

BACHELOROPPGAVE:

**OCCUPATIONAL RIGHTS
HOS DEMENTE PÅ
OMSORGSSENTRER**

FORFATTERE:

Anne Skaugrud
Emma Vole Onsrud
Karoline Jørstad

Dato: 05.05.2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

SAMMENDRAG

Tittel:	Occupational rights hos demente på omsorgssentre	Dato : 05.05.17
Deltaker(e)/	Anne Skaugrud, Emma Vole Onsrud og Karoline Jørstad	
Veileder(e):	Ingeborg Nilsson	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Occupational rights, demens, aktivitet, omsorgssentre	
Antall sider/ord:43/10414	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av master/bacheloroppgaven:		
<p>Bakgrunn: Antallet eldre i befolkningen vil øke i fremtiden, dermed vil også antallet eldre med demens øke. Demenssykdommer påvirker hjernens funksjoner, og påvirker utførelsen av aktivitet. Oppgaven tar utgangspunkt i hverdagen til eldre demente som bor på omsorgssentre. Litteratursøk viser lite forskning på akkurat dette området.</p> <p>Hensikt: Målet med denne oppgaven er å få ny kunnskap på dette området. Det var også ønskelig å belyse de eldre dementes valg og muligheter til aktivitet i hverdagen, og undersøke hvordan personalet arbeider for å fremme dette.</p> <p>Metode: Kvalitativ metode er brukt for å komme frem til resultatene. Seks intervjuer med seks ulike informanter ble gjennomført. Det er benyttet en kvalitativ innholdsanalyse for å analysere intervjuene.</p> <p>Resultater og konklusjon: Personalet streber etter å arbeide mest mulig likt for å skape en forutsigbar hverdag for brukerne. De jobber også med å tilrettelegge aktiviteter og fokuserer på sosial trivsel i miljøet. Resultatene viser at personalets syn på aktiviteter skiller seg fra det ergoterapeutiske synet på aktivitet.</p>		

ABSTRACT

Title:	Occupational rights for dementia residents in care homes	Date : 05.05.17
Participants/	Anne Skaugrud, Emma Vole Onsrud og Karoline Jørstad	
Supervisor(s)	Ingeborg Nilsson	
Employer:		
Keywords (3-5)	Occupational rights, dementia, activity, care homes	
Number of pages/words:43/10414	Number of appendix: 3	Availability: Open
<p>Short description of the bachelor thesis:</p> <p>Background: The number of elderly in the population will increase in the future, thus the number of elderly with dementia will increase. Dementia disease affect the brain’s functions and affect the performance of activity. This thesis is based on the daily lives of older people with dementia living in care homes. Literature search shows little research on this particular area.</p> <p>Purpose: The aim of this assignment is to gain new knowledge on this area. It was also desirable to elucidate the elderly dementia’s choices and opportunities for everyday activities, and examine how the staff work to promote this.</p> <p>Method: A qualitative method is used to achieve the results. Six interviews with six different informants was conducted. A qualitative content analysis has been used to analyze the interviews.</p> <p>Results and conclusion: The staff strives to work as equal as possible to create a predictable everyday life for the residents. They also work to organize activities and focus on social well-being in the environment. The results show that the staff’s view of activity differs from the occupational therapists’ view of activity.</p>		

FORORD

Vi har i vår bacheloroppgave ved ergoterapiutdanningen på NTNU i Gjøvik valgt å ta for oss temaet eldre med demens og deres aktivitetsrettigheter på omsorgssentre. Vi ønsket å se nærmere hvordan personalet jobber for å fremme disse aktivitetene.

Hensikten med valg av tema er at vi ønsker ny kunnskap på dette området, samt å belyse de eldre dementes valg og muligheter etter de har flyttet inn på omsorgssenter. Litteratursøk gjort på området viser lite forskning rundt temaet. Vi mener det er viktig at en slik problemstilling blir belyst og forsket på siden det er en ressurskrevende brukergruppe som kanskje har vanskeligheter med å uttrykke sine egne ønsker og behov.

Aktivitet og deltagelse er en av ergoterapeutenes kjerneområder hvor vi innehar mye kunnskap og viktig kompetanse. Derfor var vi nysgjerrige på hvordan andre profesjoner jobbet med aktivitetsrettigheter, og hvordan de brukte sin kunnskap overfor denne brukergruppen, spesielt da det ikke alltid er ergoterapeuter som jobber på disse stedene.

Vi vil takke de som gjorde dette prosjektet mulig for oss. En stor takk til informantene våre som villig brukte av sin tid for å fortelle om sin og sine brukeres hverdag. Vi vil også rette en stor takk til vår veileder, Ingeborg Nilsson, som har gitt oss gode innspill underveis, og vært med oss under hele prosjektet. Hun har gitt oss både positive tilbakemeldinger og konstruktiv kritikk som vi har tatt med oss videre i arbeidet med oppgaven.

Og sist, men ikke minst, må vi få takke hverandre for godt samarbeid og en lærerik tid med gode erfaringer og meningsutvekslinger. Dette vil vi ta med oss videre i læreprosessen når vi skal ut i arbeidslivet. Vi er stolte av sluttresultatet vårt!

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	2
ABSTRACT	3
1.0 Innledning	6
1.1 Hovedtema	7
1.2 Bakgrunn	7
1.3 Formål	7
1.4 Problemstilling	7
1.5 Begrepsavklaring	7
2.0 Teori	9
2.1 Aktivitet og Demens	9
2.2 Modellen for menneskelig aktivitet	10
2.3 Occupational Science	11
2.4 Occupational Rights	12
2.5 Tidligere forskning	13
3.0 Metode	15
3.1 Kvalitativ metode	15
3.2 Kvalitativt forskningsintervju	15
3.3 Reliabilitet og validitet	16
3.4 Intervjuguide, intervju og informanter	17
3.5 Transkribering	18
3.6 Kvalitativ innholdsanalyse	20
3.7 Forskningsetikk	21
4.0 Resultat	23
4.1 Hvordan personalet tilrettelegger for aktivitet	23
5.2 Personalets arbeidsmetoder på avdelingen	24
5.0 Diskusjon	26
5.1 Hvordan personalet tilrettelegger for aktivitet	26
5.2 Personalets arbeidsmetoder på avdelingen	29
5.3 Oppsummering av diskusjon	32
5.4 Analyse av metode	33
5.5 Analyse av resultat, intervju og intervjuguide	34
6.0 Konklusjon	36
7.0 Referanseliste	37
8.0 Vedlegg	40
8.1 Vedlegg 1. Søkedokumentasjon	40
8.2 Vedlegg 2. Intervjuguide	41
8.3 Vedlegg 3. Samtykkeskjema	43

1.0 Innledning

Fremtidens Norge vil preges av flere eldre, gjerne kjent som “eldrebølgen”. Innen 2050 vil antall personer over 67 år være fordoblet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 40). Med flere eldre vil også forekomsten av eldre med en demenssykdom øke merkbart (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 21). Demenssykdommer er tilstander som påvirker hjernens funksjoner. Eksempler på slike funksjoner kan være evne til orientering, læring og hukommelse (Helsedirektoratet, 2015, s. 153). Ifølge den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, forkortet ICD-10, kan selv en mild versjon av demens påvirke utførelsen av daglige aktiviteter (Helsedirektoratet, 2015, s. 152).

Vik (2015, s. 17) sier hvor viktig det er å få frem den subjektive opplevelsen av det som hver enkelt synes er meningsfullt ved en aktivitet. Her blir begrepet “aktivitet” tolket på forskjellig vis utfra hvilken yrkesgruppe som blir spurt. En fysioterapeut tenker ofte på aktivitet som fysisk aktivitet, en aktivitør forbinder ofte aktivitet med fritidsaktiviteter, mens en ergoterapeut ofte tenker hverdagsaktiviteter (ibid.).

I ergoterapi har man en del antakelser om menneskers betydningsfulle aktiviteter. Spesielt har vi to grunnleggende antakelser som sier at aktiviteter har et terapeutisk potensiale, og at betydningsfulle aktiviteter er et menneskelig behov (Polatajko et al., 2013, s.56). For å se på betydningsfulle aktiviteter i et bredere perspektiv, kan man se til begrepet aktivitetsengasjement. Engasjement handler om alt det vi gjør for å delta eller bli involvert, enten det er snakk om oss selv eller andre (Polatajko et al., 2013, s.62). Aktivitetsengasjement kan man se i ergoterapi gjennom det faktum at ergoterapeuters interesse for menneskers betydningsfulle aktiviteter ikke kun handler om det å faktisk utføre en betydningsfull aktivitet. Ergoterapeuters interesserer innebærer også i hvilken grad av viktighet aktiviteten har, og til hvilken grad den er tilfredsstillende for individet (Polatajko et al., 2013, s.65).

Å streve mot en aktivitetsmessig rettferdighet for alle i et samfunn, er et etisk dilemma som dukker opp hos helsepersonell verden over (Townsend og Wilcock, 2014). Dette blir fokusert på fra både Forente Nasjoner (FN) og Verdens Helseorganisasjon (WHO), der sentrale aktiviteter som angår menneskets livskvalitet og helse blir satt i fokus for å prøve og bekjempe denne urettferdigheten som fører til uhelse blant befolkningen (ibid.). Enkelte mennesker i samfunnet kan være spesielt utsatt for aktivitetsmessig urettferdighet på grunn av

fattigdom, kulturell bakgrunn eller de kan ha en funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å beskrive sine grunnleggende behov. Dette viser seg også hos mennesker med demens eller hos andre brukere som har en eller annen form for kognitiv svikt (ibid.).

1.1 Hovedtema

Hovedtemaet i denne oppgaven er et ønske om å belyse occupational rights, hos eldre med demens som bor på omsorgssenter (se begrepsavklaring), og hvordan de blir ivaretatt på dette området. Dette er også noe ergoterapeuter har god kjennskap til og derfor anses dette som et av fagets kjerneområder (Tande Bjerkaas, 2012).

1.2 Bakgrunn

Bakgrunnen for valg av dette temaet er at demente anses som en “glemt” brukergruppe når det gjelder aktivitet og deltagelse, noe som kan føre til svekket livskvalitet hos demente (Holte, Thorsen og Josephsson, 2007). Dette er kompetanse ergoterapeuter innehar og blir talsmenn for, for å sikre at retten til aktivitet hos disse brukerne med demens blir oppfylt (ibid.).

1.3 Formål

Formålet med denne forskningen er et ønske om å belyse occupational rights, samtidig som den har mulighet til å gi forfatterne ny kunnskap på området.

1.4 Problemstilling

“Hvordan arbeider personale på omsorgssentre med å fremme occupational rights hos eldre med demens?”

1.5 Begrepsavklaring

Empowerment sikter til “personlige og sosiale prosesser som forandrer synlige og usynlige forbindelser slik at makten fordeles mer likt” (Townsend og Polatajko, 2013, s. 492).

Autonomi er en form for opplevelse av kontroll over eget liv (Tuntland og Ness, 2014, s. 81).

Aktivitetmessig ubalanse er en tilstand der mennesker er uten mulighet til å delta i aktiviteter som gir dem mulighet til å bruke sine fysiske, sosiale og mentale evner (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015, s. 344).

Deprivasjon viser til omstendigheter der eksterne krefter eller situasjoner forhindrer mennesker i å ta i bruk eller nyte noe. Herunder også institusjonalisering, sykdom eller funksjonsnedsettelse som fratrar mennesket sin rett til aktivitet og deltagelse (Wæhrens, Winkel og Jørgensen, 2015, s. 344).

Occupational rights blir her tolket til at alle mennesker har rett til aktivitet og deltakelse, uavhengig av livssituasjon¹.

Omsorgssentre omhandler forskjellige typer sykehjem, bo- og servicesentre som er inkludert i oppgaven.

Personale benyttes som begrep for sykepleiere, aktivitører, hjelpepleiere, helsefagarbeidere og assistenter som arbeider på omsorgssentrene.

¹ *Occupational rights* are concerned with ethical, moral, and civic issues such as equity and fairness for both individuals and collectives but specific to engagement in diverse and meaningful occupation (Wilcock og Townsend, 2014, s. 542-543).

2.0 Teori

Som nevnt i innledningen er temaet for denne oppgaven occupational rights hos eldre med demens. Dette er et forholdsvis nytt felt innen helsevitenskapen, noe søk i databaser (vedlegg 1) og litteraturen har vist.

2.1 Aktivitet og Demens

Eldre med demens som brukergruppe er nevnt i St.meld. nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013, s. 21). Den trekker frem blant annet aktivitet som et sentralt element i et helhetlig omsorgstilbud inn i fremtidens omsorgstjeneste. Demensplan 2020 trekker frem at det er manglende aktivitetstilbud for eldre med demens (Regjeringen, 2015, s. 7). Planen har som mål å ta vare på og integrere demente i et fellesskap slik at de blir ivarettatt i samfunnet. Både *Morgendagens omsorg* og *Demensplan 2020* er viktige politiske forankringer for denne oppgaven.

Vi fant også en studie som tok for seg aktivitet og demens. Her kom det frem at brukere som deltok i hverdagsaktiviteter bodde på enheter som var personsentrerte og hadde en høyere livskvalitet enn brukere som ikke hadde deltatt i aktivitetene. Selv om det var få som deltok i hverdagsaktivitetene, var deltakelsen betydelig knyttet til livskvalitet. Studien peker også på at inkludering av brukerne i hverdagsaktiviteter var en måte å sørge for personsentrert omsorg (Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist og Sandman, 2014).

Demensplan 2020 (Regjeringen, 2015) har som mål å skape et samfunn hvor man integrerer og tar vare på personer med demens i fellesskapet. Dette krever at kunnskapen rundt demens øker, og at man skaper en større åpenhet rundt sykdommen. Planen sier at alle som er diagnostisert med demens skal bli møtt med respekt og forståelse, og at de skal oppleve å få veiledning og støtte gjennom sykdommen. Den fremhever at man skal ta utgangspunkt i den enkeltes interesser, ønsker og vaner. Planen tar utgangspunkt i en del utfordringer, blant annet at det er manglende tilbud om aktivitet, at personer med demens blir for lite involvert i avgjørelser som angår dem, og at det er lite oppfølging etter at diagnosen har blitt satt. Målet med denne planen er å sette utfordringene rundt demens på dagsorden, slik at man kan bedre tjenestetilbudet til både personer med demens og deres pårørende (ibid.).

Morgendagens Omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) bygger på at tjenester skal arbeide og tilrettelegge for at brukere skal kunne være ressurser i eget liv, og i lokalsamfunnet de bor i. Den bygger på at man skal støtte opp under tidlig innsats og forebygging, heller enn å gjøre det vanskeligere å søke etter hjelp. Meldingen skal gi brukere av helse- og omsorgstjenesten mulighet til å kunne klare seg selv i sin hverdag uansett sykdom, funksjonsnedsettelse eller problemer. Den stadfester at man skal jobbe for at brukere kan leve innenfor livets rammer selv om man har en funksjonsnedsettelse eller en sykdom. Denne meldingen tar også for seg at det vil bli flere eldre, og at generasjonen vil leve lenger fordi de har bedre helse og andre ressurser enn tidligere generasjoner. Dette betyr at man må jobbe for å mobilisere disse ressursene slik at eldre kan bli mer selvstendige i eget liv.

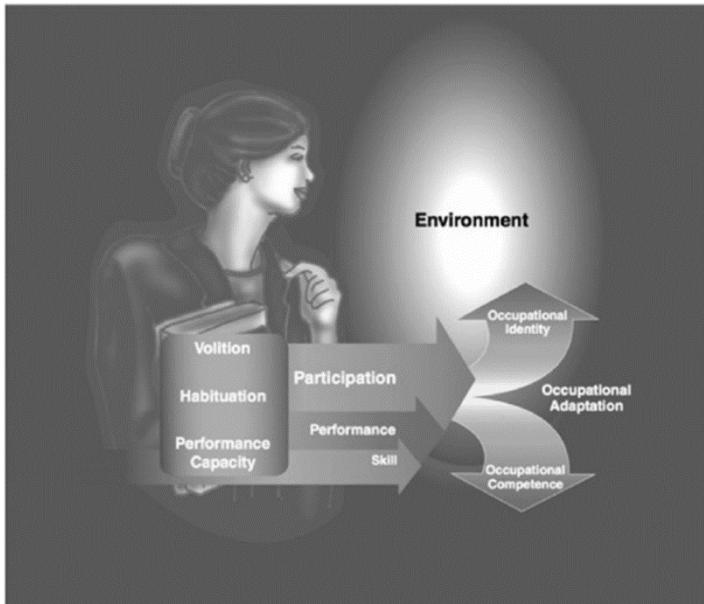
2.2 Modellen for menneskelig aktivitet

En teoribasert ergoterapeutisk modell, som Model of Human Occupation (MOHO), oversatt til norsk som *Modellen for menneskelig aktivitet*, er en velkjent modell i ergoterapifaget. Modellen kan benyttes for å forstå aktivitet i en kontekst hvor mennesket og omgivelsene rundt også spiller en rolle. Videre følger en kort forklaring av modellen.

MOHO-modellen ble utarbeidet av Gary Kielhofner på 1970-tallet (Kielhofner, 2012). Den tar for seg hvordan mennesker deltar i daglige aktiviteter og oppnår en følelse av kompetanse og identitet. Modellen illustrerer ideen om en persons karakteristikk og miljø henger sammen når man engasjerer seg i en aktivitet. Videre illustrerer den at motiver, mønstre av utførelse og evner er opprettholdt og forandret gjennom aktivitetsengasjementet (Forsyth et al., 2014).

Begrepene vilje, vanedannelse og utøvelseskapasitet i MOHO dreier seg om motivasjon, rutiner og evne til å foreta seg noe (Kielhofner, 2012, kap. 2). Disse begrepene finner man på alle de tre nivåene av en aktivitet; aktivitetsdeltagelse, aktivitetsutøvelse og aktivitetsferdigheter (Kielhofner, 2012, s. 115-118). Når et menneske utøver en aktivitet, innebærer det også begrepene identitet, kompetanse og evne til tilpasning (adaptasjon) (Kielhofner, 2012, s. 119-120). MOHO-modellen viser altså at når et individ skal gjennomføre en aktivitet, er dette en kompleks oppgave, hvor mange faktorer spiller inn på aktivitetsutøvelsen. Ved sykdom eller funksjonsnedsettelse viser studier at interessemønsteret

et individ tidligere har hatt, kan endres. Her vil utfordringen bli å finne nye interesser eller nye veier for sine interesser (Kielhofner, 2012, s. 54-55).



Figur 1 Bildet illustrerer MOHO-modellen. Kilde: *Model of Human Occupation*. Kielhofner, 2008, s. 121.

2.3 Occupational Science

Occupational science, som her oversettes til aktivitetsvitenskap, er et annet aktuelt teorigrunnlag for denne oppgaven. Aktivitetsvitenskap blir beskrevet som et felt innen helsevitenskapen, og ikke som et rammeverk eller arbeidsmodell innen ergoterapifaget. Feltet er stadig i utvikling, og det har gjort store steg i retningen mot å bli en veletablert disiplin. Aktivitetsvitenskapen har resultert i blant annet *Journal of Occupational Science*, som er et tidsskrift for vitenskapelige artikler, blant annet om ergoterapi og aktivitet. Begrepet aktivitetsvitenskap er relativt nytt (rundt 30 år), men har mye å bidra med inn i forhold til ergoterapifaget og i andre fag. Vitenskapen gir støtte til det blant annet ergoterapeuter gjør i praksis, forbedrer nåværende tjenester for brukere og utvikler nye tilnæringsmetoder for terapi og forstår mennesker i et aktivitetsperspektiv. (Molineux og Whiteford, 2012, kap. 18).

Individet finnes i alle miljøer eller samfunn, som for eksempel familien, samfunnet og befolkningen generelt. Det vestlige individuelle synet på mennesket har preget aktivitetsvitenskapen, noe som har blitt kritisert for å virke som en barriere for å se på

aktivitet fra flere ulike kulturer. Individet preges av miljøet det befinner seg i, og endrer seg i takt med omgivelsene. Dermed preges også aktivitetsutførelsen. Aktivitetsvitenskap setter fokus på å forstå mennesket som “occupational beings” (aktivitetsvesener) og forholdet mellom aktivitet og helse. Feltet utfordrer ergoterapeuter og andre yrkesprofesjoner til å opprettholde fokuset på aktivitet i intervensjoner i praksis. Nyere felt innen aktivitetsvitenskapen er sosial inkludering og lik rett til aktivitet og deltakelse. Disse nyere retningene kommer som en respons på utviklingen av aktivitetsvitenskapen, og kan virke revolusjonerende innen faget ergoterapipraksis da man må tenke i nye baner (Molineux og Whiteford, 2012, kap.18).

2.4 Occupational Rights

Både den fysiske, psykiske og sosiale utviklingen man får gjennom aktiviteter er en viktig ingrediens for overlevelse. For at ikke bare enkelte skal få dekket sine aktivitetsbehov, er det viktig å se på eksterne faktorer som kan hemme denne aktivitetsdeltagelsen. Konteksten mennesket, aktivitet og omgivelser står sentralt da disse behovene skal dekket, og adaptasjon til både omgivelser og aktivitet blir tatt til etterretning for å muliggjøre occupational rights (Townsend og Wilcock, 2014, kap. 41).

Causey-Upton (2015) sier at det å ha lik rett til aktivitet og deltakelse fremmer at mennesker ønsker og trenger å være engasjert i betydningsfulle aktiviteter som et valg for god helse og økt livskvalitet. Hammell og Iwama (2012) viser til at occupational rights har blitt definert som retten alle mennesker har til å kunne delta i meningsfulle aktiviteter som positivt bidrar til deres velvære.

Like rettigheter til aktivitet og deltakelse for alle, uansett livssituasjon fremhever tre mektige behov; å overleve, å gjøre og å være en del av en sosial gruppe (Townsend og Wilcock, 2014, kap. 41). Fordi deltagelse i aktivitet er helsefremmende, som er grunntanken i ergoterapi, er mangelen på forståelse av lik rett til deltakelse og aktivitet for alle et etisk dilemma som alle, spesielt i helsesektoren, trenger å ta opp. Det er deres ansvar å fremme forståelsen av urettferdighet i aktivitet og å undervise andre med henblikk på å effektivisere en forandring (ibid.). Lik rett til aktivitet og deltakelse, for alle, er viktig for å imøtekomme de grunnleggende behov og ha like muligheter for engasjement i betydningsfulle aktiviteter i hverdagen.

For å oppnå denne rettferdigheten, må det være en etisk og riktig fordeling av ressurser, rettigheter og ansvar med hensyn til hva både enkeltindivider og befolkningsgrupper ønsker, trenger eller er forpliktet til å gjøre innenfor sitt sosiale miljø (Townsend og Wilcock, 2014, kap. 41).

2.5 Tidligere forskning

Etter et litteratursøk i ulike databaser (vedlegg 1), har det kommet frem at det er lite dokumentert forskning som tar for seg occupational rights hos eldre med demens på omsorgssentre. Her vil vi presentere hovedfunnene i forskningen vi har funnet. I en artikkel av Holthe, Thorsen og Josephsson (2007) skrives det om aktivitetsmønstre for mennesker med demens som bor på omsorgssentre, der de har intervjuet brukere om hvordan de oppfatter aktiviteter og viktigheten av disse. Studien viser at det var mangel på initiering og engasjement i aktiviteter. Studien vektlegger at man må være oppmerksom på passivisering på omsorgssenteret samt at det behøves å utvikles strategier for hvordan aktiviteter kan bli en del av hverdagen på omsorgssenter

I en annen artikkel av Harmer og Orrell (2008) har de studert hva som er meningsfulle aktiviteter for mennesker med demens som bor på omsorgssentre, og brukernes, personalets og pårørendes syn på dette. Studien kom frem til at brukerne og personalet hadde forskjellige syn på hva som gjorde en aktivitet meningsfull. For brukerne handlet det om at aktiviteter var basert på verdier og tro som relaterte seg til deres tidligere roller, interesser og rutiner. Personalet så betydningsfulle aktiviteter mer som trening. Studien kom også frem til hvor vesentlig det var at personalet hadde innsyn i den enkeltes bakgrunn, og viktigheten av tilretteleggelse i omgivelsene slik at aktivitetene ble mer tilgjengelige.

I tillegg til artiklene nevnt over, har vi undersøkt artikler som omhandler occupational rights. Her fant vi en artikkel av Townsend og Wilcock (2004) som tar spesielt for seg lik rett til deltakelse og aktivitet for alle, uansett livssituasjon. Den tar opp ideer om at mennesker er aktivitetsorienterte så vel som sosiale vesener, at deres aktivitetsbehov er individuelle og vil variere. Artikkelen tar også opp noen prinsipper om lik rett til deltakelse og aktivitet, som for eksempel at helse er avhengig av deltakelse i helsebyggende aktiviteter og at empowerment er avhengig av tilretteleggelse for valg og kontroll i aktivitetsdeltakelse.

Hammell og Iwama (2012) har skrevet en artikkel som handler om velvære og occupational rights, og hvordan det er viktig for ergoterapi. Den tar opp at ergoterapeuter har utviklet begrepet om at alle skal ha lik rett til deltakelse og aktivitet, som er et konsept som spiller på prinsippene fra menneskerettighetene, likhet, og en tro på verdighet hos alle mennesker. Artikkelen viser også til at en av ergoterapiens kjerneantakelser om at engasjement og deltakelse i aktiviteter påvirker velvære.

I følge Causey-Upton (2015), har eldre som er under langvarig omsorg, redusert autonomi i det daglige. Dette inkluderer også engasjement i fritidsaktiviteter, som fører til forbedret fysisk og psykisk helse, og vedlikeholder identiteten gjennom aktivitetsroller. Studien gjenspeiler en betydelig forskjell i dagens engasjement i aktiviteter. I følge Causey-Upton (2015), er det så få som 48,7 % av eldre som bor på sykehjem, som engasjerer seg i aktiviteter i forhold til 92 % av eldre ellers i befolkningen. Brukere som er bosatt i institusjoner opplever flere former for urettferdigheter i forhold til aktivitet, slik som aktivitetsmessig ubalanse og deprivasjon. Disse urettferdighetene begrenser betydningsfulle aktiviteter og reduserer livskvaliteten.

3.0 Metode

3.1 Kvalitativ metode

For å svare på problemstillingen er kvalitativ metode benyttet. Dette fordi vi ønsker å legge vekt på meninger, erfaringer og opplevelser i vår oppgave. Disse erfaringene lar seg ikke måle eller tallfestes, samtidig som denne metoden er tidsmessig og økonomisk gjennomførbart for vår del grunnet begrensninger i oppgaven (Dalland, 2014, s.114). Den kvalitative fremgangsmåten viser hvordan man kommer frem til et mål, og hvordan man kan redegjøre for valgene man tar underveis. Den inkluderer også hvordan usikkerhet ved denne metoden kan ha påvirket resultatet (ibid.). I denne metoden er det viktig med en god samhandling med informantene, noe som bør tas med i en senere vurdering. (Dalland, 2014, s. 115).

I vårt tilfelle viste valg av metode at den kvalitative metoden var passende, da vi fikk samlet inn god data og mye kunnskap å jobbe videre med. Metoden bygger på å innhente informasjon fra personalet gjennom intervjuer. For å sikre at svarene var representative, ønsket vi en god samhandling med informantene. I prosjektet var det ønskelig å bygge kunnskapen på erfaringer fra informantenes praksis, og hvordan personalet jobbet for en hverdag med aktivitetsdeltakelse både individuelt og i grupper. Gjennom intervjuene kom det frem mange erfaringer fra helsepersonellens syn som oppgaven er bygget videre på. Senere i oppgaven tar vi opp selvkritikk ved metoden, og diskuterer hva som kan ha påvirket resultatene i forhold til den metoden vi benyttet (Dalland, 2014, s. 115).

3.2 Kvalitativt forskningsintervju

I et kvalitativt forskningsintervju er målet å få ny innsikt i informantens hverdag og yrkespraksis (Dalland, s. 163). Vårt mål blir å forstå både mening og innhold i det som blir fortalt oss. Vi ønsket med dette å komme i dybden av vår problemstilling, og det er derfor viktig å få tak i informantens egen beskrivelse i lys av de uttalelsene som blir sagt, ofte med utfyllende spørsmål for å få dekket de svarene vi lurer på. Det er viktig med en god dekkende beskrivelse, da dette gir oss en kvalitetssikring av intervjuet som er viktig å ta med seg videre (Dalland, 2014, kap 9).

Samtidig som informanten skal gi gode og nøyaktige beskrivelser, er det viktig at disse personenes egne fortolkninger kommer fram i ulike hendelser og handlinger. Slik kan vi som intervjuere stille gode spørsmål som gir oss svar på hva som kan være grunnlaget for denne tolkningen.

Et kvalitativt forskningsintervju er hverken standardisert eller veldig strukturert, men fokuserer på det vi ønsker å få svar på. Hvis spørsmålene hadde vært helt ferdigstilt før vi begynte, blir det ofte til at de kommer til å styre samtalen, noe som ikke er ønskelig (Dalland, 2014, kap. 9). Vi må være forsiktige med hvordan vi møter våre informanter da samhandlingen mellom oss er viktig i forhold til utviklingen av intervjuet og den gjensidige påvirkningen vi har på hverandre. Slik kan det bli en lærerik og verdifull opplevelse som begge parter kan dra nytte av.

Vi har valgt å intervju fagfolk, som da blir våre primærkilder. De er eksperter på sitt fagområde og har verdifull kunnskap og erfaring som vi bygger videre på i vår oppgave. Det kan dukke opp noe nytt som ennå ikke er presentert i faglitteraturen enda (Dalland, 2014, s. 164). Spesielt siden litteratursøk har vist at occupational rights er et forholdsvis nytt fagområde.

3.3 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet handler ifølge Dalland (2014) om at alle data skal være pålitelige og nøyaktige. Det er viktig at spørsmål er korrekt oppfattet av informanten, og at svaret er forstått av intervjueren. Her kan det ligge mulige feilkilder da både spørsmål og svar kan bli misoppfattet (Dalland, 2014, s. 120). Før vi begynte intervjuene, la vi vekt på å stille spørsmålene på så lik måte som mulig, inkludert oppfølgingsspørsmål. Vi var oppmerksomme på at transkriberingen av lydopptaket skjedde nøyaktig og ordrett, og uten at meningsinnholdet ble forandret da dette fører til at påliteligheten blir redusert. I diskusjoner innad i gruppa la vi også stor vekt på å få frem innholdet i intervjuene på riktig måte. Gjennomgående i prosessen har vi forsøkt å være bevisst på resultatet slik at det skal bli så reliabelt som mulig.

Validitet betyr gyldighet og relevans (Dalland, 2014, s. 52). Ifølge Brinkmann & Kvale (2015) så kan validering deles opp i forskjellige stadier gjennom hele forskningsprosessen. Blant annet må man forholde seg til troverdigheten til intervjupersonene. Troverdigheten øker etter en grundig utspørring, og får fram meningen i det som ble sagt (ibid.). Direkte

overføring fra det muntlige til det skriftlige øker validiteten, og viktigheten av å få svar på det vi faktisk lurer på og slik være en kvalitetskontroll.

3.4 Intervjuguide, intervju og informanter

Vi sendte ut et informasjonsbrev via e-mail til flere forskjellige kommuner med spørsmål om å bistå i undersøkelsen. Vi fikk svar fra tre av seks omsorgssentre, og intervjuet to personer fra hver plass, altså vi intervjuet to personer hver. Informasjonsbrevet inneholdt en kort introduksjon til temaet vi skulle skrive om og hva vi skal bruke innhentet informasjonen til. I tillegg til dette ble de utvalgte informantene informert om prosjektets innhold før intervjuet startet. Intervjuene ble gjennomført på omsorgssentrene, på passende grupperom som informantene selv valgte ut.

Fire av seks intervjuer ble utført med to av oss i rommet, hvor en hadde hovedansvaret for å stille spørsmålene. Den andre hadde mulighet til å bidra med kommentarer etter intervjueren hadde stilt spørsmålene i intervjuguiden. Informantene ble spurt på forhånd om dette var greit. De to siste intervjuene ble gjennomført av en person, da avstanden til omsorgssenteret gjorde dette enklest.

Intervjuguiden (vedlegg 2) er et dokument som inneholder spørsmål som vi ønsker svar på (Kvale og Brinkmann, 2015, s.162). Vår intervjuguide har vi utarbeidet og forbedret i samspill med vår veileder for å forsikre oss om at den er tydelig og omfattende nok for vårt tema. Dette er en guide vi håpet ville gi oss god informasjon og kunnskap for å kunne svare på den problemstillingen vi har formulert, og som også kan skape rom for at intervjupersonen kan dele fritt av sine erfaringer. Samtidig ønsket vi å ha en viss struktur på intervjuforløpet for å sikre at vi får svar på det vi spør om.

Prinsipper og områder intervjuguiden ble bygget opp på var i hovedsak aktivitet, med vekt på hvordan en vanlig dag så ut fra personalet sin side. Spørsmål om kartlegging, mål og målsetting og pårørende ble inkludert, da vi ønsket å undersøke om dette hadde noe påvirkning på arbeidsmetoder og mulighet for aktivitet. Sosial inkludering og miljø ble også et område i intervjuguiden vår. Vi skrev også opp eventuelle oppfølgingsspørsmål som kunne være aktuelle under hvert hovedspørsmål. Sluttkommentaren ga rom for at informantene kunne reflektere rundt hva de tenker om aktivitet på et omsorgssenter.

Man kan se på et intervju som et samspill mellom intervjueren og den som blir intervjuet, basert på en samtale som har en gitt hensikt. Temaet for intervjuet blir bestemt av oss som intervjuere, og det er også vårt ansvar å kritisk følge opp svarene til den som blir intervjuet. I en slik type forskningsintervju så handler tilnærmingen seg om en varsom spørre-lytte-orientering (Kvale og Brinkmann, 2015, s.22). Et slikt forskningsintervju som vi skal gjennomføre er preget av etiske utfordringer. Dette handler spesielt om den sosiale relasjonen mellom oss som intervjuere og informanten, og at man som intervjuer skaper et rom der informanten kan snakke både trygt og fritt (Kvale og Brinkmann, 2015, s.35).

For vår oppgave valgte vi å intervju 6 informanter totalt. Dette antallet har vi valgt basert på den tiden og de ressursene vi har hatt til rådighet gjennom denne perioden. Antallet baserer seg også på det faktum at forskning har vist at det ofte er en fordel å ha et lavere antall intervjuer, slik at man heller kan bruke tiden på å forberede seg og få analysert grundig. Derfor mener vi at 6 informanter vil gi rikelig med informasjon som vi kan få analysert mer omfattende (Kvale og Brinkmann, 2015, s.148).

Informantene våre har arbeidsplasser med forholdsvis stor geografisk spredning. Noen er plassert i landlige omgivelser, mens andre er i mer urbane strøk. Alle arbeidsplassene er lokalisert i østlige deler av Norge. Informantene har også en spredning i alder og utdanning, og har forskjellig faglig bakgrunn innenfor helse- og omsorgssektoren, slik som blant annet sykepleier, helsefagarbeider, hjelpepleier, aktivitører og ufaglærte. Ingen av informantene var ergoterapeuter da det ikke jobbet ergoterapeuter der, noe vi ble klare over tidlig i prosessen. Vi fikk kun tak i kvinnelige informanter, da helse- og omsorgssektoren er et kvinnedominert yrke, samtidig som det ikke ble fokusert på deltakelse fra begge kjønn ved kontakt med de aktuelle kommunene.

3.5 Transkribering

Det finnes flere muligheter når man skal registrere intervjuene man utfører. Men den mest vanlige, og den vi har valgt å bruke, er lydopptak. Dette er fordi vi som intervjuere da kan fokusere på selve intervjuet og utførelsen av det. Det som også er en fordel ved å bruke lydopptaker er at forskjellige karakteristikker i samtalen blir tatt opp, som eksempelvis stemmeleie, tonefall og pauser. Ved å ha et lydopptak av intervjuet sikres også muligheten til

å kunne høre gjennom intervjuet flere ganger. På denne måten blir oppgaven med transkribering og analysing noe forenklet (Kvale og Brinkmann, 2015, s.205). Ved å transkribere intervjuene, slik at man går fra en muntlig form til en skriftlig form på intervjuet, så er vi i gang med å strukturere samtalene slik at de blir mer velegnet for analysen vi skal gjennomføre. Denne struktureringen bidrar også til å gjøre materialet mer oversiktlig (Kvale og Brinkmann, 2015, s.206).

Gjennom å transkribere intervjuene selv har vi en mulighet til å lære mye om vår egen intervjustil. Men når man jobber med å transkribere noe fra tale til tekst, vil man møte på noen problemstillinger. Spesielt er disse knyttet til det faktum at det er forskjeller i talespråkstil og skriftspråkstil. Vi transkriberte intervjuene på dialekt, men valgte å bruke bokmål videre i oppgaven. Det skal også tas noen valg når man transkriberer, og med tanke på at vi er tre personer som skal jobbe med dette har det vært en viktig forutsetning at vi har fulgt samme prosedyre. (Kvale og Brinkmann, 2015, s.207). Denne har basert seg på at vi har valgt å skrive ut intervjuene ordrett. Det vil si at man har tatt med alle tenkningsord som for eksempel «eh» og «hmm». Vi har også valgt å ta med forskjellige dimensjoner av den muntlige samtalen som eksempelvis dialekt, latter, pauser, konfirmeringer fra intervjuer som «mhm» samt artikulasjons understrekninger som intervjupersonen kommer med (Kvale og Brinkmann, 2015, s.208). Dette har vi gjort for å kunne gi, det vi mener er, en så riktig som mulig gjenskapelse av intervjuet i tekstform.

Det vi ellers har vært særlig observante på er at transkripsjoner kan ses på som reduserte skildringer av det direkte intervjuet. Dette er fordi at ved det direkte intervjuet ble det oppfattet et stemmeleie, kroppsspråk og tempo som man ikke får frem gjennom transkriberingen (Kvale og Brinkmann, 2015, s.205). Gjennom transkriberingen har vi også forholdt oss til de etiske spørsmålene som er relevante. Disse innebærer at vi som intervjuere har et ansvar for å lagre opptakene trygt, og slette disse når de ikke lenger er nødvendige. Samt at vi er klar over den konfidensialiteten som vi har ovenfor intervjupersonen, og som intervjupersonen har overfor sin arbeidsplass (Kvale og Brinkmann, 2015, s.213).

Den totale mengde intervjuetid ble ca. 2 timer og 15 minutter, mens den totale mengde transkribering i antall sider ble ca. 50 sider.

3.6 Kvalitativ innholdsanalyse

For å analysere våre intervjuer basert på en kvalitativ innholdsanalyse har vi fulgt analyseprosessen presentert av Graneheim og Lundman (2004). I denne prosessen har man gjennom analysen hatt fokus på det manifesterte innholdet i teksten, som er de tydelige og klare komponentene, men også hatt som mål å oppnå en latent forståelse for innholdet. Vi har sett på hvilken enhet for analyse vi ønsker å ta i bruk, altså hva vi ønsker å analysere ut i fra. For vår oppgave så vi det mest hensiktsmessig å velge de transkriberte intervjuene.

Vi valgte å dele opp intervjuene, slik at vi hadde ansvar for å transkribere og analysere to hver. Først analyserte vi transkriberingen på egen hånd, før vi møttes og sammenliknet det vi hadde kommet frem til. Med en felles fremgangsmåte hadde vi fått frem fellestrekk vi kunne danne temaer ut ifra. Videre jobbet vi med å finne de best egnede temaene, noe vi diskuterte nøye innad i gruppen. Deretter forfattet vi sammen det vi hadde funnet i resultatet under hvert passende tema.

Etter å ha lest gjennom intervjuene flere ganger kunne det trekkes ut meningsenheter, som er deler av teksten som er relatert til hverandre gjennom innhold eller kontekst (Graneheim og Lundman, 2004). Disse meningsenhetene ble så kondensert ved at man forenklet samtidig som man jobber for å beholde kjernen i teksten. Disse kondenserte meningene kunne vi så abstrahere, og kunne da utarbeide koder, kategorier og temaer. Ved å hente ut deler av teksten på denne måten kan vi mer spesifikt jobbe med innholdsområder som spesielt henviser seg til et bestemt emne i intervjuet. Klassifiseringen til en meningsenhet blir ofte referert til som en kode. En slik kode skal forstås i sammenheng med konteksten, og kan bidra til at man ser materialet i et nytt og annerledes lys (ibid.).

Et kjernetrekk ved en kvalitativ innholdsanalyse er å opprette grundige og gjensidig utelukkende kategorier. Man kan se på kategorier som en samling av innhold som deler fellestrekk. Kategorier skal ikke utelukke noe av dataen som er relevant, men dataen skal heller ikke kunne passe inn i flere forskjellige kategorier. Det er ikke alltid mulig å danne slike utelukkende kategorier når teksten og oppgaven dreier seg om opplevelser. Da er det viktig å ha i bakhodet at en kategori skal svare på spørsmålet om 'hva', og at den skal kunne identifiseres som en sammenhengende tråd gjennom kodene. Begrepet tema kan bety flere ting, men det er en måte man kan formulere det latente innholdet, basert på kategoriene. Et

tema skal gi svar på spørsmålet 'hvordan'. Man kan se på et tema som en tråd av underliggende meninger gjennom kondenserte meningsenheter, koder eller kategorier, på et fortolkende nivå. I motsetning til kategorier så er ikke temaer gjensidig utelukkende, dette er fordi data kan ha flere betydninger. Derfor kan man plassere en kondensert meningsenhet, kode eller kategori inn under ett eller flere temaer (Graneheim og Lundman, 2004).

Gjennom hele prosessen jobber man frem og tilbake mellom hele teksten og deler av teksten. Dette er for at man hele tiden skal kvalitetssikre det vi gjør, og ikke miste meningen i det som hentes ut av de hele tekstene. Et kjennetegn ved bruk av en kvalitativ innholdsanalyse er at fremgangsmåten man bruker i stor grad fokuserer på konteksten og emnet man skriver om. Samt at den understreker forskjeller og likheter ved koder og kategorier man har analysert seg frem til (Graneheim og Lundman, 2004).

For å kvalitetssikre den tidligere forskningen og informasjonen den fremstiller, tok vi i bruk en sjekklister for kvalitativ forskning (Kunnskapssenteret, 2014). Etter å ha bedømt forskningen som valid og reliabel kunne vi gå gjennom resultatene på nytt, da med fokus på de temaene våre resultater produserte, for å finne relevant data. Resultatene i den tidligere forskningen og resultatet av vår analyse ble satt opp mot hverandre for sammenligning. Dette er en sjekklister vi også har til hensikt å bruke gjennom vår egen skriveprosess, for å kunne kvalitetssikre det arbeidet vi gjør. Gjennom innholdsanalysen håper vi å få et innblikk i hvordan informantene erfarer og opplever det å arbeide med demente på omsorgssentre, og hvordan de jobber for å fremme lik rett til deltakelse og aktivitet for alle, uavhengig av sykdom. Vi har et ønske om å få et innblikk i hvordan hverdagen er på slike institusjoner, og hvordan det blir lagt til rette for aktivitet for demente.

3.7 Forskningsetikk

Etiske aspekter er viktig i forskning, og de områdene som er ønsket å belyse i dette tilfellet, er i forhold til intervjuene; planlegging, gjennomføring og rapportering. Ingen må bli påført unødvendige belastninger eller skade. Personvernet må ivaretas og det må sikres troverdighet i forhold til forskningsresultatene (Dalland, 2014, s. 96). Dette har vi vært bevisste på underveis i hele prosjektet. Hensikten med prosjektet vårt er å oppnå ny kunnskap med bedre

innsikt til problemstillingen vår, men skal ikke gå på integriteten til enkeltindividet og dets velferd.

I planleggingsfasen var det viktig å vurdere om belastningen som undersøkelsen har på informantene, oppveier det som kan være fordeler for andre på et senere tidspunkt. Spørsmål som da vil dukke opp er om andre kan dra nytte av ny kunnskap som er kommet frem, eller om de som er involvert i prosjektet ønsker noe tilbake (Dalland, 2014, s. 96).

Oppgavens hensikt er å belyse eldre dementes rettferdige muligheter til aktivitet, slik at våre spørsmål kan gi en mulighet for refleksjon og eventuelt bringe nye perspektiver inn i hverdagen. Slik gir det gjensidig utbytte, ved at vi gjennom vårt prosjekt får ta del i informantenes erfaring og kunnskap gjennom våre spørsmål. De fikk tilbud om å få den ferdige oppgaven som takk for sin imøtekommenhet.

Siden intervjuet vårt dreide seg om samtaler med personell i omsorgssentre, kunne dette gjøres uten brudd på etiske retningslinjer og brudd på personvernet. De snakket om sin yrkeshverdag, og ingen brukere ble nevnt med navn.

Som forskere er vi ifølge Forvaltningsloven § 13 (1977) underlagt taushetsplikt, så alle våre kilder og steder skal anonymiseres.

Vi utarbeidet også et samtykkeskjema som informantene skrev under på. For å strukturere dette så vi til NTNU sin side om samtykke fra forskningsdeltakere i helseforskning. Her står det konkret hva man skal beskrive og opplyse om i skjemaet. Dette baserer seg i hovedsak på at vi skal ha med vår bakgrunn som studenter ved NTNU, vår problemstilling, hva prosjektet går ut på, hva informasjonen skal brukes til samt at det er frivillig å delta, og at man kan trekke seg når som helst (vedlegg 3).

4.0 Resultat

Her vil hovedtrekkene fra intervjuene trekkes frem. Disse er aktivitet og arbeidsmetoder. Dette er temaer vi ønsker å benytte for å belyse både teori og problemstillingen vår.

4.1 Hvordan personalet tilrettelegger for aktivitet

Informantene la vekt på ulike variasjoner av aktivitet i intervjuene som ble gjennomført. Eksempler på aktiviteter faller inn under kategoriene organisert aktivitet, fellesaktiviteter, gruppeaktiviteter, individuelle aktiviteter og selvvalgte aktiviteter.

Et par av informantene beskrev at dagene ble fylt opp av forskjellige aktiviteter og utflukter, og det resulterte i mye glede og erindring da aktivitetene var av den gammeldagse sorten. De kastet på stikka, var på seterbesøk, hentet juletre med hest og slede og arrangerte veteranbiltreff. En informant hevdet at det er lite langtidseffekter på vanlige hverdagslige aktiviteter, noe annet enn velvære, trygghet, forutsigbarhet og en følelse av fellesskap, inkludering og nærvær. Hun fortalte: “Her lever vi i nuet! Vi har ei bra stund her og nå, vi!”.

Personalet generelt på omsorgssentrene hadde mye ansvar for daglig aktivisering av brukerne. Noen hadde trim og avislesing som faste fellesaktiviteter hver dag. I disse aktivitetene prøvde personalet å engasjere brukerne til å delta. En informant sa: “Vi prøver å samle alle som vil da. Er det noen som ikke vil så sier vi bare “komme her”, også har de jo best av å sitte sammen med de andre”.

Individuelle aktiviteter og selvvalgte aktiviteter er avhengig av bemanningskapasitet, ifølge informantene. Flere av omsorgssentrene vi besøkte benyttet frivillige og andre lag og foreninger for å skape individuelt tilpassede aktiviteter for brukerne. “Frivillige, eller aktivitetsvenner, kommer og drikker kaffe og går en tur for eksempel”, sa en av informantene.

Enkelte av informantene la også vekt på det sosiale miljøet som for eksempel måltider. “Vi legger stor vekt på samtaler rundt bordet, at det skal være en god, fin og rolig stemning”, sa en av informantene. Middagen var blitt flyttet fra klokken 13.30 til klokken 15.30, noe som gjorde at måltidene ble mer spredt utover dagen. Dette utgjorde også at det ble mindre uro i

avdelingen, noe personalet mente skyldes at brukerne var sultne til hvert måltid og spiste godt til middag. Dette resulterte i at ingen gikk merkbart ned i vekt, både på godt og vondt.

Informantenes tanker rundt aktivitetene går mye ut på å få være en del av noe større, for eksempel i grupper som reiser ut på turer sammen og felles trim. Men det må her tas hensyn til at disse brukerne har relativt nedsatt funksjonsevne da de kommer inn på avdelingen, og brukervedvirkningen er ofte i form av nære pårørende hvis sykdommen er langt fremskreden, ifølge våre informanter.

5.2 Personalets arbeidsmetoder på avdelingen

Kartlegging og utarbeiding av individuelle tiltaksplaner blir gjort for å kunne sette opp mål som personalet i samarbeid med bruker skal arbeide mot, men også for å ha en veileder for hvordan de skal gå frem i for eksempel stell-situasjoner. Tiltaksplaner og veiledende dokumenter ble i utgangspunktet utarbeidet av personalet, som også hadde hovedansvar for å følge de opp i samarbeid med brukerne. Ingen av informantene sa noe om at de var spesielt opptatt av å sette mål eller arbeide mot mål som er bestemt i samarbeid med bruker.

I intervjuene kom det frem hvor viktig det er å ha lik arbeidsmetode, der bakgrunnsopplysningene må leses og brukes flittig. “Vi streber etter å jobbe likt slik at det blir trygt og forutsigbart for pasientene”, sa en av informantene. Det å følge rutiner for å skape mer ro og forutsigbarhet hos den enkelte og i avdelingen, samtidig som en møter brukerne på deres eget ståsted, har god tid, viser respekt og uttrykker seg klart og tydelig, var viktig for informantene. Det gir trygghet individuelt, og skaper en større forståelse og tilfredshet blant brukerne.

Sosial inkludering i miljøet kunne bidra til å skape en mestringsfølelse hos brukeren, som tidvis kunne speile seg positivt i atferden ved for eksempel mindre uro. Som en av informantene fortalte: “... ettersom om det er urolig på avdelingen, for det er noen slike vandrere, og det ofte smitter på demensavdeling. Og dette er jo en skjermet enhet så vi prøver jo å skjerme slik at det ikke blir slik dominoeffekt”. Ved å få brukere på tomannshånd kunne man enklere skape de “gode og fine øyeblikkene”, ifølge en av informantene. Hun forteller

videre: “Det er enklere på tomannshånd, vi kan ha det kjempemorsomt med ordtak og sånn i fellesskap, men når de blir alene forteller de mest mulig.”

I følge informantene er egenmestring av del-aktiviteter en viktig del av brukernes hverdag, men mange funksjoner er kommet på et nivå som gjør at brukerne ikke mestrer de samme aktivitetene som før. Da er det viktig å bistå brukeren ut fra mestringsevne og behov. En av informantene kommenterte at “hvis du vet at han kan vaske ansiktet sitt selv da gir du han vaskekluten og vasker ikke ansiktet hans for han, så da kan han gjøre det selv. Klarer han å gå noen skritt så går vi de skrittene i stedet for å kjøre rullestol de skrittene”.

Det kom frem i intervjuene at pårørendes inkludering er en viktig ressurs for å fremme god kommunikasjon og intervensjoner med brukerne. I form av bakgrunnsopplysninger, som ga viktig informasjon for å ivareta brukerne i hverdagen, ga det også pårørende følelse av inkludering, delaktighet og ivaretagelse. En av informantene sa følgende:

“Personopplysninger blir veldig essensielle når vi skal finne miljøbehandling som kan være egnet.” Pårørende føler seg både ivaretatt og sett, og pårørendesamtaler gir en god dialog og nær kontakt for videre samarbeid til nytte både for bruker, pårørende og ikke minst helsepersonellet som jobber med de demente, sa flere av informantene.

5.0 Diskusjon

Hensikten og formålet med dette prosjektet var å få ny og bedre kunnskap om eldre demente på omsorgssentre får samme rett til aktivitet og deltakelse. Videre vil vi reflektere rundt dette temaet, funnene i resultatdelen samt knytte det opp mot problemstillingen og teori. En oppsummering av diskusjonen og analyse av metode, resultat, intervju og intervjuguide finner man mot slutten i dette kapitlet.

5.1 Hvordan personalet tilrettelegger for aktivitet

Vår undersøkelse viste at informantene var veldig opptatt av å fylle hverdagen til brukerne med gode opplevelser og aktiviteter. Dette ga ringvirkninger og resulterte i blant annet mindre uro, samtidig som det ga en følelse av inkludering og samhold. I artikkelen skrevet av Harmer og Orrell (2008) legger de vekt på at personalet på avdelingen har kjennskap til forhistorien til brukerne for å kunne tilrettelegge aktiviteter og omgivelser tilpasset hver enkelt bruker. Her kan man se en sammenheng mellom funnene i undersøkelsen og tidligere forskning, da personalet uttrykker viktighet av aktivitet begge plasser.

Gjennom studien til Harmer og Orrell (2008) kommer det frem at personell og brukere har noe forskjellig syn på aktiviteter og hva som gjør de aktivitetene betydningsfulle. Personalet legger mer vekt på organiserte aktiviteter som viktige, noe som også kommer frem gjennom våre analyser av intervjuene. Organisert aktivitet er i stor grad det som nevnes når vi spør om hvilke aktiviteter brukerne kan utføre. Når man tok for seg individuelle aktiviteter var synet i tidligere forskning (ibid.) at personalet la mer vekt på trening som en viktig aktivitet. Dette var ikke noe brukerne vektla, bortsett fra at det var en del av det å gå en tur. Gjennom denne artikkelen kommer det tydelig frem at personalet ikke nødvendigvis har de samme meningene om aktivitet og betydningen av disse, og at det derfor er spesielt viktig å kommunisere med brukerne om hva de ønsker å gjøre. Dette er perspektiver som våre informanter også beskriver, som vist i resultatet.

Det ble understreket av informantene at brukernes vaner og rutiner i aktivitetsutførelsen er viktige for en mest mulig trygg og forutsigbar hverdag. I MOHO-modellen illustreres det at aktivitet bygger på blant annet vaner (Kielhofner, 2012, s. 30). Det er muligens enklere for et menneske å engasjere seg i en aktivitet, dersom aktiviteten er kjent for personen fra før

(Forsyth et al., 2014). Hvis personalet støtter brukeren i å gjennomføre kjente daglige aktiviteter, kan brukeren få en positiv opplevelse av aktiviteten og ønske å gjenta den (ibid.). Slike aktiviteter kan eksempelvis være 'helt vanlige' hverdagsaktiviteter, som å pusse tenner eller kle på seg.

Gjennom en studie utført av Edvardsson et al. (2014) indikerer de at brukere som deltar i hverdagsaktiviteter vil ha en høyere livskvalitet enn de som ikke deltar i slike aktiviteter. Dette kan innebære å lage kaffe, dekke på og rydde av bordene eller bare gå en tur utendørs. Det studien legger vekt på er det faktum at personalet må sørge for å tilrettelegge og legge opp aktivitetene basert på den enkelte brukers nivå, og at det er en aktivitet som brukeren har hatt glede av gjennom hele livet.

Aktivitetsengasjement kan føre til økt mentalt velvære, vedlikehold av kognitive evner, bygging av tilfredsstillende sosiale relasjoner og bedre identitetsfølelse (Causey-Upton, 2015). Dette kan sammenlignes med vårt prosjekt da det ble det nevnt hvor mye trivsel betydde grunnet implementering av aktiviteter.

På sikt fører demens til at det blir vanskeligere for den enkelte å ivareta egne interesser og grunnleggende behov (Regjeringen, 2015, s.18). Dette fører til en sårbarhet blant de demente, og derfor er det personalets oppgave at rettighetene, vanene og rutineene deres blir beskyttet av gode systemer som bruken av bakgrunnsopplysninger gir (ibid.). Kielhofner (2012, s. 54-55) støtter også påstanden om at sykdom eller funksjonsnedsettelse kan forhindre et individ i å gjennomføre en aktivitet på samme måte som tidligere.

Dette er aspekter man kan se igjen i en studie gjennomført av Holte, Thorsen og Josephsson (2007), som har fokusert på hvilke aktivitetsmønstre man kan se hos demente som bor på omsorgssentre. De kommer frem til at de demente er avhengig av at personalet initierer til aktivitet og spør om de ønsker å gjøre noe. Det er personalet som oftest bestemmer hva som skal skje, og når man skal gjøre noe. Vi ser gjennom våre intervjuer at personalet legger grunnlaget for hvilke aktiviteter brukerne kan velge mellom, men det forsikrer ikke at man kan velge mellom alle mulige aktiviteter. Dette kan være et paradoks da informantene også forteller at brukerne kan bli mer forvirret av å ha for mange valgalternativer.

I Holthe, Thorsen og Josephsson (2007) sin studie kan man spesielt se at brukerne ble som gjester på omsorgssenteret, mens personalet ble verter som serverte mat, sosialiserte dem, initierte til gruppeaktiviteter og hadde autoritet til å bestemme hva man skal gjøre og når de skal gjøre det. Dette kan ha sammenheng med at demente kan ha vansker med å ta initiativ til å starte aktiviteter, og ofte trenger at personalet kommer med alternativer. Noe våre informanter også legger vekt på og kommenterer, da det sies at brukerne ofte er kommet langt i sin demenssykdom når de kommer til omsorgssentrene. Det at personalet legger til rette og bestemmer hvilke aktiviteter brukerne kan delta i er et faktum som også kommer frem gjennom våre intervjuer. Funnene våre kan da virke motstridende med andre funn i litteraturen, som viser at autonomi og valg av hverdagsaktiviteter kan bidra til økt livskvalitet og trivsel for brukerne. Økt velvære og bedre evne til å tilpasse seg er også nevnt som faktorer for å oppnå følelsen av personlig identitet (Causey-Upton, 2015).

Causey- Upton (2015) hevder også at kontinuitetsteorien er viktig da den foreslår at brukere streber etter å opprettholde sin tidligere tro, sine interesser og sin adferd (vaner og rutiner) fra tidligere år, men med akseptable tilpasninger ut fra aldringsprosess og funksjon. Dette viser seg også i vårt prosjekt hvor viktig det er med bakgrunnsopplysninger fra tidligere år om interesser, tro, vaner og rutiner. Effekten på livskvaliteten vil ikke være så stor uten implementeringen av kontinuitetsteorien i tillegg. Kontinuitet av aktivitetsroller og mønstre, kan gi brukere et stabilt selvbylde selv om de bor på institusjon, og personer med demens kan til tider ha vanskelig for å uttrykke seg. Derfor er det viktig å få avdekket interesser gjennom kommunikasjon med helsepersonell og nære pårørende. Individuell støtte til den enkelte kreves for å oppnå lik rett til aktivitet og deltakelse for alle grunnet varierende funksjon (ibid.).

En av informantene nevnte tilrettelegging av omgivelser som en gjennomgående viktig faktor for god aktivitetsutførelse, kanskje spesielt for mennesker med demens. Samme informant synes det var viktig å få fram at langtidseffektene ved gode opplevelser og aktiviteter var få, men at følelsen av velvære akkurat her og nå også var av viktighet med tanke på glede i nuet. I studien til Hammell og Iwama (2012) kan man se at begrepet occupational rights bygger på at mennesker skal ha en rett til å kunne delta i betydningsfulle aktiviteter som positivt bidrar til deres eget velvære. I MOHO-modellen finner man også grunnlag for å kunne si at omgivelser byr på potensielle muligheter og ressurser, men også krav og begrensninger (Kielhofner, 2012, s. 32).

Gjennom studien til Hammell og Iwama (2012) kommer det også frem at man som helsepersonell må være bevisst på det maktforholdet som finnes mellom personell og bruker. Dette bygger særlig på det faktum at man ofte kan bruke metoder som kun gagnar seg selv som personell, mens man overser eller ignorerer perspektivet til brukeren. Her er det noen kontraster til det resultatet vi har fått, spesielt med tanke på maktbalansen. Våre informanter la mer vekt på det faktum at demente ikke nødvendigvis alltid har godt av å kunne ha like rettigheter som alle andre. Med dette menes at det kunne gjøre mer skade enn nytte å få bli med på det man ønsket. Her har da personalet tatt et valg på vegne av brukeren om hva de kan velge å få delta i. Dette blir gjort i beste mening, men er motstridende til hva spesielt studien til Hammell og Iwama (2012) fremmer som syn på occupational rights. Her har vi gjennom intervjuene erfart at det er en balansegang mellom hva man kan se på som 'rett og galt'. Da informantene påpeker at det ikke alltid er gitt at en person kun har godt av å kunne velge aktiviteter fritt selv, siden det ikke er sikkert at personen mestrer denne aktiviteten lenger.

Aktivitetsutførelsen preges av miljøet individet befinner seg i (Molineux og Whiteford, 2012, s. 248). Med andre ord skjer det stadig en endring i utførelsen, da miljøet rundt også stadig er i endring. Noen av omsorgssentrene som er inkludert i denne oppgaven har flyttet middagen fra klokken 13.30 til klokken 15.30. I følge flere av våre informanter hadde dette en positiv innvirkning på brukerne, da de fikk økt matlyst og spiste mer ved hvert måltid. Det ble også roligere på avdelingen, noe flere av informantene beskrev som en positiv faktor i et slikt miljø. Her ser man at omgivelsene i miljøet rundt et individ kan ha en påvirkning på aktivitetsutførelsen.

5.2 Personalets arbeidsmetoder på avdelingen

Informantene vektla like arbeidsmetoder for å skape et trygt og forutsigbart miljø for brukerne. Ofte har de som kommer til avdelingen så dårlig allmenntilstand at de krever stadig mer tilrettelegging og tilpassing i hverdagen, ifølge en informant. Dette kan bygge på det faktum at regjeringen ønsker at flere eldre skal bo lenger hjemme, og blir dermed dårligere når de først kommer i kontakt med en type institusjon (Meld. St. 29 (2012-2013)). Denne teorien er noe som kan komplisere personalets arbeidsmetoder, da det kan bli vanskeligere å kartlegge brukere med langtkommende demens, noe våre informanter ga uttrykk for.

For at brukeren skal ha en mest mulig forutsigbar hverdag, strebet personalet etter å jobbe mest mulig likt og systematisk. For å få til dette benyttet de tiltaksplaner og samarbeid for å tilrettelegge individuelt etter brukernes behov. Harmer og Orrell (2008) kom i sin studie frem til at det var en forskjell i synet på hva som er meningsfulle aktiviteter, sett fra bruker, personell og pårørende sitt perspektiv. God kommunikasjon og samhandling mellom disse tre kan derfor påvirke og bli viktige for å skape gode øyeblikk for brukerne, noe våre informanter også sa.

På spørsmål om personalet arbeidet med mål eller målsettinger for brukerne, kom det frem at de fleste satte mål for brukeren, uten at brukerne ble inkludert i dette arbeidet. Noen brukere hadde et mål om å gå tur i løpet av dagen, noe som ble personalet sin oppgave å følge opp. Aktivitetsvitenskapen legger vekt på individuelle behov i ulike kontekster, og forstår mennesket som “occupational beings” (Molineux og Whiteford, 2012, kap. 18). I studien utført av Townsend og Wilcock (2004) legges det også vekt på det faktum at mennesker er aktivitetsorienterte vesener, og at behovene for aktivitet vil variere mellom brukerne. Likevel så skal man se aktiviteter som en måte brukerne kan uttrykke empowerment og autonomi, valg og kontroll over sin hverdag. Dette understreker viktigheten av at personalet tar seg tid til å gjennomføre aktiviteter som den enkelte brukeren ønsker å gjøre. Gjennom vår analyse kom det frem at personalet var gjennomgående opptatt av å legge til rette for at brukerne skal kunne gjøre det de klarer og ønsker selv. Dette bygger på å gi de lik rett til å kunne utføre daglige aktiviteter, som er med på støtte de demente i å oppnå occupational rights. Igjen skaper dette en mestringsfølelse hos brukerne og sørger for at de kan oppleve å ha kontroll over hverdagen. Det er likevel noen innskrenkninger når det kommer til hvilke aktiviteter brukerne kan velge å delta i, da personalet ser an hvem som kan tåle eller orke å være med på en gitt aktivitet.

Tidligere forskning gjort av Townsend og Wilcock (2004) støtter påstanden om at det er viktig å sette brukeren i fokus. De støtter også opp under viktigheten av at ergoterapeuter skal jobbe for å fremme sosial inkludering, ved å jobbe med metoder som setter fokus på brukerens beslutningstaking angående deres deltakelse i aktiviteter. De legger vekt på at man som ergoterapeut jobber for de som er utsatt for urettferdighet grunnet eksempelvis sykdom, høy alder eller andre omstendigheter. Dette er noe som ikke bare ergoterapeuter burde jobbe for, men kan gjerne omhandle alle yrkesgrupper. Dette er et aspekt som ikke kommer like

godt frem i våre resultater da vi ikke har intervjuet ergoterapeuter. Det å tilrettelegge for at alle skal kunne ha de samme mulighetene er et krevende arbeid. Våre informanter vektlegger spesielt at det ikke alltid er mulig å skape like muligheter grunnet lav bemanning, eller generelt sett uenighet i forståelsen av begrepet occupational rights. Likevel har vi fått et innblikk i at personalet ønsker å jobbe med brukeren i fokus, men at det tidvis kan være utfordrende da de demente ofte kan ha vansker med å svare for seg og man må spørre pårørende.

Pårørende blir, som tidligere nevnt, en viktig del av brukernes hverdag. Det er de som kjenner brukeren best, og som vet hva de har hatt interesse for å drive med før sykdommen inntraff. Likevel så er det ikke gitt at de vet hva brukeren faktisk ser på som betydningsfulle aktiviteter nå. Dette kommer frem gjennom studien utført av Harmer og Orrell (2008) hvor det vises til forskjeller i hva brukeren og pårørende ser på som betydningsfulle aktiviteter for brukeren. De viser til at pårørende ofte syntes at aktiviteter som opprettholdt det fysiske nivået til brukeren er betydningsfulle. Det kommer også frem at de pårørende er opptatte av at aktivitetene skal ha en sammenheng med brukerens tidligere roller og rutiner. Dette er et faktum som også kommer frem gjennom våre resultater, da informantene legger vekt på at pårørende ofte nevner aktiviteter som brukeren tidligere har engasjert seg i. Likevel ser vi også gjennom våre intervjuer at brukerne ikke nødvendigvis ønsker å bedrive disse aktivitetene lenger, og har andre aktiviteter de finner mer betydningsfulle. Dette understreker informantenes kommentarer om at man også skal spørre brukeren selv om hva de ønsker å gjøre, uansett hvor langt vedkommende er kommet i sin demenssykdom.

I sin artikkel trekker Causey-Upton (2015) frem at helsepersonell har en etisk forpliktelse for å fremme tilgangen for muliggjørelse av aktiviteter ved å identifisere brukernes interesser, og for å fjerne fysiske og sosiale barrierer som hindrer utførelsen. Våre resultater peker på hvor viktig det er med bakgrunnsopplysninger for å finne interesser og vaner fra tidligere liv som helsepersonell kan bygge videre på og koble det opp mot aktivitetsengasjement og utførelse. Eksempler på elementer som personalet kan bygge videre på i sin miljøbehandling av brukerne omhandler interesser, vaner og rutiner. Dette gjengis i MOHO-modellen (Kielhofner, 2012, kap. 2) ved at aktivitetsengasjementet er nært knyttet til personens tidligere interesser, vaner og rutiner i livet. Begrepet vanedannelse omhandler hvordan mennesker er motivert og velger hvilke aktiviteter de ønsker å gjennomføre (Kielhofner, 2012, s. 30).

Dermed blir bakgrunnsopplysningene fra blant annet pårørende, men også brukeren selv, betydningsfulle for å skape trygge omgivelser med gode behandlingsmetoder (Forsyth et al., 2014).

Informantene snakket om «dominoeffekt» i avdelingen, ved at uro ofte skapte mer uro. Ved å anerkjenne de sosiale og fysiske omgivelsene rundt brukerne, kan personalet fremme aktivitet og skape et godt miljø hvor aktivitetsengasjementet kan bidra til positiv atferd. I følge Causey- Upton (2015) sier Hammell & Iwama (2012), at samhandlingen mellom miljø og aktivitet er en betydningsfull faktor som støtter eller hindrer aktivitetsutførelse. Det er også påpekt i vårt prosjekt hvor viktig det er at miljøet rundt brukeren med blant annet helsepersonell, er tålmodige og opptrer på en rolig og respektfull måte.

5.3 Oppsummering av diskusjon

For å oppsummere denne diskusjonen kan man si at man ser fellestrekk til teorien og funnene i denne oppgaven. Under temaet *hvordan personalet tilrettelegger for aktivitet* kommer det frem at det er viktig å være kjent med forhistorien til brukeren for å kunne yte gode helsetjenester. Studier viser at personalet og bruker har forskjellig syn på aktivitet, noe som er viktig å ta med inn i intervensjonene. Å ta hensyn til brukerens tidligere vaner og rutiner i aktivitetsutførelsen kan bidra til en trygg og forutsigbar hverdag for brukeren. Denne utførelsen preges av miljøet, noe det også bør tas hensyn til. Tidligere studier viser at begrepet Occupational Rights bygger på retten til å delta i meningsfulle aktiviteter. Dette kommer i kontrast til funnene i resultatet, da noen av informantene sa at demente eldre ikke alltid har godt av å ha like rettigheter som andre når det kommer til aktivitet. Forskningen viser også at det ofte er personalet som initierer til aktivitet.

Temaet *personalets arbeidsmetoder på avdelingen* trekker frem ulike faktorer i arbeidshverdagen til personalet. Å skape et trygt og forutsigbart miljø ved å arbeide på mest mulig lik måte, er noe personalet på avdelingene streber etter. En forutsigbar hverdag innebærer også å arbeide systematisk, gjerne ved å følge tiltaksplaner som retningslinjer for intervensjonene. De fleste av informantene bruke ikke aktivt målarbeid, men satte opp mål for brukeren i løpet av dagen som personalet hadde som oppgave å følge opp. Personalet legger til rette for at brukeren skal prøve først på egenhånd. Det kommer også frem her at pårørende

har en grunnleggende rolle i brukerens liv, og bidrar med mye kunnskap til personalet. God kommunikasjon med gjensidig respekt og interesse er noe som kan bidra til gode helsetjenester. I tillegg trekkes MOHO-modellen inn for å underbygge at personalet benytter interesser, vaner og rutiner i sin miljøbehandling (Kielhofner, 2012, kap. 2). Å tilrettelegge for like rettigheter for alle er krevende arbeid, spesielt med lav bemanning, som noen av våre informanter sa.

5.4 Analyse av metode

Som nevnt i metodekapittelet var det ønskelig å benytte kvalitativ metode, da man så denne som mest relevant for oppgaven. Metoden har vært en veiviser for å komme frem til det resultatet som var ønskelig i oppstarten av dette prosjektet (Dalland, 2014, s. 112). Gjennom denne metoden fikk man undersøkt det som var planlagt å undersøkes, og metodens fremgangsmåte ser man på som ryddig og strukturert.

Styrker ved denne metoden inkluderer at man ved bruk av intervju av helsepersonell fikk frem de subjektive opplevelsene om hvordan hverdagen til eldre med demens og deres muligheter til aktivitet fortonet seg (Dalland, 2014, s. 115). Med egne ord fortalte informantene om sin hverdag, og delte erfaringer med grundige og utfyllende svar. Spredningen i den faglige bakgrunnen til informantene mener vi bidrar til å øke troverdigheten til informantene, da vi gjennom intervjuene får forskjellige svar og synspunkter på aktivitet og occupational rights. Dette mener vi gir et mer sammensatt og nyansert bilde av hvordan det er på omsorgssentre, da det er flere yrkesgrupper som jobber i forhold til aktivitet for de demente. Det gir også økt troverdighet ved at informantene ga et større innblikk i sin arbeidshverdag ved å fortelle detaljert om sitt arbeid fra sitt ståsted. Med den kvalitative metoden kan man stille åpne spørsmål med tilleggsspørsmål. Svarene man får blir da utdypende og gir et mer riktig bilde av virkeligheten, enn ved å stille mer ledende spørsmål (Dalland, 2014, s. 167).

Svakheter ved denne metoden inkluderer at den gir rom for tolkninger fra både forskernes og informantens side (Dalland, 2014, s. 161). Prosjektet blir i mindre grad generaliserende, da resultatene kan bli vanskelig å overføre til å gjelde alle omsorgssentre, da kun et utvalg av disse omsorgssentrene i Norge er inkludert (Dalland, 2014, s. 146). Dette vil også kunne

påvirke troverdigheten til resultatet, da informasjon hentet fra flere og videre geografisk spredte omsorgssentre ville gi et enda mer riktig syn på problemstillingen.

Ved å benytte den kvalitative innholdsanalysen i arbeid med å trekke ut essensen av intervjuene, ga det et oversiktlig innblikk i resultatene av intervjuene. I arbeidet med å analysere innholdet med denne metoden kunne man velge ut relevant data på en grundig måte. Det ble også enklere for å sammenligne og sammenkoble kategorier i resultatdelen, da ulike informanter sa det samme, men på forskjellig måte (Graneheim og Lundman, 2004). Etter å ha diskutert styrker og svakheter ved den kvalitative innholdsanalysen, kommer det frem at denne metoden er en god fremgangsmåte for å få frem erfaringer og opplevelser i intervjuene. Det er også en systematisk og strukturert måte å få organisert dataen på, uten at man mister essensen i tekstene man analyserer ut ifra.

5.5 Analyse av resultat, intervju og intervjuguide

I flere av intervjuene blir det belyst forskjellige perspektiver på aktivitet og deltakelse ut fra hvilken utdanning fagpersonalet har. Variasjon i bakgrunn hos informantene kan ansees som en styrke for oppgaven, da flere forskjellige faggrupper faktisk er representert på omsorgssentre i Norge. Som beskrevet i metoden fikk informantene en kort introduksjon til temaet før intervjuet startet. Dette viste seg å innebære at noen av informantene fokuserte på aktiviteter som det å være med ut på noe, mens det faktisk ikke er tenkt på at aktivitet også kan være egenomsorg i form av morgenstell og det å kle på seg selv. I ettertid ser man at man kunne brukt mer tid på å introdusere aktivitetsbegrepet, men at dette også kunne påvirket svarene og påliteligheten til informantene.

Med lik intervjuguide til alle informantene, ga det fordeler ved et forenklet analysearbeid med å finne fellestrekk i analysen. Tre intervjuere tolket og analyserte dataene. Dette ga en bredde i forståelsen ved at man fikk forskjellige synsvinkler på resultatet. Det bidro også til mange gode og faglige diskusjoner og etiske spørsmål rundt fremgangsmåte og resultat av intervjuene. Ved at informantene i oppgaven ikke fikk spørsmålene på forhånd, bidro til spontane, og ikke grundig gjennomtenkte svar, noe forfatterne ser på som en fordel.

I ettertid kunne svarene av intervjuene fortonet seg annerledes med en annen framgangsmåte. Man kunne kjørt et prøveintervju med testpersoner før man gjennomførte selve intervjuene. Dette kunne trygget de som intervjuet informantene i sin posisjon, samtidig som det kunne

bidratt til å skape forvirring og usikkerhet hos forfatterne av intervjuguiden. Dersom man likevel hadde gjennomført slike testintervjuer, kunne man fått en pekepinn på hva som kunne vært endret på for å få andre svar. Likevel føles svarene som varierte, og gir et godt innblikk i hvordan personalet arbeider for å tilrettelegge for aktivitet i hverdagen til demente.

Siden vi ikke har gått gjennom en slik prosess med forskning og undersøkelser før, hadde både vi og informantene en førforståelse av hva begrepet aktivitet inneholder. Ut i fra denne forskningen kan man tolke det slik at vårt syn som intervjuere, er ulikt det synet informantene hadde på begrepet aktivitet. Dette kom frem ved blant annet at informantene trakk frem fellesaktiviteter som trim, tur og sosiale sammenkomster (organiserte gruppeaktiviteter) som viktige aktiviteter i de dementes hverdag på avdelingene. Det anbefales at liknende studier i fremtiden er mer bevisste over begrepet aktivitet, og at det kan tolkes ulikt mellom ulike profesjoner.

6.0 Konklusjon

Spørsmålet som vi ønsket å besvare i denne oppgaven handlet om hvordan personalet arbeider for å fremme occupational rights hos eldre med demens. Resultatene våre viser at de jobber systematisk med å tilrettelegge for aktivitet og sosial trivsel i avdelingene. Dette innebærer blant annet utdypende kunnskap om brukernes tidligere interesser og tett samarbeid med pårørende.

Ved å sammenlikne litteratur med våre resultater, ser man at ergoterapeuter har et unikt syn på aktivitet i hverdagen. Informantene våre hadde også forskjellig syn på begrepet aktivitet, da de også hadde ulik faglig bakgrunn. Dette viser at det er mange faktorer som spiller inn på hvordan occupational rights blir fremmet hos eldre med demens på omsorgssentre.

Utdypende studier kreves for å støtte resultatene som kom frem i denne oppgaven.

7.0 Referanseliste

Causey-Upton, R. (2015) A Model for Quality of Life: Occupational Justice and Leisure Continuity for Nursing Home Residents, *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 33(3), s. 175-188. doi: 10.3109/02703181.2015.1024301

Dalland, O. (2014) *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. og Sandman, P-O. (2014) 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

Fangen, K. (2015) *Kvalitativ metode* [online] URL:

<https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Metoder-og-tilnarminger/Kvalitativ-metode/>

(Hentet 05.02.17)

Forsyth, K., Taylor, R. R., Kramer, J. M., Prior, S., Richie, L., Whitehead, J., Owen, C. og Melton, J. (2014) The Model of Human Occupation, i Schell, B. A. B., Gillen, G., Scaffa, M. E. og Cohn, E. S. (red) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams &Wilkins, s. 505-525

Forvaltningsloven (1977) *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker*. Tilgjengelig fra:

https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10#KAPITTEL_1 (Hentet 20.04.2017).

Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24(2), s.105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Hammell, K. R. W. og Iwama, M. K. (2012) Well-being and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19 (5), s. 385-394. doi: 10.3109/11038128.2011.611821

Harmer, B. J. og Orrell, M. I. (2008) What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(5), s. 548-558. doi: 10.1080/13607860802343019

Helsedirektoratet (2015) *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifiseringen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Oslo: Helsedirektoratet.

Holthe, T., Thorsen, K., og Josephsson, S. (2007) Occupational patterns of people with dementia in residential care: an ethnographic study, *Aging & Mental Health*, 14(2), s. 96-107. doi: [10.1080/11038120600963796](https://doi.org/10.1080/11038120600963796)

Kielhofner, G. (2012) *MOHO Modellen for menneskelig aktivitet 2*. utg. København: Munksgaard

Kunnskapssenteret for helsetjenesten (2014) *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning* [online] URL: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler> (Hentet 16.01.17)

Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015) *Det Kvalitative Forskningsintervju*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk

Meld. St. 29 (2012-2013) (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Molineux, M. og Whiteford, G. E. (2012) Occupational science: genesis, evolution and future contribution, i Duncan, E. A. S. (red.) *Foundations for Practice in Occupational Therapy*. 5. utg. Elsevier Health Science, s. 243-253

Regjeringen (2015) *Demensplan 2020*. URL: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf (Hentet: 30.01.17)

Tande Bjerkaas, K-E. (2012) *Eldres helse; spesialkompetanser for ergoterapeuter*.

Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Eldres-helse> (Hentet 13.03.17)

Townsend, E.A. og Wilcock. A.A. (2014) Occupational Justice, i Schell, B.A.B., Gillen, G., Scaffa, M. E. og Cohn, E. S. (red) *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12. utg. Baltimore: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, s. 541-552.

Townsend, E. og Wilcock A. A. (2004) Occupational justice and client-centred practice: A dialogue in progress, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71 (2), s. 75-87. doi: 10.1177/000841740407100203

Tuntland, H. og Ness, N. E. (red.) (2014) *Hverdagsrehabilitering*. 1. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vik, K. (2015) *Mens vi venter på eldrebølgen, Fra eldreomsorg til aktivitet og deltagelse*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag.

Wæhrens, E. E., Winkel, A. og Jørgensen, H. S. (red.) (2015) *Neurologi og neurorehabilitering*. 2. utgave. København: Munksgaard.

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1. Søkedokumentasjon

Datoen representerer siste gangen vi undersøkte tilgjengelighet på artiklene.

Dato	Søkeord	Database	Antall treff	Resultat
02.05.17	Occupational pattern, dementia	CINAHL	1	Holthe, Thorsen og Josephsson (2007)
02.05.17	Occupational rights	MEDLINE	19	Townsend og Wilcock (2004)
02.05.17	Occupational rights	MEDLINE	19	Hammell og Iwama (2012)
02.05.17	A Model for Quality of Life: Occupational Justice and Leisure Continuity for Nursing Home Residents	CINAHL	2	Causey-Upton, (2015)
02.05.17	Meaningful activity, care homes, people with dementia	PubMed	11	Harmer og Orrell (2008)
02.05.17	Everyday activity and care homes	PubMed	12	Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist og Sandman (2014)
02.05.17	Graneheim og Lundman, qualitative content analysis	PubMed	1	Graneheim og Lundman (2004)

8.2 Vedlegg 2. Intervjuguide

Innledning:

Takk for at du stiller opp til intervju!

Vi er ergoterapiststudenter ved NTNU i Gjøvik, som jobber med å skrive en bacheloroppgave om aktivitet hos eldre med demens. Ergoterapeuter jobber med å tilrettelegge for aktivitet for mennesker i alle livssituasjoner. Bacheloroppgaven vår skal handle om hvordan personalet på sykehjem arbeider med å fremme aktivitet hos brukere. Aktivitet vil si alt et menneske foretar seg i løpet av en dag, fra man står opp til man legger seg.

Forskningen viser at aktivitet i hverdagen er viktig, men at eldre personer med demens er en pasientgruppe som kan få vanskeligheter med å gjennomføre ulike daglige aktiviteter. Derfor ønsker vi å undersøke hvordan dette løses på sykehjem/omsorgsboliger i Norge i dag.

Dette intervjuet er anonymt og vil kun bli brukt til å sammenlikne med eksisterende litteratur om temaet. Det vil bli tatt opp med en båndopptaker. Opplysningene som kommer frem skal kun brukes til oppgavens formål, og vil bli destruert etter at oppgaven er ferdig. Hvis du vil kan du få oppgaven tilsendt når den er ferdig. Du kan også trekke deg fra undersøkelsen når som helst i prosessen.

Intervjuet vil ta ca. 30-45 minutter. I hovedsak stiller jeg spørsmålene, men om det skulle dukke opp noe mer underveis kan det hende den andre (navn) spør også. Dersom du har noen spørsmål, må du også bare spørre.

SPØRSMÅL:

Hverdagen på avdelingen:

Kan du begynne med å beskrive en vanlig dag på avdelingen?

- Hvordan jobber dere for at alle får individuelle aktiviteter utfra egne ønsker og behov?
- Det høres interessant ut, kan du gi flere eksempler? (gruppeaktiviteter/ individuelle aktiviteter)

Kan du fortelle litt om hva dere gjør eller hvordan dere arbeider for at beboerne skal trives og føle seg hjemme her?

- Type arbeidsmetode?
- Jobber dere systematisk for å sikre at brukeren føler seg trygg i noen situasjoner?

Hvordan jobber dere for at brukerne her skal være mest mulig aktive i egen hverdag?

- Hvordan jobber dere som arbeidsgruppe for å oppnå dette?

Hvilke forandringer i atferden hos brukerne deres kan dere observere ved økt aktivitet og deltagelse i hverdagen?

- Hvilken effekt har aktivitet på brukerne i hverdagen?

Kartlegging og aktivitet:

Kan du si litt om hvordan dere går frem når en bruker kommer til avdelingen for første gang?

- Setter dere opp mål og målsettinger og evt. hvordan gjør dere det individuelt og/ eller i grupper?

Hvordan finner dere ut hva brukerne liker å engasjere seg i?

- Eventuelt hvordan blir brukermedvirkning, interesser, vaner, rutiner til den enkelte satt i fokus?

På hvilke måter inkluderer dere pårørende i hverdagen til brukerne?

Sluttkommentar:

Det finnes dem som synes at mennesker med demens skal ha samme muligheter som andre i å være aktiv, selv om de bor på et omsorgssenter. Hva tenker du rundt dette?

8.3 Vedlegg 3. Samtykkeskjema

Samtykke til deltakelse i bacheloroppgave

Bakgrunn og formål

Vi er ergoterapiststudenter ved NTNU i Gjøvik, som jobber med å skrive en bacheloroppgave om aktivitet hos eldre med demens. Problemstillingen for denne oppgaven er: Hvordan arbeider personale på omsorgssentre/sykehjem med å fremme occupational rights hos eldre med demens? Med “occupational rights” menes lik rett til aktivitet og deltakelse hos alle, uavhengig av livssituasjon. Aktivitet vil si alt et menneske foretar seg i løpet av en dag, fra man står opp til man legger seg.

Forskningen viser at aktivitet i hverdagen er viktig, men at eldre personer med demens er en pasientgruppe som kan få vanskeligheter med å gjennomføre ulike daglige aktiviteter. Derfor ønsker vi å undersøke hvordan dette løses på sykehjem/omsorgsboliger i Norge i dag.

Hva innebærer deltakelse i prosjektet?

Dette intervjuet er anonymt og vil kun bli brukt til å sammenlikne med eksisterende litteratur om temaet. Intervjuet vil vare i ca.30-45 minutter, og det vil bli tatt opp med en båndopptaker. Opplysningene som kommer frem skal kun brukes til oppgavens formål, og vil bli destruert etter at oppgaven er ferdig.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun studentgruppen som vil ha tilgang til materialet. Deltakerne vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjonen.

Bacheloroppgaven skal avsluttes 05.05.2017. Da vil alt av opptak og opplysninger bli destruert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i prosjektet, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli anonymisert.

Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)