

SPL 3901

06HBSPLH

Avsluttende eksamen i sykepleie

Gruppenr. 651

## **Bachelor-oppgave**

**Hvordan kan sykepleiere benytte grønn omsorg for å bedre livskvaliteten hos mennesker med demens?**



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, mai 2009

Antall ord: 9.998



## SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen

Kull 06 HBSPLH

Gruppe nr. 651

Dato

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

---

Norsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

**Hvordan kan sykepleiere benytte grønn omsorg som et tilbud for å forbedre livskvaliteten hos mennesker med demens?**

Engelsk tittel ( Undertittel / Problemstilling):

**How can nurses use green care as a way to improve the quality of life to people with dementia?**

---

Sammendrag

Oppgaven er en litteraturstudie der vi har sett på hvordan sykepleiere kan benytte grønn omsorg som et tilbud for å bedre livskvaliteten hos mennesker med demens? Med det utgangspunktet har vi sett nærmere på livskvalitet, symptomer ved demens og sykepleieteoretikere. Vi valgte å ta med tre teoretikere, Henderson, Orem og Benner & Wrubel. Vi har brukt våre egne erfaringer for å se sammenheng mellom litteratur og praksis. Vi belyser også hvilke politiske føringer som er gitt i forhold til mennesker med demens.

Nøkkelord

Sykepleie, grønn omsorg, livskvalitet, demens, Henderson, Orem, Benner og Wrubel, Siri Næss, sansestimulering

**Innholdsfortegnelse:**

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1 Hvorfor skriver vi om dette.....	6
Problemstilling.....	6
1.2 Avgrensninger.....	6
1.3 Introduksjon av oppgaven.....	7
<b>2.0 Metode</b> .....	<b>8</b>
2.1 Litteraturstudie.....	8
2.2 Vurdering av metodevalg.....	8
2.3 Litteratursøk og begrunnelse for valg av litteratur.....	9
2.4 Kildekritikk.....	11
2.5 Erfaringsbasert kunnskap.....	12
2.6 Valg av hospitering.....	12
2.7 Samtykke.....	13
<b>3.0 Teori</b> .....	<b>14</b>
3.1 Hva er grønn omsorg?.....	14
3.2 Hva er livskvalitet?.....	14
3.2.1 Å være aktiv.....	15
3.2.2 Å ha samhørighet.....	15
3.2.3 Å ha selvfølelse.....	16
3.2.4 Rike og gode opplevelser.....	16

3.3 Demens.....	17
3.3.1 Hva er demens?.....	17
3.3.2 Symptomer ved demens.....	18
3.4 Sykepleie.....	19
3.4.1 Sykepleierens funksjoner.....	19
3.4.2 Sykepleieprosessen.....	20
3.4.3 Sykepleieteoretikere.....	20
3.4.3.1 Virginia Henderson.....	20
3.4.3.2 Dorothea Orem.....	21
3.4.3.3 Patricia Benner og Judith Wrubel.....	22
3.5 Politiske føringer for dagtilbud til demente.....	22
<b>4.0 Erfaringsbasert praksis.....</b>	<b>24</b>
4.1 Søre Jørstad.....	24
4.2 Lillehov.....	24
4.3 Klones.....	25
4.4 Aasen gård.....	25
4.5 Lillehammer sykehjem.....	26
4.6 Psykiatrisk sykehus.....	26
<b>5.0 Drøfting.....</b>	<b>27</b>
5.1. Livskvalitet.....	27
5.1.1 Å være aktiv.....	27
5.1.2 Å ha samhørighet.....	30

5.1.3 Å ha selvfølelse.....	31
5.1.4 Rike og gode opplevelser.....	32
5.1.5 Sykepleieprosessen.....	33
5.2 Politiske føringer for dagtilbud til demente.....	34
<b>6.0 Konklusjon.....</b>	<b>36</b>
<b>7.0 Etterord.....</b>	<b>38</b>
<b>8.0 Litteraturliste.....</b>	<b>39</b>

Vedlegg 1: Informasjonskriv til samtykkeerklæring

Vedlegg 2: Samtykkeerklæring Søre Jørstad

Vedlegg 3: Samtykkeerklæring Lillehov

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring Klones

Vedlegg 5: Samtykkeerklæring Aasen gård

Vedlegg 6: Samtykkeerklæring Lillehammer sykehjem

## 1.0 Innledning

### 1.1 Hvorfor skriver vi om dette?

Etter tre år på Høyskolen i Gjøvik sin grunnutdanning i sykepleie har vi lært mye om mennesker og hvordan vi best mulig skal hjelpe disse og ivareta deres behov. Når vi nå nærmer oss slutten på utdanningen og ser tilbake på hva vi har lært og opplevd, fant vi ut at vi ville skrive om noe som engasjerte oss. Det er per i dag ca 66 000 personer med demens i Norge (2007). Dette tallet kommer til å øke kraftig de neste 10 -15 årene og være fordoblet på 35 år. 50 % av alle med demens bor hjemme og kun 6.8 % av disse har et tilbud de kan gå til på dagtid, selv om det er lagt føringer om at alle skal et slik tilbud. (Krüger 2009) Vi valgte derfor å skrive om tilbud til mennesker med demens som bor hjemme, fordi vi har erfart behovet for dette. Valg av tilbud falt på grønn omsorg fordi dette er noe vi selv har tro på. Funksjonsnivået hos de demente ligger mellom punkt 1 og 3 på Bergers skala (se kapittel 4.4.) Problemstillingen vår ble dermed følgende: **Hvordan kan sykepleiere benytte grønn omsorg som et tilbud for å bedre livskvaliteten til mennesker med demens?**

Som sykepleiere treffer vi mennesker med demens ofte og på flere ulike arenaer, bl.a. både i hjemmetjenesten, på sykehjem og på sykehus. I forbindelse med grønn omsorg til hjemmeboende er det også flere ulike plasser hvor vi møter pasienten. Dette vil både være som sykepleiere i hjemmetjenesten hvor vi hjelper pasienten med daglige rutiner og samtidig kanskje deltar sammen med personen i tilbudet til grønn omsorg. Som sykepleier kan man også være den som tilbyr grønn omsorg for de demente og på den måten se denne gruppen mennesker.

### 1.2 Avgrensninger:

Vi har avgrenset oss til å skrive om hjemmeboende demente fordi det er mest å hente i forhold til livskvalitet der. Diagnostisering eller medikamentell behandling i forhold til denne sykdommen er utelukket. Vi har ikke hatt fokus på noen spesiell demens type,

men fokusert med på de symptomer som er for alle typene. Pårørende er ikke tatt med i stor grad, kun ved sekundær gevinster, fordi vi har hatt den demente i fokus. Ved livskvalitet har vi tatt utgangspunkt i Siri Næss sin definisjon og hennes fire punkter. Hvordan man måler livskvalitet er ikke tatt med.

### 1.3 Introduksjon av oppgaven:

Vi begynner med å beskrive hvilke metode vi har brukt og begrunne og vurdere dette. Sammen med dette begrunner vi også valg av hospitering, og hvordan vi har gått fram for å få samtykke. Vi har begrunnet hvorfor vi har tatt med den litteraturen vi har valgt og hvorfor noe er utelatt, og har kildekritikk til valgt litteratur.

Vi begynner med å presentere grønn omsorg i teoridelen og deretter livskvalitet. Så følger et kapittel om demens, deres funksjonsnivå og symptomer. Så ser vi på begrepet sykepleie, sykepleieprosessen og teoretikere i forhold til dette. Til slutt følger et kapittel angående politiske føringer i forhold til dagtilbud til demente.

I kapitlet om erfaringbasert kunnskap presenterer vi de ulike stedene vi har vært i hospiteringspraksis og vår opplevelse der.

I drøftingsdelen tar opp igjen livskvalitetbegrepet og drøfter dette sammen med erfaringene vi fikk fra hospiteringspraksis. Vi trekker inn sykepleierteoretikere og hvordan disse kan brukes som arbeidsredskaper. I tillegg bevistgjør vi sykepleierens funksjoner. Vi drøfter også politiske føringer med tanke på dagtilbud til demente og hvilke ansvar kommunene har i forhold til dette.

I konklusjon har vi en oppsummering og trekker våre slutninger i forhold til grønn omsorg som dagtilbud til hjemmeboende demente.

## 2.0 Metode

I Dalland (2006) blir Tranøys definisjon av metode benyttet: ”en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare.” (Dalland 2006 s.71) Med dette menes at metoden er det redskapet vi bruker for å besvare vår problemstilling.

### 2.1 Litteraturstudie:

En litteraturstudie vil gi en oversikt over den litteraturen som finnes om emnet vi har valgt. Dette vil innebære både gammel og ny litteratur og forskning. En litteraturstudie brukes for å finne ut hvilke teorier og kunnskaper som finnes om et spesifikt tema, og kan deretter svare på den problemstillingen vi har valgt. Bakdelen med denne metoden er at man ikke nødvendigvis finner litteratur om akkurat det man spør etter, og man må vinkle det inn mot egen problemstilling og bruke litt av forskjellige kilder for å vise hva man egentlig vil. Fordelen med denne type studie er at det finnes mye litteratur om ulike temaer, og at man ofte kan finne nylig publiserte forskningsartikler og studier på det man ønsker. (Dalland 2006)

### 2.2 Vurdering av metodevalg:

Vi valgte litteraturstudie med hospitering for å kombinere teori og praksis, og at dette var den beste løsningen for å belyse vår problemstilling. Fagfeltet er av relativt ny dato og vi var derfor interessert i hvilke litteratur som fantes om temaet fra før. Ulempen var at vi ikke fant så mye forskningsbasert litteratur på det feltet vi var ute etter og måtte derfor bruke supplerende fagstoff. Fordelen med metoden er at vi har fått god bredde i temaet og fått ulike vinklinger inn mot problemstillingen. Vi er klar over at vår for forståelse for temaet kan farge våre valg av litteratur og hvordan vi leser det. Vi har likevel prøvd å lese litteraturen objektivt. Hospitering var, i utgangspunktet, en obligatorisk del av oppgaven. Fordelen er at vi har fått godt innblikk i det faktiske



temaet fra flere hold, og kan med større sikkerhet si hva dette inneholder. Ulempen var at dette tok mye tid i administrering og reise da tilbudene lå spredd på Østlandet.

Vi har valgt å ikke bruke kvantitativ metode fordi den går i bredden og gir resultater som målbare tall. Dette var ikke vi interessert i. Med kvalitativ metode går man i dybden på et lite felt, og dette følte vi ble for snevert i forhold til vår problemstilling. Også tidsperspektivet på oppgaven var en medvirkende årsak til at vi valgte en litteraturstudie, og det faktum at vi tidligere ikke hadde brukt andre typer metoder og at det var ukjent for oss.

### 2.3 Litteratursøk og begrunnelse for valg av litteratur:

Vi tok utgangspunkt i vår pensumlitteratur til å begynne med. Vi gikk så videre til andre fagbøker som er mer spesifikke for vårt tema. Vi utarbeidet søkeord til å bruke på søk i databaser: grønn omsorg/green care, demens/dementia og livskvalitet/quality of life. Vi søkte på disse både enkeltvis og i kombinasjon med hverandre. Vi har søkt i databasene ProQuest, SweMed+, Embase og Bibsys. Vi fikk få treff på begrepet grønn omsorg/green care, og de vi fikk omhandlet psykiatri, og ikke demens, bortsett fra en artikkel. Med søkeordet demens/dementia fikk vi altfor mange treff og hvis vi prøvde å avgrense med demens/dementia og livskvalitet/quality of life omhandlet dette kun hvordan man kunne måle livskvalitet hos demente. Når vi prøvde å søke på grønn omsorg/green care og demens/dementia i kombinasjon, fikk vi kun 1 treff, men denne var ikke interessant da den omhandlet opptrening av slagpasienter. Ved å søke på grønn omsorg/green care, demens/dementia og livskvalitet/quality of life i samme kombinasjon fikk vi ingen treff.

I hospiteringspraksis fikk vi anbefalinger om en masteroppgave av Tystad, om grønn omsorg og demens fra 2008. Dette er en kvalitativ undersøkelse og er den nyeste forskningen vi har funnet om dette temaet. Tystad er ergoterapeut og undersøkelsen kan ha blitt farget av hennes faglig ståsted. Tystad har selv har gitt ut masteroppgaven, og vi vet ikke om den er godkjent av andre fagfolk. Vi har likevel valgt å bruke denne da

praksis har anbefalt dette. Hennes undersøkelse og resultat er i samsvar med annen litteratur og det vi selv har erfart i praksis.

Den pensumlitteraturen vi har brukt mener vi representerer grunnelementene i vår utdanning og er grunnlaget for vår kunnskap. Vi har benyttet Dallands *Metode og oppgaveskriving for studenter* for å få støtte til å strukturere oppgava, og velge metode. Rustøens *Håp og livskvalitet* har en god beskrivelse av Siri Næss sin definisjon av livskvalitet som vi har benyttet. *Grunnleggende sykepleie bind 1 – 4* av Kristoffersen m.fl. har god beskrivelse av sykepleie og en god oversikt over ulike sykepleieteoretikere som vi har benyttet.

Engedal og Haugens bok *Lærebok i demens, fakta og utfordringer* har vi brukt til å beskrive symptomer ved demens. Denne gir et godt innblikk på akkurat dette. Knut Engedal er spesialist i psykiatri og har en bred klinisk erfaring i geriatri. Per Kristian Haugen er spesialist i klinisk psykiatri og er forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Disse er anerkjente innenfor alderspsykiatri og boken er av relativ ny dato.

Hasseløs fagartikkel om sansestimulering beskriver godt bruk av sansestimulering til personer med demens. Forfatteren er ergoterapeut og har erfaring fra alderspsykiatrisk avdeling der de bruker sansestimulering. Artikkelen er fra 2003 og hentet fra fagbladet *Demens og alderspsykiatri*. Vi har valgt å bruke artikkelen, fordi det ikke er skrevet så mange artikler om dette temaet.

Vi har lest *Animal-assisted therapy: Effects on persons with psychiatric disorders working with farm animals*, en doktorgradsavhandling av Bente Berget og artikkelen *Animal-assisted therapy with farm animals for persons with psychiatric disorders: effects on self-efficacy, coping ability and quality of life, a randomized controlled trial* av Berget, Ekeberg og Braastad. Vi har valgt å ikke bruke disse i oppgaven vår, da vi oppfatter at deres fokus er for rettet mot mennesker med psykiske lidelser og bruk av gårdsdyr. Vi ønsker å ha vårt fokus på hele konseptet grønn omsorg i forhold til mennesker med demens. Vi ser at det er paralleller mellom disse tekstene og vår problemstilling, men har valgt å bruke annen litteratur for å belyse det vi lurer på.

## 2.4 Kildekritikk:

I oppgava har vi valgt å benytte tre sykepleieteoretikere: Henderson, Orem og Benner og Wrubel. For å belyse teoretikerne har vi valgt å bruke *Grunnleggende sykepleie bind 4* av Kristoffersen m.fl. Dette er en sekundærkilde og det er fare for at elementer i teoriene kan ha blitt endret eller utelatt i deres tolkning og oversettelse. Grunnen til at vi har valgt å bruke tre teoretikere er at det er elementer fra alle som vi mener er viktige for å besvare vår problemstilling. Vi benytter Hendersons grunnleggende behov for å støtte opp om Siri Næss sin definisjon om livskvalitet, Orems hjelpemetoder for å beskrive hvordan vi kan benytte grønn omsorg og Benner og Wrubel i forhold til deres syn på mennesket. Vi beskriver hovedtrekket og ulempene ved de ulike teoriene og elementene vi har valgt å bruke i teorikapittelet. Faren ved å benytte flere teoretikere er at beskrivelsen av dem kan bli overflattisk og viktige elementer utelatt. Vi har valgt ut noen elementer for å besvare vår problemstilling. Vi kunne også valgt å bruke andre teoretikere, f.eks. Travelbee og hennes teori om relasjonen mellom sykepleier og pasient, men det var ikke dette fokuset vi ville ha.

Vi har valgt å bruke 1 artikkel og 1 masteroppgave av ergoterapeuter i oppgaven. Erfaringsmessig har vi opplevd i praksis, via tverrfaglige arbeid, at ergoterapeuter har større fokus på brukernes ressurser, i forhold til sykepleierne. Vi mener dette ståstedet er viktig i forhold til grønn omsorg, hvor det er fokus på at brukerne skal utnytte sine ressurser og oppleve mestring. Vi har også valgt å benytte artikler skrevet av sykepleiere, f.eks. *Dei livsviktige livsminna* av Egset, for å kunne beholde et sykepleiefaglig ståsted og fokus gjennom oppgaven.

I vår oppgave har vi valgt å legge boka *Lærebok i demens, fakta og utfordringer* av Engedal og Haugen til grunn for vår kunnskap og fremstilling av demens. Bokas troverdighet øker, ettersom forfatterne er ledende innen temaet om alderspsykiatri. Vi har i vår oppgave valgt å fokusere på symptomer ved demens, og ikke de ulike diagnosene. Faren ved dette kan være at noen av diagnosene ikke har helt likt forløp, og at symptomene vi har nevnt ikke nødvendigvis opptrer hos alle. Dette kan også skje fordi sykdommen opptrer ulikt fra person til person. Det finnes allikevel noen

fellestrekk som Engedal og Haugen har beskrevet. Vi mener at denne boka er god for å kunne besvare vår problemstilling ettersom den har stort fokus på de ulike symptomene ved demens.

Vi har valgt å benytte både Siri Næss og WHO's definisjon av livskvalitet for å besvare vår problemstilling. Dette vil vi begrunne mer senere i oppgaveteksten.

Når vi har valgt ut litteratur vi har brukt i oppgaven, har vi hatt fokus på hvem forfatteren er, og om denne har hatt grunnlag og kjennskap til å si noe om emnet. Dvs. om teksten har troverdighet. Vi har prøvd å finne nye litteratur om temaene våre, for å kunne benytte oss av den nyeste kunnskapen som finnes. Dette har vært viktig opp mot vår problemstilling, da dette er et forholdsvis nytt tema, og det ikke finnes så mye publisert forskning om det enda.

## 2.5 Erfaringsbasert kunnskapen:

Denne kunnskapen er den som blir innlært gjennom praksis. Som sykepleierstudenter får vi noe erfaringsbasert kunnskap gjennom veiledede praksiser, og vi har gjennom hospitering til denne oppgaven fått kunnskap som har vært nyttig i oppgaven. Det er mange navn på denne type kunnskap som for eksempel klinisk blikk og taus kunnskap. (Nortvedt m.fl. 2007)

## 2.6 Valg av hospitering:

Vi har vært rundt på forskjellige plasser på hospitering. Vi var to dager på Søre Jørstad gård på Lillehammer som har et tilbud til beboere på Lillehammer sykehjem. Vi hadde en uformell samtale med Ingunn Moen på Lillehov i Løten som har grønn omsorg til hjemmeboende demente. Hun er sykepleier og kunne fortelle om hvordan hun tenkte angående demente og grønn omsorg. Vi hadde en dag på Klones i Vågå sammen med Jorunn Heier. Vågå var en av pilotkommunene under prosjektet om grønn omsorg til hjemmeboende demente. Vi var en dag på Aasen gård som har grønn omsorg til brukere

i voksenpsykiatri. Grunnen til at vi var hos henne var fordi hun er psykiatrisk sykepleier og vi ønsket å høre hvordan sykepleiere tenker i grønn omsorg. Vi har hatt en uformell samtale med Torill Bergh, opplæringskoordinator, på Lillehammer sykehjem, for å høre hvilke erfaringer de har med samarbeid med Søre Jørstad. Vi har også hatt to dager på et psykiatrisk sykehus i Norge. En dag på alderspsykiatrisk utredningspost og en på alderspsykiatrisk ressurspost.

## 2. 7 Samtykke:

For å bruke navn på tilbydere i hospitering og kunne sitere disse, som har gitt oss mye god erfaring og kunnskap, sendte vi ut et samtykkeskjema som de underskrev. Vedlagt dette var et informasjonsskriv ang hva vi skulle bruke det til og hvor de skulle henvende seg hvis de hadde spørsmål. Vi sendte også de delene av oppgavene der den enkelte ble sitert så alle fikk godkjenne det før det ble publisert i oppgaven.

### 3.0 Teoridel

#### 3.1 Hva er grønn omsorg?

”Grønn omsorg, grønt samarbeid og Inn på tunet er samlebegreper for ulike typer omsorg knyttet til landbruket. Disse kan være knyttet til skolesektoren, eller helse og sosial sektoren.” (Strandli 2001). Tilbudet bygger på gårdens/bondens ressurser, og er tilrettelagt den enkelte bruker. Aktivitetene kan være knyttet til stell av dyr, skogsarbeid eller vedlikeholdsarbeid. Det kan også være aktiviteter som ikke er direkte knyttet til gårdsdriften, for eksempel matlaging, snekring og husflidsarbeid. Tilbudet kan være enkeltbesøk eller jevnlig timebaserte besøk over tid (Det kgl selskap for Norges vel 2007)

I 2000 ble det startet opp et forprosjekt med Norsk kompetansesenter for aldersdemens og Nasjonalt støtteapparat for Grønn omsorg. Prosjektets formål var å finne ut om grønn omsorg kunne være et tilbud til mennesker med demens. På landsbasis deltok fem kommuner som ville starte opp med et dagtilbud til mennesker med demens i en tidlig fase av sykdommen. Resultatene fra dette prosjektet var at brukerne og pårørende som deltok var fornøyde. (Strandli 2007) Høyskolen i Gjøvik har et eget kurs for de som vil starte opp med grønn omsorg.

#### 3.2 Hva er livskvalitet?

WHO's definisjon av livskvalitet: ”Personens oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kultur og det verdssystem de lever, i relasjon til egne mål, forventninger, normer og interesser”. (Kristoffersen m.fl. 2005 bind 1, s. 48.) Definisjonen retter oppmerksomheten mot personens tenkning. Siri Næss har følgende definisjon av livskvalitet: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative.” (Kristoffersen m.fl. 2005 bind 1, s 35). Hun mener med dette at livskvalitet er knyttet til indre opplevelser og ha gode følelser og positive vurderinger, og fravær av vonde følelser og negative vurderinger. For at en person skal oppleve god livskvalitet må man være aktiv, ha samhørighet, selvfølelse og ha rike og gode opplevelser. I følge Næss er disse punktene sidestilt hverandre. (Rustøen 2006)

### 3.2.1 - Å være aktiv:

Næss skriver (i følge Rustøen 2006) om at man må være aktiv, både fysisk og psykisk, og kunne engasjere seg i noe utenfor seg selv. Det å være aktiv betyr egentlig bare å forta seg noe i både handling og tanke. Å være inaktiv kan få negative konsekvenser for den enkelte. Dette gjelder spesielt de som er sengeliggende, men også hos personer som sitter mye stille over lang tid. Slike negative konsekvenser kan blant annet være svekkelse av muskler, nedsatt matlyst og obstipasjon. De kan også virke inn på mentale funksjoner slik at personen føler tretthet, uro, nedstemthet, rastløshet og endret selvfølelse. (Kristoffersen m.fl. 2005).

Med begrepet aktivitet mener Næss at man også må ha appetitt og livslyst. Behovet for væske og ernæring er et grunnleggende behov som må dekkes for ivareta helse og velvære. Ernæring er mer enn det som vi spiser og drikker. Våre matvaner er knyttet til andre behov som identitet, trygghet, felleskap og tilhørighet. Mange eldre spiser og drikker for lite og plages med nedsatt appetitt. Mange er enslige og finner ikke glede i å lage mat alene, eller spise alene. (Kristoffersen m.fl. 2005)

Næss påpeker viktigheten av å ha energi og overskudd til aktivitet. (Rustøen 2006). Hvile gjør at mennesket er avslappet, avspent og har indre ro. Søvn og hvile spiller en vesentlig rolle for livskvalitet og velbefinnende. (Kristoffersen m.fl. 2005)

### 3.2.2 Å ha samhörighet:

Med amhörighet mener Næss at man har gode relasjoner til andre mennesker, og at man bør ha et nært og gjensidig forhold til minst en annen person. Innunder dette punktet kommer også det å føle seg som en del av et fellesskap. (Rustøen 2006.) Mennesker trenger andre mennesker i stor grad, for å kunne gi og motta omsorg. Da kan mennesket få bekreftet seg selv. Det er viktig å være oppmerksom at det er forskjell på å være alene og å være ensom. Å være alene betyr bare at ingen andre er i nærheten, mens ensomhet er en følelse. (Kristoffersen m. fl. 2005) Tystad (2008) har gjort en undersøkelse blant mennesker med demens som benytter grønn omsorg som dagtilbud, og på spørsmål om hva som var bra, ble det framhevet av mange det at man traff andre mennesker og man kunne snakke sammen.

### *3.2.3 Å ha selvfølelse:*

Det tredje punktet Næss beskriver er selvfølelse. Selvfølelse er et begrep som omfatter det å være selvsikker og ha tro på egne evner og kunnskaper. Det er knyttet opp mot å føle at man mestrer og er til nytte. (Rustøen 2006). Egset (2005) viser til en undersøkelse blant demente, hvor de ble spurt hvordan de opplever egen situasjon. Svaret var at mange sørget over det de ikke lenger mestret og følte fortvilelse over dette.

Selvfølelsen blir påvirket gjennom våre tilhørigheter gjennom hele livet. Følelser som stolthet og selvspekt, eller mindreverd og skam kan komme av samspill med andre mennesker. Det blir en del av vår identitet. Dette er viktigst i barneårene, men har betydning gjennom hele livet. (Bunkholdt 2002)

### *2.3.4 Ha rike og gode opplevelser:*

Det siste punktet innen god livskvalitet er å ha rike og gode opplevelser, i sammenheng med natur, og at man er åpen og mottakelig for omgivelsene. (Rustøen 2006). Til dette er sansene en viktig ressurs. Det er gjennom sansene vi opplever omverden. Demente utvikler en kognitiv svikt, men selve sanseapparatet blir ikke mer redusert hos dem enn ved normal aldringsprosess. (Hasselø 2003). Sansestimulering kan brukes både til vekkes pasientens oppmerksomhet og fremme aktivitet, og til å virke beroligende og hemme aktivitet. (Rokstad 2008)

Gode opplevelser blir sett i sammenheng med å ha en grunnstemning av trygghet og velvære. (Rustøen 2006). Trygghet er en individuell opplevelse og kommer av livserfaring. Det er derfor vanskelig å definere trygghet generelt. (Kristoffersen m.fl. 2005) Erfaring viser at kjæledyr kan gi gode opplevelser til mennesker med demens. Noen pasienter har hatt kjæledyr tidligere i livet og er vant med dette, da vil kjæledyret utgjøre en kjent og trygg faktor i tilværelsen. (Rokstad 2008)



### 3.3 Demens

#### *3.3.1 Hva er demens?*

Demens er et fellesbegrep på sviktende mental fungering som virker inn på individets selvhjulpenhet. (Karoliussen og Smeby 2006). Demens deles i ulike former, men et av fellestrekkene er at hukommelsesfunksjon og den kognitive funksjonen er svekket på grunn av at nervecellene dør. (Engedal og Haugen 2006)

Berger utviklet en skala for å vurdere fungeringsevnen hos personer med demens med tanke på omsorgsbehov.

1. Fungerer i miljøet, men begynnende hukommelsessvikt forstyrrer daglige aktiviteter
2. Fungerer uten hjelp bare i kjente omgivelser
3. Kan kle på seg, men må ha veiledning
4. Kan ikke lenger kle på seg under veiledning, men må ha praktisk hjelp
5. Må ha stadig mer hjelp på alle områder
6. Terminalfasen- sengeliggende, eller bare sitter i en stol. Reagerer bare på taktil stimulering.

Mellom punkt 3 og 4 er det et kritisk punkt. Dette kan være avhengig av sykdommens forløp, men tilrettelegging og omgangsform kan ha betydning om personen når dette punktet tidlig eller sent i sykdomsforløpet. Målet er å få omgivelse til å kompensere for svikten og finne alternative måter å mestre hverdagen på. Desto tidligere i sykdomsfasen det iverksettes tilrettelagt tiltak, desto bedre. (Strandli 2007)

Det finnes flere forskjellige typer demens og disse utarter seg forskjellig, men vi har her valgt å se på de generelle symptomene ved demens selv om disse skiller seg noe fra hverandre ut i fra type.

### 3.3.2 Symptomer ved demens

Hukommelsessvikt er et viktig kjennetegn på demens. Hukommelse forutsetter at det har skjedd en innlæring, og hukommelse er evnen til å hente frem lært materiale. Læring er tilvenning av nye stimuli, denne læringen svikter ved moderat og alvorlig demens. Hukommelse deles inn i korttidshukommelse og langtidshukommelse. Korttidshukommelsen er hukommelse med varighet opp til et par minutter. Denne svikter hos demente når det innkommer forstyrrelser. Når informasjonen får en mer varig lagring, blir det overført til langtidshukommelsen. (Engedal og Haugen 2006)

Langtidshukommelsen deler opp sin informasjon i tre deler. Den ene delen tar for seg egne ting vi har opplevd, den andre generell informasjon og den tredje tar for seg handlinger som vi har lært, men nå har blitt automatikk i. (ibid)

Ved gjenkalling kan vi huske spontant uten hjelp fra omgivelsene, ved gjenkjenning får vi ledetråder fra omgivelsene. Hos mennesker med demens er forskjellen mellom gjenkjenning og gjenkalling større enn hos de uten demens. Det å huske retrospectivt er å huske det som har skjedd. Det å huske prospektivt handler om å huske et mål og eller en handling i fremtiden med de elementer de inneholder, f.eks noe man har planlagt å gjøre (ibid)

Når oppmerksomhetsevnen er nedsatt vil prestasjonsevnen svekkes i forhold til problemløsning og hukommelse. Oppmerksomhet omfatter våkenhet i daglig fungering og evne til å holde fast på en oppgave og ikke la seg påvirke av forstyrrelser. Ved demens er evnen til å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli redusert. (ibid)

Språkproblemer som følge av hjerneskade kalles afasi og er vanlig ved demens. (ibid)

Apraksi er manglende evne til å utføre praktiske handlinger til tross for full førlighet og forståelse for det som skal gjøres. Dette kan være ting som å vaske seg, lage mat. Hvis den demente ikke klarer å samordne flere handlinger; for eksempel lage et kaffeselskap, kalles dette handlingssvikt. (ibid)

Agnosi: Agnosi er manglende evne til å gjenkjenne eller identifisere objekter til tross for intakt sensorisk funksjon. (ibid)

Forståelse av handling i rom: Ved demens blir forståelsen av og handling i rom svekket slik at det blir svikt i å orientere seg i kjente og ukjente omgivelser og gjenkjenne samme gjenstand fra flere vinkler. (ibid)

Intellektuelle evner: Ved begynnende demens vil pasientens evne til fleksibilitet og abstrakt tenkning bli redusert. (ibid)

Depresjon opptrer hyppig ved demens. Det har et psykologisk aspekt da sviktende evne til å mestre, og tapsfølelsen blir stor. Men det har også et biologisk aspekt da samspillet mellom de ulike signalsubstansene endres. Depresjon hos lette til moderate former for demens arter seg på samme måte som hos åndsfriske, mens ved alvorlig grad kan det arte seg på atypiske måter. Personen blir ofte mer og mer interesseløs og kan gjerne sitte eller ligge på sofaen hele dagen. Han/hun slutter med aktiviteter som han/hun før hadde glede av. Mange demente sover mye på dagen. Lite stimulering, passivitet og manglende konsentrasjonsevne gjør at de lett dupper av. Dette kan gjøre at pasienten ikke sover så mye eller har mange oppvåkninger nattestid. (ibid)

Angst forekommer hyppig hos demente. Sviktende evne til å ta vare på seg selv og uten kontroll over egen situasjon kan angsten være fremtredende. Noen pasienter blir veldig rastløse, urolige og går mye. Dette kan være et savn etter tidligere arbeidsoppgaver. Noen kan også være irriterte og aggressive.(ibid)

Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner, personlighetsforstyrrelser muskelstyringsproblemer og inkontinens er også symptomer som oppstår ved demens. (ibid)

### 3.4 Sykepleie

#### *3.4.1 Sykepleieres funksjoner:*

Sykepleie er et allsidig fag, som finnes i store deler av helsesektoren. I 1982 kom et rundskriv som beskrev sykepleierens funksjonsområde. Ut fra det og rammeplaner for sykepleieutdanningen har Kristoffersen m.fl. (2005) identifisert 7 funksjonsområder for sykepleieren:

1. Helsefremmende og forebyggende – hindre at sykdom oppstår eller forverres
2. Behandlende – praktisk hjelper pasienten når denne ikke klarer å gjennomføre handlinger selv
3. Lindrende – sørge for at pasienten har det så bra som mulig, ut fra situasjonen
4. Rehabiliterende – opptrening etter sykdom/skade
5. Undervisende – undervisning av studenter og medarbeidere
6. Administrative – Sykepleierens funksjon som leder
7. Fagutviklende – holde seg faglig oppdatert innen eget fagfelt.

Ut fra denne inndelingen vil punkt 1 – 4 omfatte den kontakten sykepleieren har med pasienter og pårørende og kan kalles den kliniske delen av sykepleiefaget, mens punkt 5 – 7 omfatter utvikling av faget og seg selv som sykepleier. Dette er lederskapsfunksjonene sykepleieren har. (Kristoffersen m.fl. 2005)

### *3.4.2 Sykepleierprosessen*

Sykepleierprosessen er den problemløsende prosessen sykepleieren bruker i møte med pasienten. Prosessen består i å samle data om pasienten, identifisere behov pasienten har, sette opp mål til pasienten, igangsette sykepleierhandlinger i forhold til målene og evaluere disse. Ved elektive enkle inngrep på sykehus kan dette være en enkel og kortfattet prosess, mens ved en sammensatt situasjon hos en kronisk syk person som bor hjemme kan dette være en omfattende prosess og pågå over lang tid. (Kristoffersen m.fl. 2005)

### *3.4.3 Sykepleieteoretikere:*

#### *3.4.3.1 Virginia Henderson*

Virginia Hendersons (1897 – 1996) teori er bygget opp rundt de grunnleggende behovene mennesker har og at sykepleie er:

...å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse (eller til en fredfull død), noe han/hun ville ha gjort uten hjelp dersom han/hun hadde hatt tilstrekkelig krefter, vilje og kunnskaper. (...) (Kristoffersen m.fl. 2005 bind 4, s. 35)

Teorien henspiller til at sykepleieren skal lytte til pasienten og dennes ønsker. Hovedtrekkene i Hendersons sykepleieteori er knyttet til 14 punktene hun har betegnet som grunnleggende sykepleieprinsipper: Disse punktene er bl.a. spise og drikke tilstrekkelig, sove og hvile, få kontakt med andre og uttrykke sine egen behov og følelser, arbeide med noe som gir følelsen av å utrette noe og underholding og fritidssysler. (Kristoffersen m.fl. 2005, bind 4 s. 36).

Bakdelen ved Hendersons teori er at personer med kroniske lidelser er utelatt. I definisjonen sier hun at pasienten enten skal hjelpes til helbredelse og god helse eller en fredfull død, men kroniske tilstander, f.eks. demens, utelates. En annen ulempe er at hun ikke har presisert om de grunnleggende behovene står i en hierarkisk rekkefølge, så fysiske behov er viktigere enn psykiske. (Kirkevold 2001)

#### 3.4.3.2 Dorothea Orem

Dorothea Orem (f. 1914) teori er basert på tenkningen om egenomsorg og at det er handlinger mennesket utfører på eget initiativ. Hun definerer sykepleie som det å hjelpe pasienter med deres behov for egenomsorg. Hensikten er at mennesket skal komme seg etter sykdom og skade og forholde seg til virkningen av disse. For å hjelpe pasienter med disse å ivareta sine behov, har Orem skissert 5 ulike hjelpemetoder for sykepleieren:

- gjennomføre handlingen for den andre
- veilede og rettlede pasienten
- sørge for fysisk og psykisk støtte
- tilrettelegge omgivelsene for å fremme utvikling
- undervisning (Kristoffersen 2005)

Kritikken til de teoriene Orem har beskrevet er at hun fokuserer mye på det fysiske og praktiske i forbindelse med egenomsorg, mens problemer knyttet til det sosiale eller psykiske har blitt mindre vektlagt. Hun har heller ikke omtalt sykepleierens rolle i

forbindelse med personer med kroniske lidelser. (Kirkevold 2001). Vi har valgt å ta med Orem allikevel, fordi metodene er overførbare til hvordan man kan hjelpe mennesker med demens for eksempel det å veilede brukeren.

#### 3.4.3.3 Patricia Benner og Judith Wrubel

Patricia Benner (f. 1934) og Judith Wrubel (f. 1942) bygger sin teori rundt det syn at et menneske må ses i sammenheng med sine omgivelser og menneskene rundt seg. Bl.a. mener de en person alltid bryr seg om noen eller noe annet og at handlingsmønsteret til denne personen blir styrt av hva man bryr seg om. Benner og Wrubel framhever også at mennesket har kroppslige kunnskaper, dvs. kunnskaper og handlinger som gjøres automatisk, uten at man trenger å være bevisst det. (Kristoffersen m.fl. 2005)

Benner og Wrubel framhever i sin teori det individuelle og påpeker viktigheten av å møte pasienten i dennes opplevelse, ettersom alle oppfatter sykdom eller skade forskjellig. I stedet for helse, velger Benner og Wrubel og benytte begrepet velvære. De påpeker det at det finnes tilstander som ikke kan kureres og beskriver det da som sykepleierens rolle å lindre smerter og sorg. Sykepleierens rolle er, i følge Benner og Wrubel, å møte pasienten som et helhetlig menneske og kartlegge hva denne opplever, slik at man kan finne den beste behandlingen/lindringen for akkurat denne personen. (Kristoffersen m.fl. 2005). Bakdelen med teorien til Benner og Wrubel er at de kun fokuserer på mennesker som har full forståelse for sin egen situasjon, bevisstløse, barn og mennesker med demens blir f.eks. utelatt. (Kirkevold 2001)

### 3.5 Politiske føringer for dagtilbud til demente

Det finnes i dag ingen lovhjemmel for at kommunene skal ha et dagtilbud til hjemmeboende demente, men disse har rettigheter på lik linje som andre omsorgstrengende. I rapporten *Glemsk, men ikke glemt* som er utgitt av Sosial og helsedirektoratet (2007) står det at mennesker med demens kan ha behov for helsehjelp. De påpeker også at mennesker med demens og deres pårørende kan ha behov for, og har rett på sosiale tjenester jamfør § 4-3 i Sosialtjenesteloven (1991): ”hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv.” Det kan være tjenester som avlastning, jamfør § 4-3 i

Sosialtjenesteloven (1991) Det er i Rundskriv nr. I- 5/2007 *Aktiv omsorg- sentral del av et helhetlig omsorgstilbud* beskrevet kommunenes ansvar i forhold til Sosialtjenesteloven (1991) sitt formål. Dette står i § 1-1 b) ”bidra til at den enkelte får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre.”

Helse og omsorgsdepartementet kom i 2007 med Demensplan 2015 ”Den gode dagen” som er en delplan av Omsorgsplanen 2015. Denne er en oppfølging av Stortingsmelding nr 25 (2005-2006) ”Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer”. I demensplanen legger regjeringen fram hvilken plan de har for å bedre omsorgen til de demente fremover, og det legges sterke føringer for at dagtilbud skal bli mer utbredt.

Her presenterer de LEON- prinsippet, Laveste Effektive OmsorgsNivå. Med dette menes det at omsorgssystemet bør bygges opp rundt pasienten, og at det bør være flere stadier fra å bo hjemme med litt hjemmehjelp (laveste omsorgsnivå) og til å komme på skjermet enhet på sykehjem (høyeste omsorgsnivået). (Fjørtoft 2006)

## 4.0 Erfaringsbasert praksis

### 4.1 Søre Jørstad

Tilbyder Christel Røsten har på Søre Jørstad et tilbud innen grønn omsorg, for pasientene på Lillehammer sykehjem. Rammene rundt begge dagene vi var det var like. Når pasientene kom til gården hilste Christel på alle og ønsket dem velkommen. Vi ble servert kaffe først. Midt på dagen var det tid til aktiviteter. Den første dagen satt vi ute i sola. Pasientene var fysisk dårlige, så aktiviteten var tilrettelagt deres funksjonsnivå og ønske. Den andre dagen var det en mer aktiv gruppe og vi lagde påskeoppsatser. Begge dagene hentet Christel inn kattungene på gården, og alle fikk hilse på disse. På slutten av dagen spiste vi middag, før pasientene dro tilbake til sykehjemmet.

Christel Røsten har samarbeidet med Lillehammer sykehjem i ca 1,5 år. Det er pasienter på gården 2 dager i uka, maks 10 personer hver dag. Det er forskjellige avdelinger hver gang, så flest mulig kan bli med dit. Christel Røstens erfaringer med tilbudet er gode, og både pasienter, pleiere og pårørende gir gode tilbakemeldinger.

### 4.2 Lillehov

Tilbyder Ingunn S. Moen er sykepleier og har et grønn omsorg-tilbud to dager i uken til hjemmeboende personer med demens i Løten kommune. Brukerne er ei fast gruppe på 6 personer. Brukerne blir servert kaffe når de kommer til Lillehov. Deretter er det avsatt tid til aktiviteter. Aktivitetene er lagt opp etter årstidene og skal være gjenkjennbare for brukerne, eks. plante blomster på våren. De går også en tur hver dag, uansett vær. Etter aktivitetene og turen spiser de mat, før dagen avsluttes rolig, f.eks. med sangstund.

Målet med tilbudet er at brukerne skal ha en meningsfylt hverdag, opprettholde funksjonsnivået og avlaste pårørende. Ingunn har erfaring med at brukerne ofte bor lenger hjemme, opptil 2 år, når de har et dagtilbud, fordi funksjonsnivået blir opprettholdt lenger og de pårørende får nok avlastning til å holde ut lenger. Ingunn har tett samarbeid med hjemmebaserte tjenester og primærlege for å finne brukere til tilbudet og foretar også hjemmebesøk for å motivere brukerne til deltagelse.



### 4.3 Klones

Sykepleier Jorunn Heier er ansatt i Vågå kommune, og driver grønn omsorg på Klones. De har tilbud to dager i uka, til ei fast gruppe på 6 personer. Da brukerne kom hilste Jorunn på hver enkelt av dem. Vi ble så servert kaffe med noe å spise til som en begynnelse på dagen. Så var det tid for aktiviteter. Disse var lagt opp etter årstidene og brukernes ønsker. Når vi var der rakte vi løv og ryddet i hagen. Vi ble så med ei gruppe og gikk tur, mens noen andre gikk tilbake til huset for å lage mat. Når vi kom inn igjen satt alle sammen rundt kjøkkenbordet og spiste middag. Til slutt hadde vi en rolig avslutning på dagen, ved at en kvinne leste Prøysen-vers og noen av brukerne danset gammeldans.

Jorunn Heier opplever at det er vanskelig å finne brukere som vil benytte seg av tilbudet. Hun opplever at mange ikke vet om tilbudet og ikke forstår hva det innebærer. De positive erfaringene hun har, er at de fleste brukerne trives og sykehjemsopphold blir utsatt, fordi funksjonsnivået blir opprettholdt lenger og pårørende får nødvendig avlastning, slik at de "holder ut" lenger. Hennes erfaringer tilsier også at når disse brukerne kommer på sykehjem, har de et raskere sykdomsforløp, enn pasienter som kommer på sykehjem tidligere.

### 4.4 Aasen Gård

Tilbyder Randi Aasen er sykepleier og driver tilbudet på Aasen gård for brukere fra voksenalderpsykiatri. Dagens struktur er: frokost, aktivitet, lunsj og aktivitet. Brukerne må selv lage maten, mens Randi sørger for ingredienser. Aktivitetene er knyttet til gårdsbruket, eks. å stelle med kalvene.

På Aasen gård er det en gruppe på 6 personer, som deltar på tilbudet i 10 uker. Brukerne setter mål på hva de skal oppnå i løpet av perioden, f.eks. å tørre å gå inn i fjøset alene. Tilbyder Randi Aasen ser at tilbudet hjelper brukerne: de får økt initiativ, økt selvtillit og fastlåste mønstre blir løst opp, f.eks. forbedres ofte døgnrytmen. Randi har gode opplevelser med å drive denne typen tilbud, men mener det er sårbart organisatorisk sett. Dette fordi tilbudet kun er en dag i uka, og hvis noen av brukerne er syke en dag, går de glipp av mye, og opplegget mister sin kontinuitet.

#### 4.5 Lillehammer sykehjem

Vi har hatt en samtale med opplæringskoordinator Toril Bergh ved Lillehammer sykehjem. Hun er ikke leder ved sykehjemmet, men en del av staben. Hun har ikke direkte kontakt med pasientene eller personalansvar. Hun gikk allikevel med på å snakke med oss. Hun fortalte litt om det hun hadde hørt om tilbudet og samarbeidet med Søre Jørstad, fra de ansatte på sykehjemmet. Vårt inntrykk etter samtalen var at personalet generelt opplever dette som et bra tilbud, da pasientene har gode opplevelser når de er på dagtilbudet. Vi oppfattet det slik at det hadde vært noen problemer med motivasjonen blant personalet, fordi de opplever at det blir en del ekstra oppgaver på bemanningen som blir igjen i sykehjemmet. Likevel er vår oppfatning etter samtalen at dette er noe de har utbytte av og ønsker å fortsette med

#### 4.6 Psykiatrisk sykehus

Vi var også ved et psykiatrisk sykehus i Norge. Den ene dagen var vi på psykiatrisk utredningspost der det er mange pasienter som er hjemmeboende. Disse jobber mye ut til kommunene for sine pasienter. Den andre dagen var vi på psykiatrisk ressurspost der de har mange pasienter med alvorlig grad av demens. Disse hadde fokus på miljøtiltak for å bedre tilværelsen for den enkelte demente.

## 5.0 Drøfting

### 5.1 Livskvalitet:

I teoridelen presenterte vi definisjoner og begreper rundt livskvalitet. Vi mener at Siri Næss' definisjon om å knytte livskvalitet opp mot enkeltpersoners indre og subjektive opplevelse av livssituasjonen er den mest aktuelle for personer med demens. Her er personens følelser mer sentrale enn den direkte tenkningen som WHO's definisjon på livskvalitet vektla. (Kristoffersen m.fl. 2005). For mennesker med demens gjør den kognitive svikten at disse ikke alltid kan reflektere over sin egen livssituasjon, men følelsene på hvordan de har det og opplevelsen av livssituasjonen er like sterke som før. I teoridelen presiserte vi at Næss mente det å ha livskvalitet var å ha det godt med gode følelser og positive vurderinger, for eksempel mestring og at det er fravær av vonde følelser og negative vurderinger, for eksempel skam. (Kristoffersen m.fl. 2005) Ved symptomer på demens kan vi finne flere av disse vonde følelsene og negative vurderingene. Det å ikke lenger klare å huske like godt som før, eller få apraksi slik at de ikke klarer å gjennomføre de hverdagslige tingene lenger kan være en vond følelse av ikke å mestre. De aller fleste med demens sliter med angst og depresjon som kan føre til tilbaketrekking. Dette er vonde følelser i seg selv og kan føre til ensomhet fordi nettverket blir borte eller man ikke lenger klarer å aktivisere seg selv. (Engerdal og Haugen 2006). Vi mener grønn omsorg gir de demente gode følelser og positive opplevelser, som mestring, glede, felleskap, aktivitet osv. gjennom Næss sine 4 punkter om livskvalitet.

#### 5.1.1 *Å være aktiv*

Apraksi og handlingssvikt er symptomer som kan gjøre at den demente ikke lenger klarer å foreta en aktivitet på eget initiativ, og trenger støtte og veiledning på dette. Svekkelse i den prospektive egenskapen i hukommelsen gjør at den demente ikke lenger klarer å planlegge en aktivitet. Apati og interesseløshet kan ofte føre til passivitet og opphør av tidligere aktiviteter. Det samme kan nedsatt forståelse av handling i rom føre til, da det blir svikt i å gjenkjenne omgivelser og gjenstander. Noen personer med demens trenger konkrete aktiviteter for å hindre at rastløshet og uro oppstår. (Engedal og Haugen 2006)

Grønn omsorg tilbyr aktiviteter av ulike slag og som er tilrettelagt for den enkelte. Både på Klonas og på Lillehov er de bevisste på å gå en tur hver dag. I tillegg er det satt av tid til andre typer aktiviteter, som f.eks. lett snekkerarbeid, baking, håndarbeid, matlaging og hagearbeid. Aktivitetene er tilpasset årstidene, som f.eks. å plante blomster på våren. Det å være i aktivitet har mange positive helsegevinster, både fysisk og psykisk.

*Situasjon fra hospitering på Klonas: Etter vi hadde spist, satte personalet på litt gammeldans og oppfordret et par av brukerne å ta en dans. Litt nøling først, men så reiste damen seg, tok noen lett dansetrinn over golvet og bød opp mannen. Han ble med og de tok en dans. Dette var noe de kunne, og dette var noe de koste seg med - det var lett å se. Mannen danset som en ungdom og fikk latteren frem også hos dem som så på.*

Gammeldans er en populær aktivitet i Vågå. Mange av brukerne er oppvokst med dette og synes det er morsomt å ta seg en svingom.

I følge Kristoffersen m.fl. (2005) er eldre en gruppe mennesker som spiser og drikker for lite. Utvikling av demenssykdom kan påvirke inntaket av væske og ernæring. I følge Engedal og Haugen (2006) vil hukommelsessvikt gjøre at mennesker ikke lenger husker når de spist sist og de vil miste evnen til å huske hva de skal gjøre senere. Apraksi og handlingssvikt reduserer menneskets evne til å utføre praktisk handlinger, f.eks. å lage middag. Apati og interesseløshet fører til at personen ikke lenger har tiltakslyst til matlaging. (Engedal og Haugen 2006).

Det vi har erfart fra hospiteringen er at de ikke bare har hatt fokus på inntaket av væske og ernæring, men at de i tillegg har vært bevisste på situasjonen rundt måltidet og viktigheten av fellesskap.

*Situasjon fra hospitering på Klonas: Vi har vært ute og jobbet i hagen en stund. Vi kommer inn der en ansatt og en av brukerne har begynt med maten. Det lukter godt av suppa og vi setter oss ned ved et pådekket bord som er pyntet med lys og levende blomster. Suppa og brødet blir satt på bordet og alle blir servert. Rundt bordet er det en koselig stemning og når den verste sulten er stagnet kommer tullpraten og*

*smilet sitter løst hos de fleste. Alle spiser og drikker godt, og hjelper til før vi setter oss ned i stuen.*

Et av symptomene ved demens er i følge Engedal og Haugen forandret døgnrytme, som følge av de dupper av mer på dagtid pga lite stimulering. Dette kan føre til at de ikke sover så godt nattetid. Depresjon som følge av demens kan også føre til dårlig nattesøvn, i følge Kristoffersen m.fl. (2005). Mange personer er plaget med rastløshet og uro, som et symptom på demens, som fører til at de ikke finner ro og får nødvendig hvile. (Engedal og Haugen 2006)

Helsepersonell som var med på Søre Jørstad påpekte overfor oss at brukerne som nå var våkne og aktive vanligvis satt og sov på dagtid. I sitt kapittel om miljøbehandling nevner Rokstad at sansestimulering bl.a. kan brukes til å vekke brukernes oppmerksomhet og fremme aktivitet. Av ting som virker stimulerende, har hun bl.a. nevnt frisk luft og vind. Samme effekt har latter og duften av kaffe. (Rokstad 2008). Overstimulering til mennesker med demens kan derimot skape følelsesmessige reaksjoner, som f.eks. angst og uro. (Engedal og Haugen 2006). Vår oppfatning er at sykepleieren skal ha nødvendig kunnskap om dementes nedsatte oppmerksomhetsevne. Dette kan føre til at de ikke lenger klarer og filtrer sanseinntrykk, slik at de har økt fare for overstimulering. (Engedal og Haugen 2006)

Vi erfarte at i grønn omsorg er aktivitet, ernæring og sansestimulering i begrenset omfang, i form av underholdning, vektlagt. Henderson beskriver dette som grunnleggende behov. Ved hjelp av Orems hjelpemetoder kan sykepleieren veilede og støtte brukeren, og tilrettelegge omgivelsene for aktivitet, ernæring og sansestimulering. Hvis sykepleieren skal legge til rette f.eks en dans, er det nødvendig å ha gjenkjennbar musikk, gjerne fra lokalmiljøet, som brukerne forbinder med dans. Ved å ha et egnet lokale for dans unngår man skader, og dette kan oppleves som trygt for brukerne. Dette ligger innunder sykepleierens administrative funksjon. Som sykepleier er det viktig at man har fokus på hvilke symptomer den demente har og kunne kompensere for disse, og i stedet framheve ressursene hos brukeren. Dette kan ses som sykepleierens behandlende funksjon. Ved bruk av Orems sine hjelpemetoder kan sykepleieren bidra til at brukeren kan ha egenomsorg i økende grad. (Kristoffersen m.fl. 2005) Sykepleieren har helsefremmende og forebyggende funksjon, eksempel på dette kan være målrettet

aktivitet for å forebygge rastløshet og uro i følge Swane (2005). Vår erfaring er at ved grønn omsorg kan sykepleieren f.eks. hindre negative konsekvenser ved inaktivitet, ved å aktivisere brukeren.

### *5.1.2 Å ha samhørighet*

I følge Engedal og Haugen (2006) kan mennesker med demens ha nedsatt oppmerksomhet. Dette kan f.eks. føre til at de ikke klarer å holde fast ved en samtale og lett lar seg påvirke av andre forstyrrelser. Nedsatt hukommelse er et annet symptom som påvirker muligheten til å oppleve samhørighet, fordi svekkelse i korttidshukommelsen gjør at de ikke husker hendelser i nær tid. Dette stiller krav til den som skal kommunisere med den demente om å ha samtaleemner den demente har forutsetninger for å snakke om. I følge Engedal og Haugen (2006) er språkproblemer vanlig ved demens, f.eks. vanskeligheter med å finne ord og benevninger. Dette kan erfaringsmessig føre til at den demente trekker seg tilbake, for å ikke oppleve nederlag. Ensomhet er en følelse og er det motsatte av samhørighet. Når ensomhet oppstår er individuelt hos hver enkelt. Noen kan ha ønske om, og glede av, å være alene og ha tid for seg selv. Andre kan føle seg ensomme selv om de er sammen med andre. (Kristoffersen m.fl. 2005). Ved å føle samhørighet kan et menneske få bekreftet seg selv som er viktig for å egen identitet. (Kristoffersen m.fl. 2005)

Ved hospitering var felleskap og samhørighet i gruppen en viktig del. Både rundt bordet og i aktiviteter hadde de i gruppen et samspill som fungerte for dem. På flere av stedene var de seks brukere i gruppa og dette var erfaringsmessig et greit antall. Da fikk man mangfold uten at det ble for mange å forholde seg til. Ved et par av stedene der vi hospiterte fortalte personalet at brukerne spurte etter hverandre hvis noen var borte en dag. Det var ikke alltid de husket navn, men de husket personen som var borte.

Et av punktene Henderson går på det å ha kontakt med andre mennesker, og ha muligheten til å gi uttrykk for de behovene og følelsene man har. Orem sine hjelpemetoder kan benyttes for å legge til rette for dette. F.eks at alle sitter rundt samme bord og spiser, eller at brukere som har stor glede av hverandre settes til gjøremål sammen. (Kristoffersen m.fl. 2005). Erfaringsmessig hender det at sykepleieren må

skjerme noen fra hverandre i en kort periode, for å skåne den enkelte eller gruppen. Dette kan sees som sykepleierens behandlende funksjon.

### *5.1.3 Å ha god selvfølelse*

Solheim mener i følge Tystad (2008) at selvfølelsen og egenverdet blir påvirket av mestring av gjøremål. Når en person utvikler demens er blir ofte den personens mestringfølelse nedsatt fordi man ikke lenger klarer å gjøre det samme som før. Symptomer som apraksi, nedsatt hukommelse og oppmerksomhet, vansker med å gjenkjenne gjenstander og muskelstyringsproblemer kan gjøre til at man ikke lenger klarer det samme som før. (Engedal og Haugen 2006). I følge Egset (2005) er de demente fortvilet over sin egen situasjon og sørger over de tapene de opplever i hverdagen. Dette støttes også av Engedal og Haugen (2006) som beskriver depresjon som et veldig vanlig symptom hos demente. Dette er til dels fordi de ikke lenger mestrer det samme som før, og til dels biologisk betinget. Tystad (2008) mener at selvfølelsen blir bedret av opplevelsen av mestring, og at dette igjen kan inspirere til mer aktivitet. Selvfølelsen blir også påvirket av de tilhørighetene og samspill som man har i livet, dette kan fremme gode følelser som selvrespekt, og i motsattfall vonde følelser som mindreverd. (Bunkholdt 2002).

I grønn omsorg legger man til rette for gjennomføring av praktiske handlinger på tross av redusert evne til å mestre. Ved at man i grønn omsorg legger vekt på handlinger som er gjenkjennbare for brukeren og ved gjennomførelsen av oppgaven kan mestringfølelsen økes. (Tystad 2008). Gjennom hospitering i grønn omsorg ble vi kjent med et begrep som de kaller ”å huske med hendene”. Med dette menes at selv om man ikke kjenner igjen en hammer når man ser den, likevel vet hvordan man skal bruke den når man får den i hendene og får konkrete arbeidsoppgaver som å slå i en spiker. Dette kan også støttes av Benner og Wrubel sin teori om kroppslige kunnskaper. Med dette menes ferdigheter som er tillært tidligere i livet og som kroppen fortsatt husker, uten at mennesker selv trenger å være bevist på dette. (Kristoffersen m.fl. 2005)

Flere av tilbyderne benyttet aktiviteter som lett snekring og baking. Dette er populære aktiviteter fordi brukerne kan bruke verktøy og teknikker som de er kjent med fra før. Dette øker muligheten for mestring.

Benner og Wrubel fremhever det individuelle i sin tenkning for å møte pasienten i sin opplevelse. Dette fordi den enkeltes opplevelse av sykdommen er subjektiv. Dette kan sees i sammenheng med at grønn omsorg har som mål å bedre enkeltes selvfølelse. Erfaringsfaringsmessig så vi dette ved at brukerne fikk aktiviteter de hadde mulighet til å mestre. Henderson beskriver at et av menneskets grunnleggende behov er følelsen av å utrette noe. Med Orem sine hjelpemetoder kan sykepleieren tilrettelegge og veilede brukeren gjennom et gjøremål slik at brukeren opplever mestring. Dette kan settes i sammenheng med sykepleierens behandlende funksjon ved at man støtter brukeren gjennom handlingen. (Kristoffersen m.fl. 2005)

#### *5.1.4 Å ha rike og gode opplevelser*

Vår oppfattelse er at rike og gode opplevelser har sammenheng med trygghet. Sviktende hukommelse ved demens kan gi utrygghet i form av at man ikke kjenner seg igjen i omgivelsene og trenger faste rutiner og personer rundt seg slik at det ikke blir for mange å forholde seg til. (Engedal og Haugen 2006). Mange demente opplever også mye angst, ofte i situasjoner der personen ikke forstår. Mennesker med demens kan også oppleve angst fordi de ikke lenger føler de har kontroll over eget liv. (Engedal og Haugen 2006)

Vi opplevde at grønn omsorg la til rette for trygghet til brukerne ved at man hadde faste rutiner og faste personale hver dag. Det skapers også trygghet ved at aktivitetene er tilrettelagt de som bruker tilbudet, dette er noe de kjenner igjen og mestrer. Vi erfarte av det var mye bruk av sansene i grønn omsorg, for eksempel pent dekket bord, bruk av blomster, lukten av mat, kjæledyr og musikk. I følge Hasselø eldes sansene på vanlig måte hos demente som hos andre eldre, men den kognitive svikten gjør at evnen til å skille mellom sanseintrykkene er blitt svekket. Det er derfor viktig med sansestimulering i begrenset grad. (Hasselø2003, Rokstad 2008)

Noen av tilbyderne i grønn omsorg vi var i kontakt med, hadde kjæledyr som terapidyr. Å få et dyr på fanget som vil bli kost med og som man kjenner varme og den myke pelsen fra kan gi opplevelse av nærhet. Det kan også gi en relasjon som er trygg og uforpliktende. Dette kan også ha innvirkning på samhörighet ved at personen har noen å gi omsorg til. (Rokstad 2008). Ved hospitering på Aasen gård så vi at brukerne hadde omsorg for dyrene og at dette var en trygg relasjon,



*Situasjon fra hospitering på Søre Jørstad: Tilbyder Christel hadde en katt som hadde fått kattunger to uker i forveien. Disse ble lagt på fanget til de som ville. Vi opplevde at kattungene ble et fokus for brukerne og at de av mye omsorg til disse små. Kattungene var i tillegg nydelig å se på, og dette kan relateres til Næss sin teori om rike og gode opplevelser.*

Vi erfarte at gode sanseopplevelser, som for eksempel lukt av god mat og trivelig atmosfære, bidro til velvære. Benner og Wrubel bruker velvære som begrep istedenfor helse. Swane påpeker verdien ved å være ute i naturen ved at dette er opplevelser som de husker lenge. Dette kan også fremkalle minner fra tidligere som har viktige for den enkelte. (Swane 2005). Med veiledning og fysisk og psykisk støtte, som hjelpemetoder fra Orem, kan sykepleieren bidra til at brukeren kan få disse opplevelsene. I følge Henderson så har mennesket et grunnleggende behov for underholdning og fritidssystemer. Ved å kartlegge brukerens tidligere interesser kan man finne fram til gjøremål brukeren trives med og kan få gode opplevelser gjennom. Dette kan igjen sees som sykepleierens behandlende funksjon. Den administrative funksjonen blir også benyttet når sykepleieren leder turer, for eksempel organisere en skitur. (Kristoffersen m.fl. 2005)

### *5.1.5 Sykepleierprosessen*

Ved å bruke sykepleierprosessen kan sykepleieren innhente mye informasjon om brukeren og dens nærmiljø. Dette er en viktig del av datasamlingen. To av dem vi snakket med i hospiteringen fortalte at de dro hjem til brukerne før de begynte på tilbudet og snakket med dem og deres pårørende. Ut i fra dette kan de definere hvilke behov brukeren har, f.eks. mer lystbetont aktivitet, sosialt felleskap, få oppgaver som man mestre og få varierte sanseintrykk. Her er det også viktig å definere hvilke ressurser brukeren har, f.eks tidligere interesser, vilje til å bidra i et felleskap og god fysisk form. Ut fra dette kan sykepleieren sette opp mål, f.eks. at brukeren skal føle seg trygg nok til å danse sammen med de andre brukerne og bidra i et felleskap. Mål kan til fordel settes opp sammen med brukeren og dens pårørende, slik at disse får innsikt i tilbudet. Sykepleierhandling kan være varierte i forhold til brukere. Disse kan f.eks være motivasjon, og tilrettelegging (for eksempel ha material til fuglekasse- snekring klart til brukerne kommer). Sykepleieren evaluerer kontinuerlig tiltakene etter som behov

forandrer seg hos den enkelte bruker. Gjennom en slik prosess er det viktig at brukeren er i fokus, og at man legger til rette for den enkelte. (Kristoffersen m.fl. 2005)

## 5.2 Politiske føringer for dagtilbud til demente

Mange kommuner oppfatter at det er frivillig å ha dagtilbud til demente siden det ikke er festet i noen lovhjemmel at kommunene skal ha et slik tilbud. Det har den siste tiden blitt større fokus på de demente og deres behov. I rapporten Glemsk, men ikke glemt (Sosial og helsedirektoratet 2007) legges det stor vekt på det gjeldende lovverket både i helsepersonelloven (1999) og sosialtjenesteloven (1991). Demente har rett på helsehjelp og et dagtilbud som grønn omsorg kan sees på som helsebevarende, da mye tyder på at personer med demens holder seg på et mer stabilt nivå lengere ved et slik tilbud. Dette ble også erfaring som Jorunn Heier sitter med, som har drevet grønn omsorg som dagtilbud for demente i 8 år. I Rundskrivet nr. I- 5/2007 (Helse og omsorgsdepartementet) ble det lagt sterke føringer fra regjeringen som kommunenes ansvar i forhold til Sosialtjenesteloven (1991) sitt formål. Alle som har behov for det skal få hjelp til dagliglivets gjøremål. Med dette menes mer enn bare grunnleggende omsorgsoppgaver, men også fysisk aktivitet, sosial omgang med andre, holde seg orientert om det som skjer og få hjelp til å være aktiv med utgangspunkt i interesser.

I demensplanen 2015 ” Den gode dagen” som helse og omsorgsdepartementet kom med i 2007, står det ettertrykkelig at regjeringen vil gjennom miljøterapeutiske tiltak og tilrettelegge kultur og aktiviteter for å stimulere til økt livskvalitet. Vi erfarte at grønn omsorg stimulerer til denne type aktivisering bl.a. ved å ta i bruk de interessene som brukerne har hatt stor glede av før til å lage en forenklet aktivitet nå som er tilpasset brukeren sine ressurser. Viktigheten med mat og måltider er også nevnt som et eget punkt i demensplanen (Helse og omsorgsdepartementet 2007). Ernæring er jo et av våre grunnleggende som beskrevet tidligere i oppgaven sammen med viktigheten med situasjonen rundt matbordet.

Når demensplanen er gjennomført i 2015 bør det foreligge et tilrettelagt dagaktivitetstilbud til mennesker med demens, enten det er i eget hjem, på dagsenter

eller et annet egnet sted. Kultur, trivselstiltak, måltider og hverdagslige gjøremål skal ha økt oppmerksomhet (Helse og omsorgsdepartementet 2007). Norsk kompetansesenter for aldring og helse har hatt en kartleggingsundersøkelse som ble publisert våren 2009. Denne viser at det er kun 30 prosent av kommunene som har tilrettelagte plasser i dagtilbud, og at antall plasser er lavt. (Krüger 2009)

Ved uformell samtale med utredningspost for demens der mange bor hjemme, ble det uttrykt at de støter på mange problemer når det gjelder å tilrettelagte tilbud til demente. De har også inntrykk av at de fleste demente faller utenom de vanlige tilbudene og etterlyste flere tilbud som for eksempel grønn omsorg til demente.

I teoridelen vår presenterte vi LEON- prinsippet. Dette prinsippet kan man i bruke i denne sammenhengen. Mange kommuner mener de har så presset økonomi at de ikke kan drive et dagtilbud for demente. Det er nevnt både i demensplan 2015 (Helse og omsorgsdepartementet 2007) og i rapporten glemsk, men ikke glemte (Sosial og helsedirektoratet 2007) at det er en stor gevinst for kommunene å ha et slik tilbud. Mye tyder på at demente som har et dagtilbud å gå til holder funksjonsnivået oppe lenger og dermed kan være lenger hjemme. Vi mener at det kan spares mye penger på at disse ikke er på sykehjem. Ved at den demente har et dagtilbud får pårørende et pusterom og kan samle energi til å ta seg av den demente hjemme. Dette bekreftes også av Jorunn Heier som har drevet grønn omsorg i flere år. Hun har sett flere ganger at personer med demens holder funksjonsnivået oppe lengre. Selv om pasienten blir dårligere vil hun/han fortsatt komme til dagtilbudet fordi det kjennes trygt. Hun ser også tendensen til at den siste og dårligste perioden for den demente blir kortere og dermed oppholdet og lidelsen også kortere.

## 6.0 Konklusjon:

Vi ønsket med problemstillingen ”Hvordan kan sykepleiere benytte grønn omsorg som tilbud for å bedre livskvaliteten hos mennesker med demens?” å belyse utradisjonelle tilbud for overfor denne målgruppen, slik at disse oppnår bedre livskvalitet. Vi mener at Siri Næss sin teori om livskvalitet er dekkede for målgruppen vi valgte som hjemmeboende demente. Vi gikk derfor ut i fra hennes fire punkter som har innvirkning på livskvaliteten.

Vi har også hatt fokus på sykepleierens funksjon og sykepleieprosessen for beskrive hvordan sykepleiere kan benytte dette tilbudet. Ved bruk av dette kan man lettere strukturere arbeidet og se resultater. Vi har støttet oss til sykepleierteoretikere for beskrive hvilke fokus og metode sykepleieren kan bruke som arbeidsredskap.

Vi ser viktigheten med at sykepleieren har gode kunnskaper om demens og sykdommens forløp for å kunne best mulig ivareta behov som mennesker med demens har. Da har sykepleieren større mulighet til å kompensere på områder ser personen selv svikter.

Vi ser at grønn omsorg har betydning for å opprettholde funksjonsnivået på et stabilt nivå lenger. Dette kan i seg selv fremme livskvalitet. Gjennom hospitering erfarte vi at mestring og felleskap var et viktig moment i grønn omsorg og at dette var noe brukerne hadde stort utbytte av.

Tilbydere av grønn omsorg føler noe motstand ved at politikere ikke alltid ser viktigheten med dette i en stram kommuneøkonomi, og derfor kan dette være tungt for mange. De må forholde seg til korttidsavtaler og må ofte selv ”finne” brukerne til tilbudet. Vi har derfor belyst hvilke politiske føringer som sier noe om rettighetene mennesker med demens har.

Selv om våre erfaringer tilsier at mennesker med demens har glede og nytte av grønn omsorg som dagtilbud, er vi bevist på at dette ikke passer for alle. Der vi har vært på hospitering er brukere oppvokt på gård, eller har annen tilknytning til landbruket. Aktivitetene og stemningen derfor noe de kan gjenkjenne og knytte minner til. Hvis

man aldri har hatt noe forhold til landbruket blir disse elementene ukjente og derfor ikke har den samme effekten.

Gjennom vårt arbeid med dette har vi sett andre interessante vinklinger på som kunne være spennende og lærerike å undersøke nærmere. Eksempler på dette er viktigheten med avlastning til pårørende til mennesker med demens, grønn omsorg i forhold til andre dagtilbud og bruk av sansestimulering til mennesker med alvorlig grad av demens.

## 7.0 Etterord

Proessen med å skrive oppgaven har vært lang og utfordrende, men likevel spennende og lærerik. V hadde ikke så veldig klare mål om hva vi skulle skrive om når vi begynte å planlegge, enste vi viste var at vi ville skrive om grønn omsorg og målgruppen demente. Starten ble derfor litt lite konkret før vi fant vårt spor. I løpet av hospitering fant vi ut at livskvalitet var det fokuset vi ville ha.

Vi brukte mye tid og ressurser på hospitering. Stedene vi har vært på hospitering har vært spredd og mye tid har derfor gått bort i reising. Siden vi har vært på flere forskjellige steder har også administreringen av hospitering tatt sin tid. Vi hadde i utgangspunktet også en avtale med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, men pga sykdom ble denne avtalen dessverre avlyst.

Selv om hospitering har tatt mye tid, føler vi at vi fikk mye utbytte av alle stedene vi var. Alle hadde sine erfaringer som de velvillig delte med oss, og vi fikk selv ta del i opplegget rundt brukerne slik at vi selv fikk denne opplevelsen og erfaringen inn i kroppen. Dette la et godt grunnlag for selve oppgaven og vi er sikre på at oppgaven ikke hadde blitt den samme uten hospiteringen.

I litteratursøk fant ut at det ikke var skrevet så mye om akkurat det vi var ute etter og vi måtte derfor finne teori som vi kunne vinkle inn mot problemstillingen. Gjennom å se på viktigheten av dagtilbud til demente som grønn omsorg, og sammenligne hvilke politiske føringer som er lagt og hvordan dette blir praktisert ute i kommunene føler vi et enda større engasjement for at dette skulle vært bedre utbredt i Norge.

Vi føler at vi har lært mye som vi kan bruke som sykepleiere og har økt vår bevissthet i forhold til arbeid med demente og tilrettelegging rundt disse. Hvem vet, kanskje vi selv starter opp vårt eget dagsenter med grønn omsorg til demente en dag?

## 8.0 Litteraturliste

### Pensumlitteratur:

- Dalland, Olav (2006). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 3. utgave, 6. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Fjørtoft, Ann-Kristin (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. 1. utgave, 2. opplag. Bergen: Fagbokforlaget
- Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smeby (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005). *Grunnleggende sykepleie bind 1 – 4*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Rustøen, Tone (2006). *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* 1. utgave, 4. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

### Selvvalgt litteratur:

- Bunkholdt, Vigdis (2002). *Psykologi. En innføring for helse og sosial arbeidere*. S.64 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Egset, Anne Sofie (2005). Dei livsviktige livsminna – Nokre moment om livskvalitet for personar med demens og deira pårørande. I: *Aldring og helse* nr 1, side 8 - 13
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen (2006). *Lærebok i demens, fakta og utfordringer*. Kap. 2, 3 og 14. 4. utgave. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Hasselø, Vibeke (2003). Sansestimulering i behandling av personer med demens. I: *Demens* Vol 7 nr 1 side 2-4.
- Helse og omsorgsdepartementet (2007). *Rundskriv nr 1-5/2007 Aktiv omsorg – sentral del av et helhetlig omsorgstilbud*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Helse og omsorgsdepartementet (2007): *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet
- Kirkevold, Marit (2001). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Kap. 5, 7 og 11. 2. utgave, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk

- Krüger, Ragnhild M.E. (2009). Tilbud til personer med demens i norske kommuner- ny landsdekkende kartleggingsundersøkelse. I: *Demens og alderspsykiatri* Vol 13 nr 1 side 10-11
- Nortvedt, Monica W, Gro Jamtvedt, Birgitte Graverholt, Liv Merete Reinar (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert- en arbeidsbok for sykepleiere*. s. 16 Oslo: Norsk Sykepleierforbund
- Rokstad, Anne Marie Mork (2008). Miljøbehandling I: Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye (red.) *Personer med demens – møte og samhandling*. S. 152 – 177. Oslo: Akribe AS
- Sosial- og helsedirektoratet (2007) *IS-1486 Rapport: Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og fremtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. S. 7-13 Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Strandli, Elin H. Aarø (2007). *Den beste dagen på mange år... Dagtilbud for personer med demens i Grønn omsorg .s. 11* Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Swane, Christine E. (2005). Grøn omsorg styrker mentale ressurser. I: *Sygeplejersken* 105.årgang, nr 14, side 22 - 26
- Tystad, Reidun Beate (2008). *Grøn omsorg og livskvalitet for personar med demens. Ei kvalitativ undersøkning av dagtilbod på gardsbruk for personar med demens*. S. 7-78 Trondheim: Noregs Teknisk Naturvitskaplege Universitet (NTNU)

#### Fra internett:

- Det Kgl. Selskap for Norges Vel (2007). *Hva er inn på tunet?* [online] URL: <http://www.innpaatonet.no/default.asp?WCI=ViewNews&WCE=2420&DGI=231&Head=1> (27.04.09)
- Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell* [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (27.04.09)
- Sosialtjenesteloven (1991). *Lov om sosiale tjenester m.v.* [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19911213-081.html> (27.04.09)



## Informasjonsskriv til samtykkeerklæring

Til .....

I forbindelse med hovedoppgava vår og hospiteringen hos deg, ønsker vi å kunne benytte oss av ditt navn i oppgava og dermed kunne benytte noen av de erfaringene du videreformidlet til oss. Pasientnavn vil ikke bli benyttet, og vi vil heller ikke gi noen konkrete beskrivelser av pasienter. Hvis dette er greit for deg, vil vi gjerne ha din signatur på skjemaet som er vedlagt. Dette fordi vi ikke kan referere til deg ved navn, uten å ha din godkjenning (skriftlig). For at vi skal kunne benytte det i oppgave, ønsker vi gjerne at du returnerer dette så fort som mulig. Vi vil også sende deg eksemplar av oppgava, slik at du får sett igjennom denne, før vi leverer den inn.

Hvis du har noen spørsmål, ta gjerne kontakt med oss, enten ved å ringe eller sende mail:

Du kan returnere skjemaet ved å sende det i vedlagt konvolutt.

På forhånd takk ☺



Institutt for sykepleiefag

### SAMTYKKESKJEMA

Aud Marit Røhr og Line Nyhus er studenter ved Høgskolen i Gjøvik, Institutt for sykepleiefag

I forbindelse med gjennomføring av Avsluttende eksamen i sykepleiefaget kan studentene velge en empirisk metode for gjennomføring av denne eksamen. Vi har valgt å benytte en litteraturstudie, men ønsker å få deres tillatelse til å referere til hvor vi har hospitert og å kunne bruke deres navn i oppgaven. (Navn på evt. pasienter vil ikke bli nevnt). Vi har og ønske om å kunne benytte oss av de erfaringer dere har fortalt oss i forbindelse med hospiteringen/samtalene.

Studentene har tillatelse til å innhente opplysninger i forbindelse med denne eksamen i henhold til forsknings etiske regler som beskytter informanter, intervju objekter og aktører som er involvert i studentenes metodevalg. Disse reglene omfatter blant annet:

- pasienter og pårørende som er i et direkte avhengighetsforhold til helsevesenet skal ikke benyttes som informanter i studentenes eksamensarbeide.
- personer som inndras i et prosjekt skal sikres mot skade fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og økonomisk
- Det skal gis frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Skriftlig samtykke anbefales.
- Informanters og intervjuobjektors personlige integritet skal respekteres og han/hun har krav på informasjon om:
  - rett til frivillig deltakelse
  - rett til å trekke seg ut av prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt
  - beskrivelse av eventuell risiko/ ubehag
  - sikring av anonymitet og fortrolighet ved behandling av opplysninger som kommer frem
  - opplysninger om hvem som kan kontaktes om det er behov for ytterligere informasjon

(Ved spørsmål kontaktes veileder Annik Øveraasen, tlf Høgskolen i Gjøvik 611 35 100)

Jeg er informert om undersøkelsens hensikt, problemstilling, metode og framgangsmåte.  
Jeg har lest ovenfornevnte tekst og samtykker til å være respondent for denne undersøkelsen.

.....  
 Fabry, Sore Garstad ..... Olviskel Røstev  
 sted/ dato 27. april 2009 navn



Institutt for sykepleiefag

### SAMTYKKESKJEMA

Aud Marit Røhr og Line Nyhus er studenter ved Høgskolen i Gjøvik,  
Institutt for sykepleiefag

I forbindelse med gjennomføring av Avsluttende eksamen i sykepleiefaget kan studentene velge en empirisk metode for gjennomføring av denne eksamen. Vi har valgt å benytte en litteraturstudie, men ønsker å få deres tillatelse til å referere til hvor vi har hospitert og å kunne bruke deres navn i oppgaven. (Navn på evt. pasienter vil ikke bli nevnt). Vi har og ønske om å kunne benytte oss av de erfaringer dere har fortalt oss i forbindelse med hospiteringen/samtalene.

Studentene har tillatelse til å innhente opplysninger i forbindelse med denne eksamen i henhold til forsknings etiske regler som beskytter informanter, intervju objekter og aktører som er involvert i studentenes metodevalg. Disse reglene omfatter blant annet:

- pasienter og pårørende som er i et direkte avhengighetsforhold til helsevesenet skal ikke benyttes som informanter i studentenes eksamensarbeide.
- personer som inndras i et prosjekt skal sikres mot skade fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og økonomisk
- Det skal gis frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Skriftlig samtykke anbefales.
- Informanters og intervjuobjektors personlige integritet skal respekteres og han/hun har krav på informasjon om:
  - rett til frivillig deltakelse
  - rett til å trekke seg ut av prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt
  - beskrivelse av eventuell risiko/ ubehag
  - sikring av anonymitet og fortrolighet ved behandling av opplysninger som kommer frem
  - opplysninger om hvem som kan kontaktes om det er behov for ytterligere informasjon

(Ved spørsmål kontaktes veileder Annik Øveraasen, tlf Høgskolen i Gjøvik 611 35 100)

Jeg er informert om undersøkelsens hensikt, problemstilling, metode og framgangsmåte.  
Jeg har lest ovenfornevnte tekst og samtykker til å være respondent for denne undersøkelsen.

.....Selen 27.04.09 ..... Ingunn Sigstad Mox .....  
sted/ dato navn



Institutt for sykepleiefag

### SAMTYKKESKJEMA

Aud Marit Røhr og Line Nyhus er studenter ved Høgskolen i Gjøvik, Institutt for sykepleiefag

I forbindelse med gjennomføring av Avsluttende eksamen i sykepleiefaget kan studentene velge en empirisk metode for gjennomføring av denne eksamen. Vi har valgt å benytte en litteraturstudie, men ønsker å få deres tillatelse til å referere til hvor vi har hospitert og å kunne bruke deres navn i oppgaven. (Navn på evt. pasienter vil ikke bli nevnt). Vi har og ønske om å kunne benytte oss av de erfaringer dere har fortalt oss i forbindelse med hospiteringen/samtalene.

Studentene har tillatelse til å innhente opplysninger i forbindelse med denne eksamen i henhold til forsknings etiske regler som beskytter informanter, intervju objekter og aktører som er involvert i studentenes metodevalg. Disse reglene omfatter blant annet:

- pasienter og pårørende som er i et direkte avhengighetsforhold til helsevesenet skal ikke benyttes som informanter i studentenes eksamensarbeide.
- personer som inndras i et prosjekt skal sikres mot skade fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og økonomisk
- Det skal gis frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Skriftlig samtykke anbefales.
- Informanters og intervjuobjektors personlige integritet skal respekteres og han/hun har krav på informasjon om:
  - rett til frivillig deltakelse
  - rett til å trekke seg ut av prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt
  - beskrivelse av eventuell risiko/ ubehag
  - sikring av anonymitet og fortrolighet ved behandling av opplysninger som kommer frem
  - opplysninger om hvem som kan kontaktes om det er behov for ytterligere informasjon

(Ved spørsmål kontaktes veileder Annik Øveraasen, tlf Høgskolen i Gjøvik 611 35 100)

Jeg er informert om undersøkelsens hensikt, problemstilling, metode og framgangsmåte.  
Jeg har lest ovenfornevnte tekst og samtykker til å være respondent for denne undersøkelsen.

Vegai 29/4-09  
sted dato

Jorunn Heier  
navn



**Institutt for sykepleiefag**

**SAMTYKKESKJEMA**

Aud Marit Røhr og Line Nyhus er studenter ved Høgskolen i Gjøvik,  
Institutt for sykepleiefag

I forbindelse med gjennomføring av Avsluttende eksamen i sykepleiefaget kan studentene velge en empirisk metode for gjennomføring av denne eksamen. Vi har valgt å benytte en litteraturstudie, men ønsker å få deres tillatelse til å referere til hvor vi har hospitert og å kunne bruke deres navn i oppgaven. (Navn på evt. pasienter vil ikke bli nevnt). Vi har og ønske om å kunne benytte oss av de erfaringer dere har fortalt oss i forbindelse med hospiteringen/samtalene.

Studentene har tillatelse til å innhente opplysninger i forbindelse med denne eksamen i henhold til forsknings etiske regler som beskytter informanter, intervju objekter og aktører som er involvert i studentenes metodevalg. Disse reglene omfatter blant annet:

- pasienter og pårørende som er i et direkte avhengighetsforhold til helsevesenet skal ikke benyttes som informanter i studentenes eksamensarbeide.
- personer som inndras i et prosjekt skal sikres mot skade fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og økonomisk
- Det skal gis frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Skriftlig samtykke anbefales.
- Informanters og intervjuobjekters personlige integritet skal respekteres og han/hun har krav på informasjon om:
  - rett til frivillig deltakelse
  - rett til å trekke seg ut av prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt
  - beskrivelse av eventuell risiko/ ubehag
  - sikring av anonymitet og fortrolighet ved behandling av opplysninger som kommer frem
  - opplysninger om hvem som kan kontaktes om det er behov for ytterligere informasjon

(Ved spørsmål kontaktes veileder Annik Øveraasen, tlf Høgskolen i Gjøvik 611 35 100)

Jeg er informert om undersøkelsens hensikt, problemstilling, metode og framgangsmåte.  
Jeg har lest ovenfornevnte tekst og samtykker til å være respondent for denne undersøkelsen.

Veldre 30.07.09  
sted/ dato

Randi Olufsen Aaser  
navn



Institutt for sykepleiefag

### SAMTYKKESKJEMA

Aud Marit Røhr og Line Nyhus er studenter ved Høgskolen i Gjøvik,  
Institutt for sykepleiefag

I forbindelse med gjennomføring av Avsluttende eksamen i sykepleiefaget kan studentene velge en empirisk metode for gjennomføring av denne eksamen. Vi har valgt å benytte en litteraturstudie, men ønsker å få deres tillatelse til å referere til hvor vi har hospitert og å kunne bruke deres navn i oppgaven. (Navn på evt. pasienter vil ikke bli nevnt). Vi har og ønske om å kunne benytte oss av de erfaringer dere har fortalt oss i forbindelse med hospiteringen/samtalene.

Studentene har tillatelse til å innhente opplysninger i forbindelse med denne eksamen i henhold til forsknings etiske regler som beskytter informanter, intervju objekter og aktører som er involvert i studentenes metodevalg. Disse reglene omfatter blant annet:

- pasienter og pårørende som er i et direkte avhengighetsforhold til helsevesenet skal ikke benyttes som informanter i studentenes eksamensarbeide.
- personer som inndras i et prosjekt skal sikres mot skade fysisk, psykisk, sosialt, kulturelt og økonomisk
- Det skal gis frivillig informert samtykke til å delta i undersøkelsen. Skriftlig samtykke anbefales.
- Informanters og intervjuobjektors personlige integritet skal respekteres og han/hun har krav på informasjon om:
  - rett til frivillig deltakelse
  - rett til å trekke seg ut av prosjektet på et hvilket som helst tidspunkt
  - beskrivelse av eventuell risiko/ ubehag
  - sikring av anonymitet og fortrolighet ved behandling av opplysninger som kommer frem
  - opplysninger om hvem som kan kontaktes om det er behov for ytterligere informasjon

(Ved spørsmål kontaktes veileder Annik Øveraasen, tlf Høgskolen i Gjøvik 611 35 100)

Jeg er informert om undersøkelsens hensikt, problemstilling, metode og framgangsmåte.  
Jeg har lest ovenfornevnte tekst og samtykker til å være respondent for denne undersøkelsen.

*Sillehammer 27. april 09* *Per Fagemo Berg*  
.....  
sted/ dato navn