Spillene som ble tatt i bruk, ”The chitchatters game” og ”The question game”, bidro til en form for reminisensarbeid, som vil si minneaktivitet. Ved bruk av gammeldagse og kjente objekter, mintes beboerne fortiden og kom opp med historier som de kunne dele i plenum. I følge Solheim (2009) er hensikten med reminisens å minne livet på godt og vondt, for så å kunne akseptere hele livet slik det har vært. Sykepleier kan ved hjelp av reminisens hjelpe beboerne å bearbeide og oppnå den nødvendige aksepten. Denne er viktig får å føle en god og hel identitet, integritet og selvfølelse.

Sansehager har i følge Kirkevold og Gonzalez (2012), fått økende oppmerksomhet de senere årene. Det kommer også frem i studien, at beboerne syntes de kom seg alt for lite ut. Rokstad (2008b) nevner at sykepleier må tilrettelegge for et mangfold av aktiviteter i hagen, som kan engasjere ulike personer ut fra interesser og ferdigheter. Eksempelvis kan aktivitetene planlegges ut i fra de fire årstidene. For å nevne to årstider og ulike former for aktiviteter, kan man om sommeren vanne planter, klippe gress og plukke blomster, mens om vinteren kan man måke snø, lage snølykt, og brenne bål. Kirkevold og Gonzalez (2012) trekker også frem viktigheten ved hageaktiviteter inne, siden vi i Norge har lange vintre og korte sommersesonger. Eksempel fra studien er spiselige planter, grunnet gjenkjennelighet, enkelhet og rask vekst. Det som reduserer bruken, er manglende opplæring og tilrettelegging, personalets holdninger og støtte. For å lage til og opprettholde et uteområde, vil det være nødvendig med økonomisk støtte. Det vil av den grunn være viktig at leder har et godt samarbeid med kommunestyret, da de som regel tar beslutninger i forhold til budsjett (Orvik 2004). Kirkevold og Gonzalez (2012) nevner at et tiltak vil være å ta i bruk en nærliggende park, om man ikke har mulighet for et hageareal.

I studien til Sung et al. (2011) er positive holdninger, i forhold til bruk av musikk for eldre personer med demens. I følge Rokstad (2008b) er målet å stimulere til sosial deltakelse, positive opplevelser, til å vekke minner, samt å redusere stress og uro. Sykepleier kan øke aktivitetsnivået til den enkelte, ved at musikk kombineres med bevegelse og dans. Verktøy kan tas i bruk, for eksempel piano, gitar og CD-spiller. Aktiviteten bør skjermes fra andre ting som foregår på avdelingen, slik at de ikke blir distrahert. Beboerne kan sitte i en halvsirkel, slik at de kan se både hverandre og musikkterapeuten. Ved at sykepleier tar i bruk musikk som vekker minner, på bakgrunn kartlegging av musikkpreferanser og tidligere interesser, vil beboerne styrke sin identitet og sin opplevelse av egenverdi. Sykepleierne hadde ikke tilstrekkelig med kunnskap om denne miljøbehandlingsformen (Sung et al. 2011), men det viser seg i Demensplanen 2020 (2016) at opplæringsprogram både skal videreutvikles og spres. Opplæringen vil være om miljøbehandling og integrert bruk av musikk og sang til ansatte i omsorgstjenestene generelt og i tjenestetilbudet til personer med demens.

6.0 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier ta i bruk aktiviteter på en institusjon for personer med diagnosen demens, som ivaretar og bekrefter den enkeltes identitet?

Funnene viser at sykepleiere har lav tiltro til mestringsevnen til personer med demens og dette fører til et fokus på begrensingene og ikke ressursene til den enkelte. Det er viktig å identifisere de resterende ressursene og styrke dem. Dette kan sykepleier gjøre ved å ta i bruk ulike strategier. Beboerne hadde behov for mer ”aktive aktiviteter” og for å bidra til aktiv omsorg, må sykepleier legge til rette for at beboerne får utøve aktiviteter som er viktige og meningsfulle for den enkelte. Kunnskap om pasientens livshistorie er på mange måter viktig, ved at det gav dem et rikere liv på institusjonen, det styrket selvbildet deres og bekrefter den de har vært før. Sykepleier kan tilegne seg denne kunnskapen på ulike måter. Sykepleiernes kreativitet viser seg å være viktig, fordi den kan stimulere pasientens villighet til å delta i egen omsorg, samtidig føre til at de blir mer fysisk aktiv. Sykepleierne følte derimot at det var utfordrende å være kreativ og at det ikke var nok tid. Det finnes flere former for aktivitet, det handler bare å tenke utenfor boksen.

At sykepleiere har lav tiltro til beboernes evne og/eller vilje, samt har en tendens til å ta over grunnet mangel på tid, vil føre til at de glemmer. Som alle andre, har de et behov for å få brukt ressursene sine og mestre de daglige aktivitetene, selv om sykdommen begrenser dem. Sykepleier må av den grunn kartlegge ressurser og behov. Livshistorien til den enkelte, vil være grunnlaget for individtilpassende aktiviteter. Tar sykepleier i bruk denne kunnskapen i praksis, vil det kunne ivareta og bekrefte identiteten til den enkelte, ved at en tar hensyn til den de har vært før. Det er viktig at sykepleier er klar over at alle har ulike forutsetninger og tilrettelegger den daglige aktiviteten på en slik måte at beboeren opplever størst mulig mestringsevne. På den måten får beboeren styrket sin identitet, økt selvfølelse og livskvalitet.

Anbefaling for videre forskning vil være hvorfor miljøbehandling i form av aktiviteter, ikke tas i bruk i større grad. Hvilke konsekvenser dette vil ha for beboerne, er også et viktig tema som burde belyses mer.

7.0 Referanseliste

Berentsen, V.D. (2010) ’Kognitiv svikt og demens’, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.*1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 350-382.

Bergland, Å. (2010) ’Trivsel og mistrivsel hos eldre mennesker’, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2.* 3. utg. Oslo: Akribe AS, s.56-73.

Bjørk, I.T. og Solhaug, M. (2008) *Fagutvikling og forsking i klinisk sykepleie, en ressursbok.* 1. utg. Oslo: Akribe AS.

Brodtkorb, K. (2011) ’Yrkesetikk’, Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.*1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 306-327.

Buron, B. (2010). Life history collages. ’Effects on Nursing home staff caring for residents with dementia’. *Journal of gerontological nursing, (36), s. 38-48.*

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving.*5.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Demensplanen 2020, Helse og omsorgsdepartementet.(2016). Et mer demensvennlig samfunn.

Drageset, I., Normann, H. K., og Elstad, I. (2015) ‘Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes’. *Nordisk sygeplejeforskning.* (5) s. 296 -310.

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. og Sandman, P.O. (2013) ‘Everyday activities for people with dementia in residential aged care:associations with person – centredness and quality of life’ *International journal of older people nursing.* 9(4) s.269-276

Engedal, K. og Haugen, P.K. (2009) *Demens, fakta og utfordringer*. 5. utg. Forlaget Aldring og helse.

Evans, D. (2002) 'Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data', *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), s. 22-26.

Fjørtoft, A-K. (2012) *Hjemmesykepleie, ansvar, utfordringer og muligheter*. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Folkehelseinstituttet. (2015). Hvor mange har demens i Norge? [Online] Lastet ned den 26.april 2016, fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,5980&MainContent_6263=6496:0:25,5984&Content_6496=6178:109112:25,59_84:0:6562:1:::0:0

Forsberg, C. og Wengström (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. 3. utg. Stockholm: Bokförlaget Natur og Kultur.

Forskningsetikkloven. Lov av 1. august 2007, lov om behandling av etikk og redelighet i forskning § 1. [Online] Lastet ned, 12/5-15 fra; http://lovdata.no/lov/2006-06-30-56/§1

Forskriften for sykehjem. Lov av 1.august 2013, og boform for heldøgns omsorg og pleie § 4-4. [Online] Lastet ned, 12/5-15 fra; http://lovdata.no/forskrift/1988-11-14-932/§4-4

Færmann, T. og Næss, G. (2010). 'Eldreomsorg i hjemmesykepleien'. i Kirkevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.* 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 196-218.

Grov, E.K. (2010) 'Om å være pårørende', i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2.* 3. utg. Oslo: Akribe AS, s.267-283.

Hauge, S. (2010). ’Sykepleie i sykehjem’, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.* 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 219-236.

Haugland, B.Ø. (2012). ’Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet’ *Sykepleie forskning.* 7 (1), s. 42-49

Helbostad, J.L. (2010) ’Bevegelse og aktivitet’, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.*1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 387-304.

Herlofson, K. og Kirkevold, M. (2010). ’Parkinsons sykdom’, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.*1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 418-432.

Holter, I.M. (2011) ’Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse’, i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 139-148.

Holthe, T. (2008) ’Handlingssvikt og tilrettelegging’, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens, møte og samhandling.* 1. utg. Oslo: Akribe AS, s.114-151.

Kim, H.S. (2011) ’Sykepleieutøvelsen’, i Holter, I.M. og Mekki, T.E. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie, sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 169-174.

Kirkevold, M. Gonzalez, M.T. (2012). ’Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review’. *Sykepleieforskning,* (7), s. 52 – 64.

Kirkevold, M. (2011) ’Karakteristika ved sykepleiepraksis – sykepleierens møte med ulike typer situasjoner’, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.*1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 175-189.

Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kveseth, B. og Mikkelsen, J. (2010) ’Sykepleierens rolle i kvalitetsarbeid’, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2.* 3. utg. Oslo: Akribe AS, s.309-346.

Lillekroken, D. Hauge, S. og Slettebø, Å. (2015). ’Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses’ strategies that may support a sense ofcoherence in people with dementia’. *Journal of Clinical Nursing, (24) s. 3129-3137.*

Nijof, N. og Hoof, J.V. og Rijn, H.V. og Gemert – Pijnen, J.E.W.C. (2013) ’The behavioral outcomes of a technology – support leisure activity in people with dementia’, *Technology and Disabilit,* 25, s.263-273.

Orvik, A. (2004) *Organisatorisk kompetanse – i sykepleie og helsefaglig samarbeid.* 1. utg. Oslo: Cappelen Akademisk forlag.

Reitan, A.M. (2010) ’Mestring’, i Knutstad, U. (red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie, sykepleieboken 2.* 3. utg. Oslo: Akribe AS, s.74-107.

Rokstad, A.M.M. (2008a) ’Forståelse som grunnlag for samhandling’, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens, møte og samhandling.* 1. utg. Oslo: Akribe AS, s. 60-86.

Rokstad, A.M.M. (2008b) ’Miljøbehandling’, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens, møte og samhandling.* 1. utg. Oslo: Akribe AS, s. 152-179.

Rokstad, A.M.M. (2008c) ’Kva er demens?’, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens, møte og samhandling.* 1. utg. Oslo: Akribe AS, s. 27-45.

Røen, I og Storlien, M.S. (2015) *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Forlaget Aldring og helse.

Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. i Brinchmann, BS. (red). *Etikk i sykepleien.* 3. Utg. Oslo: Gyldendal akademisk, s 209-226.

Smebye, K.L. (2008) ’Å møte personer med demens’, i Rokstad, A.M.M. og Smebye, K.L. (red.) *Personer med demens, møte og samhandling.* 1. utg. Oslo: Akribe AS, s. 13-26.

Solheim, K. (2009) *Demensguide, holdninger og handlinger i demensomsorgen*. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

St.meld. nr. 19 (2014-2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet. [Online] Lastet ned den 1. mai 2016, fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/

Strand, B.H., Tambs, K., Engedal, K. mfl. (2014) ‘Hvor mange har demens i Norge?’, *Tidsskrift for Den norske legeforening,* 134(3), s. 276-277. [Online] DOI: 10.4045/tidsskr.13.1601 (Hentet: 26.april 2016).

Sung, H.C., Lee, W.L., Chang, S.M. og Smith, G. D. (2011) ‘Exploring nursing staff ‘s attitudes and use of music for older people with dementia in long – term care facilities’. *Journal of clinical nursing.* 20 (11/12) s.1776-1783

Søndergaard, M. (2004) *Demens og aktiviteter i et livshistorisk* perspektiv. 1. utg. Systime academic.

Thorsen, K. (2010) ’Kognitiv svikt og demens’, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A.H. (red.) *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten.*1.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 57-68.

Vabo, G. (2014). Dokumentasjon i sykepleie. 2. utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Norsk Sykepleieforbund. (2011). ICNs etiske regler. [Online]. Lastet ned den 1. mai 2015, fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Vedlegg 1 - Kartleggingsverktøy

En arbeidsmodell til bruk i pleie – og omsorgsarbeid.
Trinnene i kartleggingsarbeidet:

Trinn 1: Identifisere av ressurser og problemer

- Hva vet jeg allerede om pasienten?
- Hva mestrer/mestrer ikke?
- Hvor motivert er pasienten til å delta/ta imot?
- Hvorfor/på hvilken måte ber pasienten om hjelp?
- Hvilke behov gis det utrykk for?
- Hva opplever pasienten selv som sine ressurser/problemer?
- Hva er min oppgave/problem/utfordring som pleier?
- Hvordan kan jeg bruke mine personlige og faglige ressurser for å løse denne utfordringen? osv

Trinn 2: Innsamling av informasjon/opplysninger/data

- Hva observerer jeg av ressurser, behov og problemer hos pasienten (Beskrivelser, ikke tolkninger.)
- Hva trengs av tilleggsopplysninger for at jeg skal forstå mer?
- Hvilke andre samarbeidspartnere kan gi meg mer informasjon?
- Hva kan disse bidra med? osv.

Trinn 3: Betydningen av observasjonene og opplysningene

- Hva betyr de observasjonene jeg har gjort?
- Hvilken sammenheng har disse til andre data/fakta jeg har mottat?
- Hva er opplagte behov/mindre opplagte behov denne pasienten har?
- Hvorfor oppfører han seg gjør?
- Hvordan kan jeg influere/innvirke på hans atferd? Hvordan kan andre influere på hans atferd? Er det et mål å influere på hans atferd?
- Hva er betydningen bak, hva står det egentlig for, det han sier? Hva snakker han om? Hvorfor? osv.

(Solheim 2009, s.60-61)

Vedlegg 2 - Litteratursøk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Nursing	1/4-16	Cinahl Complete	72170			
Dementia	1/4-16	Cinahl Complete	11020			
Quality of life	1/4-16	Cinahl Complete	18376			
Activities	1/4-16	Cinahl Complete	19486			
And i mellom søkeordene. År: 2013-2016	1/4-16	Cinahl Complete	33	13	7	1 (Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person – centredness and quality of life)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Demens	15/3-16	Oria	2321			
And Aktiviteter	15/3-16	Oria	104			
And Sykehjem	15/3-16	Oria	27	6	2	1 (Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia	12/4-16	Cinahl Complete	39043			
Person centered care	12/4-16	Cinahl Complete	95			
Nursing home	12/4-16	Cinahl Complete	33	15	5	1 (Life history collages. Effects on Nursing home staff caring for residents with dementia.)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia	3/5-16	Cinahl Complete	49605			
Nursing homes	3/5-16	Cinahl Complete	21614			
Leisure activities	3/5-16	Cinahl Complete	46442			
Nursing	3/5-16	Cinahl Complete	569154			
And i mellom søkeordene. År: 2010-2015	3/5-16	Cinahl Complete	44	3	2	1 (The behavioral outcomes of a technology – support leisure activity in people with dementia.)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia	16/3-16	Cinahl Complete	22802			
Activity	16/3-16	Cinahl Complete	78271			
Nursing	16/3-16	Cinahl Complete	147848			
Long term care	16/3-16	Cinahl Complete	6830			
Older people	16/3-16	Cinahl Complete	5673			
And i mellom søkeordene År: 2011-2012	16/3-16	Cinahl Complete	3	3	1	1 (Exploring nursing staff's attitudes and use of music for older people with dementia in long-term care facilities.)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Demens	15/4-16	Oria	2327			
Miljø	15/4-16	Oria	65			
Behandling	15/4-16	Oria	7	5	2	1 (Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review.)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia	15/4-16	Oria	178246			
Nursing	15/4-16	Oria	44087			
Support	15/4-16	Oria	3554			
Identity	15/4-16	Oria	35			
Artikler	15/4-16	Oria	27			
Siste 5 år	15/4-16	Oria	15	6	2	1 (Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes.)

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakter	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dementia care	5/4-16	SCOPUS	30248			
Active life	5/4-16	SCOPUS	1045			
Quality of life	5/4-16	SCOPUS	649			
Nursing home	5/4-16	SCOPUS	341			
Meaningful activities	5/4-16	SCOPUS	18	8	4	1 (Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses´strategies that may support a sense of coherence in people with dementia)

Vedlegg 3 – Litteraturmatrise 1

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgaven
Haugland, B. Ø (2012) ”Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet” *Sykepleie forskning.* 7(1) s. 42-49 doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0030	Hensikten med denne studien er å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboerne var interessert i delta på og hva de ansatte tror beboerne er interessert i å delta på? I tillegg til å sammenligne samsvar og ulikeheter.	Spørre - undersøkelse Sykehjem, brukermed - virkning, mestring, demens.	**Utvalg:** Det var 89 beboere som gjennomførte undersøkelsen. De som deltok var 72 kvinner og 17 menn. Deltaker alderen varierte fra 66-101 år. De inkluderte alle beboere uavhengig av kognitiv funksjon. Og det var 51 ansatte som deltok. De som ble inkludert var beboere med språk og evne til å fullføre intervjuet. 15 avdelinger og boenheter ble inkludert. Ansatte som arbeidet dagtid, i 50 % eller mer stilling. Det var totalt 17 aktiviteter. De ble videre delt inn i 3 kategorier; 1) Fellesaktiviteter, 2) Gruppe -aktiviteter, 3) Utflukter. Undersøkelsen ble gjennomført ved Løvåsen Undervisningssykhjem i Bergen, i perioden desember 2007 til og med januar 2008. **Datainnsamling:** Det ble utført et strukturert intervju av beboere, med utgangspunkt i spørreskjemaet. Intervjuene varte i 10 – 45 min. Og spørreundersøkelse blant de ansatte. **Analyse:** Både en kvalitativ og kvantitativ studie. Beboerne ble spurt om de ville delta og at det var frivillig. Beboernes navn stod ikke på spørreskjemaet. Skjemaene ble umerket og kunne ikke spores tilbake til. Analysene ble utført ved hjelp av SPSS versjon 18.	Resultatet viste at veldig mange av beboere var interessert i å delta på fellesaktiviteter. Med det menes konserter, gudstjenester, dans eller bingo. Ansatte mente at beboerne var mer interessert i konsert, enn det de egentlig var. Over halvparten av beboerne var interessert i gruppe aktiviteter som håndarbeid, hagearbeid, sang, bingo og trim. Høytlesing, diktlesing, sang, bingo og trim ble vurdert høyere av de ansatte enn av beboerne. 94 % av de ansatte trodde at høytlesing var interessant, mens kun 37 % av beboerne var interessert i dette. De ansatte trodde at bingo og trim var i stor grad interessant for beboerne, mens beboerne viste mindre interesse for dette. Hagearbeid ble vurdert mye høyere (58 %) enn de ansatte trodde (23 %). Utflukter som spaserturer og bilturer ble vurdert høyt av begge gruppene. Handletur ble oppgitt som 53 % av beboerne, mens 58 % av de ansatte. Ansatte vurderte kulturaktiviteter som mer interessant enn beboerne. 94 % av de ansatte trodde at en individuell besøksvenn kunne være aktuelt, mens bare 38 % av beboerne oppga interesse. Funnene tyder på at beboerne ønsket mer enn kun å få dekket elementære behov. Beboerne i høy grad var interessant i å komme seg ut på spaserturer. Beboerne ønsker aktiviteter, der de selv er aktive. Mens de ansatte trodde at beboerne ville delta i ”passive aktiviteter” eller bli ”underholdt”. Funnene tyder på at de ansatte overvurderte beboernes ønske om ”å bli underholdt”. De ansatte trodde at bingo, sang, trim var mer interessant enn det beboerne mente.	Grunnen til at denne studien er relevant for oss, er at den ser på de ansattes synspunkter i forhold til aktiviteter for beboerne. Og den tar for seg hva slags aktiviteter beboerne var interessert i å delta på.

Litteraturmatrise 2

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgaven
Drageset, I., Normann, H. K., & Elstad, I. (2015) "Identity – supportive nursing of patients with dementia in nursing homes". *Nordisk sygeplejeforskning*. 5(3) s. 296 -310.	Studiens hensikt tar sikte på å utforske hvordan sykepleiere kan støtte en følelse av kontinuitet og identitet hos pasienter med langt - kommende demens på et sykehjem. Målet til sykepleierne var å opprettholde kontinuitet mellom pasientens tidligere og nåværende liv. Problemstillingen var hvordan kan sykepleier støtte en følelse av kontinuitet og identitet hos pasienter med langt – kommende demens?	Belonging, elderly people, life course, person – centred nursing, vulnerability	**Utvalg:** 14 pleiere og ledere i to sykehjem i Nord – Norge ble intervjuet. Pleiere omfattet både sykepleiere og hjelpepleiere. Ledere var registrert som sykepleiere. Alle deltakerne var kvinner. De var ledere på institusjonen. Pleiere var fra 4 enheter. 2 av enhetene var spesielle enheter for pasienter med langt – kommende demens. Og andre enhetene var pasienter med og uten demens. Lederne hadde arbeidet på sykehjemmet i over 10 år. Pleierne arbeidserfaring varierte fra 3 til 22 år. Gjennomsnittlig var 12 år. **Datasamling:** De ble intervjuet individuelt, grupper på 2 og i fokusgrupper. En intervjuguide ble brukt, hvor deltakerne kunne diskutere. Intervjuene ble gjennomført i form av åpne samtaler. Denne delen skulle få fram pleiernes og ledernes egne perspektiver på verdier, praksis og årsak. Denne studien er i henhold til person sentrert tilnærming, der pleiernes erfaringer ble verdsatt. Deltakerne ble spurt om deres kunnskaper om pasientens bakgrunner, hvilke konsekvenser for pasientens tidligere liv hadde for livet i sykehjemmet. Bare ei fokusgruppe intervju ble gjennomført med 8 pleiere. **Analyse:** En kvalitativ studie. Det var frivillig for de som ville være med i studien.	Begge sykehjemmene dokumenterte pasientens familiesituasjon, navn på nære familiemedlemmer, helse, hvor pasienten hadde levd. Arbeidet med, hobbyer, religiøs tro og vaner knytet til de krav og aktiviteter i daglige liv. Navnene på foreldrene og søsken var spesielt viktig å vite når pasienten snakket om fortiden. Ansatte ved begge sykehjem oppmuntret slektninger til å fylle ut et skjema; "Min historie". Det ble også en diskusjon om de pasientene som ikke hadde slektninger. Noen pleiere mente de kunne se på kroppen og oppførselen til pas. om de hadde arbeidet med hardt fysisk arbeid, vært fiskere, sykepleiere osv. Lederne oppsummerte at kunnskap om pasientens livshistorie var veldig viktig. De ansatte var også viktig i forhold til å holde samtalene i gang mellom pasientene. Noen pas. var ikke interessert, eller manglet energi til å ta en del av aktiviteter. Kan ha en sammenheng med sykdom eller svakhet. Hukommelsen osv. Samarbeid med familie er viktig. Pleiere kan synge, høre på radio eller si en kveldsbønn om det er meningsfylt for pas. Pleiere kan snakke om emner som er koblet med livshistorien, uten å nødvendigvis forvente svar. Ritualer og rutiner er viktige aspekter av å føle seg hjemme. Personellet bør utføre et hjemmebesøk, for å bli kjent, om det er mulig. Hvis personellet ble kjent med pas. og pårørende før vedkommende flytter, vil overgangen bli lettere. Samtaler om tradisjoner og historier fra lokale områder vil støtte en følelse av identitet og tilhørighet. Bemanning, flere assistenter og tid kunne være et problem.	Grunnen til at denne studien er relevant for oss er at den utforsker hvordan sykepleiere kan støtte en følelse av kontinuitet og identitet hos pasienter med demens. Ved å finne mer ut om livshistorien til pasienten. Og med bakgrunn av livshistorien, kan man finne og ta i bruk ulike aktiviteter.

Litteraturmatrise 3

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgaven
Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. & Sandman, P.O. (2013) ”Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person – centredness and quality of life” *International journal of older people nursing.* 9(4) s.269-276 doi; 10.1111/opn.12030	Studiens hensikt/mål var å utforske deltakelsen av dagligdagse aktiviteter for beboere med demens. Og de beboerne som deltok levde mer i en personsentrert enhet og/eller hadde høyre livskvalitet. Sammenlignet med beboere som ikke deltok i dagligdagse aktiviteter.	Housing for older people, leisure activities, long – term care, nursing homes, nursing, quality of life.	**Utvalg:** Ansatte ved 159 avdelinger, både boliger, sykehjem og spesialavdelinger for personer med demens ble inkludert. Det var avdelinger over hele Sverige som ble invitert til å delta. Det ble bare inkludert data fra beboere med påvirket kognitiv hjelp. De fleste beboer- deltakerne var kvinner (70 %), gjennomsnittalderen var 86 år og de hadde bodd der gjennomsnittelig i 3 år. I forhold til dagligdagse aktivitetene, var de fleste beboerne som deltok ute av stand til å kle på seg selvstendig, håndtere hygiene. Over halvparten kunne drikke og spise selv. **Datasamling:** Avdelingene skulle gi selvrapporteringsdata på person-sentrering av deres enhet og data knyttet til sin arbeidssituasjon. I tillegg til rangering av beboerens helsetilstand. Det var demens sykepleiere som gav informasjon til ulike kommuner. All data ble samlet inn mellom april og juni 2010. Det var i alt 1655 spørreskjemaer som ble sendt ut og 1471 spørreskjemaer ble returnert. Som var en sats på 89 %. Endelig utvalg var 1266 beboere fra 156 avdelinger. **Analyse:** Dette var en kvantitativ studie. Deltakelsen var basert på frivillig deltakelse. Statistikk ble brukt for å belyse utbredelsen av beboermedvirkning i dagligdagse aktiviteter. Og forskjeller mellom person sentrering, livskvalitet og erkjennelse mellom de som deltok og de som ikke gjorde det. Alle analysene ble utført med PASW statistikk 18.	Det var 18 % av beboerne som enten daglig eller ukentlig deltok i å sette på kaffe, sette eller vaske av bordet, rengjøring eller vanning av planter. Det var 82 % av beboerne som ”aldri” eller ”nesten aldri” som deltok i sånne aktiviteter. 62 % av beboerne var på utendørs turer. 27 % deltok i selskapsspill. 14 % hadde vært på turer utenfor området. Et mindre tall (13 %) hadde blitt med til kirken i løpet av den siste uken. Mer en 27 % deltok på utendørsturer ukentlig. De beboerne som hadde deltatt i utendørs turer, brettspill og kirkebesøk hadde større person sentrert nivå enn de som ikke hadde det. I tillegg hadde de høyere livskvalitet og høyere kognitiv kapasitet i forhold til de beboerne som ikke hadde deltatt. Funnene tyder på at hverdagslige oppgaver og prosedyrer presenterer en av de få mulighetene for at beboerne kan delta og at de er kjente for dem. Aktiviteter som de fortsatt kan mestre, og kan fremme deres livskvalitet. Det kan tyde på at beboermedvirkning i dagligdagse aktiviteter har behov for å øke. Personalet bygger på ting som beboerne kjenner fra tidligere, er individualisert og tilpasse den enkeltes nivå.	Grunnen til at denne studien er relevant for oss, er at den tar for seg deltakelsen av aktiviteter for beboere med demens. Og om de som deltok levde i en mer personsentrert omsorg og om de hadde høyere livskvalitet.

Litteraturmatrise 4

Referanse	Studiens hensikt/mål/ problemstilling	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgaven
Sung, H.C., Lee, W.L., Chang, S.M. & Smith, G. D. (2011) "Exploring nursing staff 's attitudes and use of music for older people with dementia in long – term care facilities". *Journal of clinical nursing.* 20(11/12) s.1776-1783 Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03633.x	Denne studien hadde som mål å utforske sykepleierens holdninger, forventninger og bruk av musikk for eldre mennesker med demens i en langtidsavdeling. Forskningsspørsmål: 1)Hva er sykehjems ansattes holdninger til bruk av musikk for eldre personer med demens? 2)Hva er sykehjemspersonalets forventninger ved bruk av musikk for de med demens? 3)I hvilken grad bruker dem musikk i praksis? 4)I hvilken grad påvirker musikken for de med demens?	Dementia, long-term care, music, nurse, nursing, older people	**Utvalg:** Det var totalt 214 sykehjem ansatte med i studien. 191 kvinner og 23 menn fra 16 langsiktige omsorgs fasiliteter. Personalets alder varierte fra 19-62 år. Det var 88 sykepleiere og 126 assistenter. De måtte ha minst jobbet 3 måneder. Undersøkelsen ble gjennomført i 2007-2008 i Taiwan. **Datasamling:** Det var 7 spørsmål knyttet til deres erfaringer, bruk av musikkterapi og faktorer som påvirker bruken av musikk for dem med demens. Hele spørreskjemaet tok ca. 10 – 15 minutter å fullføre. **Analyse:** Det var en kvantitativ studie. De ble informert at deltakelsen i denne studien var frivillig. Skjemaene skulle de svare på og returnere.	Over halvpraten av deltakerne rapporterte at de hadde hørt om musikkterapi, men hadde begrenset kunnskap og ferdigheter om det. 160 av deltakerne mente at musikken var nyttig for pasientene. Flertallet av sykepleiere hadde aldri lært noen form for musikkinstrument før. Bare noen hadde fått opplæring. 66 av pleiepersonellet hadde prøvd å bruke musikk for sine pasienter med demens i sine arbeidssituasjoner. Resultatet viste at de ansatte hadde positive holdninger til bruk av musikk for eldre personer med demens, forskjellen var større mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Det var ingen store forskjeller mellom holdningene og forventningene til personalet.	Grunnen til at denne studien er relevant for oss, er at den tar for seg sykepleierens holdninger, forventninger og bruk av musikk for eldre mennesker med demens.

Litteraturmatrise 5

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn/diskusjon	Relevans for bacheloroppgave
Lillekroken, D. Hauge, S. Slettebø, Å. (2015). Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support a sense of coherence in people with dementia. *Journal of Clinical Nursing 2015, (24): 3129-3137.* Doi: 10.1111/jocn.12945	**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å utforske sykepleiernes strategier som kunne støtte opplevelsen av en sammenheng i hverdagen til eldre personer med diagnosen demens som bor på institusjon. Personer med demens er ofte beskrevet som mennesker uten ressurser, folk som trenger støtte fra familie eller fra helsepersonell for å fungere i hverdagen. Til tross for diagnosen, har noen fremdeles de ressursene som trengs for å håndtere deler livet sitt og muligheten for å oppleve sammenheng. I følge studien er dette den første som forsker på sykepleierens strategier.	Dementia, focus group, nursing home, observation, qualitative research, sence of coherence.	**Utvalg:** Studien ble gjennomført i to norske sykehjem, hvor begge sykehjemmene hadde en avskjermet demensavdeling. Et målrettet utvalg bestående av 16 autoriserte sykepleiere ble valgt (åtte fra hvert sykehjem). Inklusjons-kriteriene var at de skulle ha vært registrert som sykepleiere og ansatt i minst 2 år på sykehjem, arbeidet heltid eller arbeidet i minst en 50 % stilling eller lignende. I tillegg skulle de ha erfaring innen demensomsorg eller geriatri. Alle deltakerne var kvinner. Alderen varierte mellom 32-62. Arbeidserfaringen innenfor demensomsorgen eller geriatrien varierte fra 2-33 år. **Datainnsamling:** Deltakerne fikk verbal og skriftlig informasjon før studien satte i gang. Forskeren samlet inn data ved å observere og gjennom fokusgruppe-intervjuer. Feltnotater ble skrevet ned i løpet av observa-sjonene. Disse inneholdt beskrivelser av interaksjoner som oppstod mellom sykepleier og beboerne. Observasjons øktene varte fra 3-5 timer. Data-samlingen ble gjennomført på ulike ukedager og på forskjellige tidspunk-ter (morgenen, ettermiddagen eller kveld). De ble intervjuet både individuelt og i grupper. Sykepleierne ble i tillegg spurt om å skrive et essay. Forskeren gjennomførte intervjuene ved hjelp av en guide utviklet fra den forkortede versjonen av Antonovsky sin sense of coherence 13-elements spørreskjema. **Analyse:** Kvalitativ metode.	Hovedfunnet, presentert som et overordnet tema; å være en deltaker i eget liv, henger sammen med sykepleiernes strategier som kunne understreke beboernes ressurser og dermed bidra til å gjøre beboerne mest mulig delaktige i eget liv. Følgende kategorier ble presentert som strategier; (1) identifisere og pleie den enkeltes ressurser, (2) tilpasse meningsfulle aktiviteter og (3) finne kreative løsninger. Det som ble sentralt i den første kategorien var å identifisere de resterende ressursene og pleie dem. De kom frem til at det var viktig å tenke på hvilke ressurser han/hun hadde, istedenfor å tenke på de som var tapt. De kom også frem til at det er lett å hjelpe dem litt for mye slik at det skal gå raskere, men da vil de ikke få brukt disse ressursene de har igjen. Deltakerne foreslo ved den neste kategorien viktigheten av å se beboerne som et individ bak diagnosen. Dette ville føre til individualisert omsorg og bevarelse av det unike ved personen. Men de syntes det var vanskelig å finne meningsfulle aktiviteter som ville passe til hver beboer, spesielt mennene. En deltaker hevdet at å vite hva som betydde noe for beboeren gjennom hele livet var avgjørende. For å skape meningsfulle aktiviteter handlet det om å fokusere på prosessen istedenfor resultatet. Den siste kategorien gikk ut på viktigheten av å være kreativ i møte med personer med demens. En sykepleier nevnte: Å være kreativ. . . handler om å tenke utenfor boksen! Kreativitet bør brukes til å improvisere når beboeren ikke har ressurser nok til å være med på aktiviteten: Vi skal være den forlengede arm og kompensere for tapte ferdigheter uten å snakke så mye om det. . . eller si noe, ingenting i det hele tatt. . . ingen ydmykende ord, dette handler om å bevare verdighet.	Grunnen til at denne studien er relevant for oss, er at den tar for seg tre ulike strategier som sykepleier kan ta i bruk, slik at beboere med diagnosen demens skal få brukt ressursene sine og delta i meningsfulle aktiviteter tilpasset den enkelte.

Litteraturmatrise 6

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgave
Kirkevold, M. Gonzalez, M.T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review. *Sykepleieforskning 2012*, (7): 52 – 64. Doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0029	**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å undersøke og beskrive hva forskningslitteraturen sier om bruk av sansehager, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter innendørs for personer med demens. Et viktig mål i demensomsorgen er opprettholdelse av god livskvalitet. Miljøbehandling, inklusive sansehager og målrettet bruk av planter har blitt brukt i større grad, men likevel er effekten av tiltakene usikre.	Demens, miljø, behandling, litteraturstudie.	**Utvalg:** Nittito originale artikler ble gjennomgått. Femten studier ble inkludert. Ni undersøkte effekt av sansehager, fem terapeutisk hagebruk, en målrettet bruk av planter innendørs. Studienes utvalg er begrenset, antall inkluderte beboere i studiene varierer fra åtte til 129. Til sammen inkluderer studiene 450 beboere. Casestudier (n=2), kartleggingsstudie (n=1), intervensjonsstudier med ulike pretest-posttest design (n=10) og randomiserte kontrollerte studier (n=2). Inklusjons-kriteriene var at artiklene skulle gi en tydelig beskrivelse av sentral nøkkel-informasjon som hensikt og problem-stilling, utvalg, design og metode, frem-gangsmåte i intervensjonen, utfallsmål og funn. Studier som var mangelfullt beskrevet i forhold til flere av kriteriene ble ekskludert. **Datainnsamling:** Modifisert scoping review med søk i databasene AMED, Cinahl, Medline, ISI Web of Science, Embase, SCOPUS, og SveMed+. En scoping review har et mindre avgrenset forskningsspørsmål enn en systematisk litteraturstudie. Formålet er å gi en oversikt over et forskningsfelt og gi en deskriptiv presentasjon av nøkkelinformasjonen i de inkluderte artiklene. Metoden ble valgt, dels fordi forskningsfeltet er begrenset, og at det derfor var hensiktsmessig å inkludere alle relevante studier som innfridde inklusjonskriteriene, og for å gi en presentasjon av forskningsfeltet. **Analyse:** Review artikkel. To reviewere vurderte artiklene med tanke på kriterier for inklusjon i litteratur-studien.	Til tross for betydelige forskjeller i type intervensjon og utfallsmål, tyder de fleste studiene på at sansehager, vandrehager og terapeutisk hagebruk ute og inne kan ha en positiv innvirkning. I motsetning til andre miljøbehandlingsformer, hvor hovedfokuset gjerne er atferdsproblematikk, viser disse studiene et bredere spekter av utfallsmål ofte med fokus på økt trivsel, engasjement og aktivitet. Terapeutisk hagebruk, både ute og inne, ser ut til å bidra til bedret søvn, økt engasjement og trivsel. «Passiv» bruk av sansehager er forbundet med bedret søvn, færre alvorlige fall, nedsatt bruk av psykofarmaka, samt økt trivsel og livskvalitet. Litteraturgjennomgangen antyder at individualisering er viktig ved bruk av sansehager og terapeutisk hagebruk, både fordi den enkeltes kognitive funksjon og fysiske helse varierer betydelig og fordi interesser og ferdigheter er forskjellige. Eksisterende forskning understreker betydningen av at personalet legger til rette for bruk av sansehager gjennom å fjerne hindringer som gjør det vanskelig for beboere som er mobile å få tilgang til sansehagen. Det anbefales også aktiv støtte av individualisert bruk, samt tilrettelegging for tilpassete gruppeaktiviteter. Betydningen av en utforming som gir skyggemuligheter, le for vinden og attraktive områder for å gå og sitte understrekes også. Litteraturen viser videre at nærliggende parker kan benyttes aktivt som sansehager eller arena for terapeutisk hagebruk. Økt kunnskap og opplæring synes nødvendig for å støtte personalet i bruk av denne formen for miljøbehandling. Litteraturen understreker også betydningen av å kunne utnytte elementer fra sansehager og terapeutisk hagebruk innendørs, noe som synes svært viktig i Norge, med sine lange vintre og korte sommersesong.	Grunnen til at denne studien er relevant for oss, er at den tar for seg et miljøbehandlingstilak som vi mener er viktig. Studien tar også for seg ulike måter sykepleier kan ta i bruk denne metoden på.

Litteraturmatrise 7

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgave
Nijhof, N. Hoof, J.V. Rijn, HV. Gemert-Pijnen, J.E.W.C.V. (2013). The behavioral outcomes outcomes of a technology-supported leisure activity in people with dementia. *Technology and disability 2013, (25): 263-273.* Doi: 10.3233/TAD-140398	**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å utforske hvilken effekt teknologistøttede fritidsaktiviteter hadde på sosiale atferden til personer med demens på institusjon/sykehjem/dags enter opp i mot de tradisjonelle fritids-aktivitetene. De teknologistøttede fritidsaktivitetene sikter mot å stimulere den sosiale atferden og beboernes interaksjon med hverandre. Spillene som ble brukt kalles "The Chitchatters game (CC)" og "The question game (QG)".	Technology, reminiscenc, nursing home, behavioral outcomes og alzheimer.	**Utvalg:** Deltagerne omfattet både personer med diagnosen demens og aktivitetstilretteleggere. Totalt 21 personer med demens ble valgt ut til å delta, grunnet deres evne til å delta i begge aktivitetene. Totalt ti personer ble observert, siden forskerne bare kunne observere 3-4 personer om gangen. En slektning av beboerne godtok deres deltakelse i studien (informert samtykke). Deltakerne var i alderen 52 – 86, med et gjennomsnitt på 69 år. Seks kvinner og fire menn. MMS skåren deres var fra 3-28, med et gjennomsnitt på 18. Alle aktivitets-tilretteleggerne var kvinner. Alderen varierte fra 22-42 år, med et gjennom-snitt på 27 år. Nivået på utdannelsen var midt på treet, men med spesialisering innen eldreomsorg. De arbeider alle på sykehjem. Både leder og aktivitets-tilretteleggerne samtykket deltagelse i forskningen og videoopptak. **Datainnsamling:** Metoden innebærer observasjoner under begge aktivitetene ved hjelp av Oshkosh Social Behavior Coding (OSBC) skala, for å svare på problemstillingen knyttet opp mot forekomsten av forskjeller(MMS, kvinner/menn og CC/QG, i tillegg til semi-strukturerte intervjuer. Intervju ble brukt for å få innsikt i problem-stillingen i forhold til støtte og bruk-ervennlighet for aktivitetstilrette-leggerne og atferdsmessige utfall og brukervennlighet for spillerne med demens. Totalt 5 aktivitetstilrette-leggere ble intervjuet. Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene. 21 spørsmål og varigheten var ca. 25 min. **Analyse:** Det ble brukt en kombinasjon av en kvalitativ og kvantitativ metode.	Den sosiale atferden var bedret under spillet CC, men det var ikke stor forskjell fra QG. De fem typiske atferdene var "kommentarer, ja og nei svar, latter, svar med setninger og smiling ", som er alle typer sosial atferd. De var altså aktivt involvert i spillet. Deltakere med høy MMS skår hadde en tendens til å observere oftere, som for eksempel å se på TV og høre på sanger på radioen. Deltakerne med en lav skår på MMS testen skåret altså høyere for ikke-sosial og ikke-verbal atferd. En forskjell på kvinner og menn ble sett i forhold til ja og nei svar. Kvinner ga altså oftere svar ved hjelp av ja og nei svar. Kvinner skåret høyere for sosial atferd, enn menn. Den eneste forskjellen med spillet CC og QG var at de ved QG responderte i større grad ved hjelp av svar med setninger og håndtering av objekter. Alle aktivitetstilretteleggerne mente på at spillet CC støttet deres faglige oppgaver. Det var lett å komme opp med temaer som de kunne diskutere med deltakerne. Yngre ansatte hadde vanskelig for å komme opp med temaer, så en instruksjon på spillet ville vært nyttig. Ellers syntes de den var enkel å bruke, selv om de først nå ble kjent med spillet. En idé var å starte opp CC noen minutter før start, slik at alt var klart når deltakerne var klare til å spille. Med lite datakunnskap, er den litt utfordrende å ta i bruk. Det var forvirrende for dem at de måtte peke kontrollen mot den aktuelle gjenstanden (som for eksempel TV, radio osv.). De mente alle at spillet stimulerer den sosiale atferden ut i fra egne observasjoner. Deltakerne ser og hører ting, som stimulerer deres hukommelse. Videre kommer de opp med historier fra egen fortid. De mener på at spillet CC skaper flere triggere i forhold til spillet QG. Deltakerne gikk dypere inn i bestemte emner når involvert i CC. Samtaler trenger likevel å bli initiert av en ansatt, fordi de ikke er i stand til å starte selv. TV skaper fleste triggere, grunnet det visuelle. Telefonen var minst brukervennlig, da den virket forvirrende for deltakerne.	Grunnen til at studien er relevant for oss, er at teknologi er aktiviteter som har kommet i nyere tid. Spillene gjorde det faglige arbeidet lettere for sykepleierne og bidro til at beboerne både var mer aktive og de mintes fortiden.

Litteraturmatrise 8

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkel-begrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans for bacheloroppgave
Buron, B. (2010). Life history collages. Effects on Nursing home staff caring for residents with dementia. *Journal of gerontological nursing 2010, (36): 38-48.* Doi: 10.3928/00989134-20100602-01	**Hensikt:** Hensikten med denne studien var å utforske effekten av personsentrerte collager som inneholdt livshistorien til den enkelte beboer med diagnosen demens. De sentrale spørsmålene var om det hjelpemidlet virket inn på kunnskapen til pleiepersonalet og om de opplevde at omsorgen ble mer individualisert.	Ikke oppgitt.	**Utvalg:** Studien inkluderte to typer deltagere: beboere med demens og ansatte ved sykehjemmene. 36 sykepleiere/ med-arbeidere og 5 personer med demens deltok. Inklusjonskriterier: diagnosen demens, 60 år eller eldre, snakker engelsk, og at de hadde en surrogat tilgjengelig som hadde kjent den bo-satte mer enn 25% av livet, var i stand til å signere en samtykkeerklæring, og var villig til å gi informasjon og bilder for å beskrive beboernes liv. Når rekruttert, var beboere ansett som pass-ive deltakere siden de fungerte som en kilde for informasjon for livshistorie collager og potensielle interaksjoner med ansatte. Sykepleierne/medarbeid-erne var aktive deltakere i studien og den primære kilden til innhenting av data. **Datainnsamling:** Studien ble utført i Arkansas. Data ble samlet inn ved hjelp av en pretest – posttest og en kontrollgruppe. Forskeren intervjuet beboernes surrogater i 1 til 2 timer for å få informasjon om livshistorien deres. Fokuset var jobb/karriere, hva de liker /ikke liker og interesser. Lydopptak ble også tatt. Forskeren skannet inn bilder han hadde fått for å gjenskape fortiden til de fem beboerne. Han møtte med en grafisk designer og fikk laget collage. Denne ble hengt opp i en periode på 4 uker på rommene. De ansatte måtte svare på et spørreskjema som pretest, hvor de skulle skrive ned hva de kunne om beboeren. Etter fire uker ble collag-ene fjernet og de fikk et nytt spørre-skjema de skulle svare på. Testen ble gjort igjen etter 3 uker. **Analyse:** Kvalitativ metode	Studien viser at kunnskap om de unike egenskapene til beboere med demens er en viktig del av personsentrert omsorg. Økt kunnskap om beboerne kan være nyttig på en rekke måter. For eksempel kan kunnskap om en beboers familie hjelpe de ansatte til å forholde seg til og engasjere seg i samtaler med beboeren om bilder eller besøkende. Sykepleie/medarbeidere kan relatere seg med beboernes tidligere liv, noe som tillater dem å se beboerne som individer, med forskjellige unike egenskaper, og dermed heve personens status. Kunnskap om beboernes siste jobb/ karriere kan hjelpe omsorgspersoner engasjere dem i aktiviteter som er kjent og som de er komfortabel med. For eksempel kan en bonde eller rancher være interessert i å se en Western film. Om bakgrunnsinformasjon om beboere er lett tilgjengelige, mens man arbeider vil det føre til mer kunnskap om personene med demens. Studien viser at pleiepersonalets kunnskap om den enkelte beboer bedret seg, men det var det ingen signifikante forskjeller ved bedring av personsentrert omsorg. Gitt de positive aspektene av intervensjonen, er det viktig å påpeke at endringen i pleiepersonal-ets kunnskap om beboerne ikke alltid vil føre til endringer i oppførselen til personalet. Det er også sant at endringer i pleiepersonell oppførsel ikke alltid vil føre til endringer i beboernes behandlingsresultat.	Grunnen til at studien var relevant for oss, var at den tok for seg hvordan sykepleiere kan ta i bruk kunnskap om livshistorien til beboerne i omsorgen til den enkelte.