

Campus Elverum

Avdeling for Folkehelse

4BACH

Camilla Hansen Bøvolden og Marthe Korsmo

Veileder: Dina Bjørlo Strande

Brukermedvirkning og søvnkvalitet hos personer med demens

Patient participation and sleep quality for people with dementia

Antall ord: 13178

Bacheloroppgave i sykepleie

Basy 2014

2017

...In a room where light hides behind the curtains
In a bed where you're lost in a dream
In a time the world is full of darkness
In a house that doesn't suit quieter than these

We know you're there
Somewhere inside
I say a prayer
For you to smile
Looks like the angels
Owe me one today
But I stay long and I won't be long
Till I see the old days

Open your eyes and say hello
Open your eyes and just let go
Tell me to get the remote
So we can watch your favourite show
And ruffle my hair and say it's bad and tell me there's chocolate in your handbag
And tell me just how much I've grown
And let me know I'm not alone...

...I remember how you'd come around and see us
And you'd always have the same cup for your tea
Oh that cup sits on the shelf now
Waiting for the day you come back to me oh...

...And I will never understand how a
Precious memory can fade away
But I'm not worried about that 'cos I
Know you're in good hands
And you are safe...

Utdrag hentet fra "Not Alone" av Harry Gardner

Sammendrag

Tittel: «Brukermedvirkning og søvnkvalitet hos pasienter med demens», «Patient participation and sleep quality for people with dementia».

Bakgrunn: I sykepleie til eldre med demensutvikling kreves en tilnærming som vi ønsker å lære mer om. I dag har cirka 66.000 personer en demensdiagnose i Norge. Oppgaven er rettet mot brukermedvirkning i hverdagslige aktiviteter til pasienter med demens i sykehjem. Her blir Joyce Travelbee's mellommenneskelige sykepleietenkning sentral. Vi ønsker å se på sammenhengen dette har med søvnkvalitet på natt.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å belyse hvordan brukermedvirkning enklere kan være en del av demensrammedes hverdag på sykehjem. Brukermedvirkning i sammenheng med aktivitet vil kunne gi en høyere søvnkvalitet på natt. Kunnskap om dette vil gjøre hverdagen som sykepleier mer givende og enklere. Pasientenes hverdag vil også bli bedre, og søvnkvaliteten vil øke.

Metode: Oppgaven er et litteraturstudie basert på litteratur, forskning og praksiserfaringer.

Resultat: Forskning viser at brukermedvirkning er mulig hos personer med demens i større grad enn hvordan det benyttes nå. Det viser seg også at brukermedvirket aktivitet på dagtid fremmer søvn på nattestid. Studier viser også at eldre demensrammede har et ønske om å være i mer aktivitet enn hva de har mulighet til.

Konklusjon: Sykepleieren må ha kunnskaper om hvordan man tilrettelegger for økt brukermedvirkning hos pasienter med demens. Inkludering i hverdagslige aktiviteter vil ha positiv innvirkning på søvnkvalitet og livskvalitet. Tilnæringsmåtene sykepleieren benytter seg av i møtet med den demensrammede har mye å si for det mellommenneskelige forholdet.

Nøkkelord: Sykepleie, demens, sykehjem, brukermedvirkning, aktivitet, søvnkvalitet

Innholdsfortegnelse

| | |
|---|-----------|
| SAMMENDRAG..... | 3 |
| 1. INNLEDNING | 6 |
| 1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG HENSIKT MED OPPGAVEN | 6 |
| 1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 7 |
| 1.3 CASE | 8 |
| 1.4 AVGRENSNING OG PRESISERING | 9 |
| 1.5 LOVER OG FORSKRIFTER | 10 |
| 1.6 BEGREPSAVKLARINGER..... | 11 |
| 1.7 OPPGAVENS DISPOSISJON | 12 |
| 2. TEORI | 13 |
| 2.1 PASIENTER MED DEMENSLIDELSER I SYKEHJEM | 13 |
| 2.2 BRUKERMEDVIRKNING, MESTRING OG AUTONOMI | 13 |
| 2.3 SØVN OG SØVNFØRSTYRRELSER HOS ELDRE..... | 15 |
| 2.4 SYKEPLEIERENS FUNKSJON | 16 |
| 2.4.1 <i>Sykepleie som forebyggende og helsefremmende funksjon</i> | <i>16</i> |
| 2.5 JOYCE TRAVELBEE..... | 17 |
| 2.5.1 <i>Travelbee om roller og fasene i det mellommenneskelige forholdet</i> | <i>18</i> |
| 2.6 KOMMUNIKASJON TIL PASIENTER MED DEMENS..... | 19 |
| 2.7 MILJØBEHANDLING | 20 |
| 3. METODE | 21 |
| 3.1 LITTERATURSØK | 21 |
| 3.2 KORT PRESENTASJON AV FORSKNING- OG FAGARTIKLER | 22 |
| 3.3 KILDEKRITIKK..... | 23 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 3.4 | ETISKE OVERVEIELSER | 23 |
| 4. | PRESENTASJON OG FUNN | 25 |
| 4.1 | AUTONOMI I SYKEHJEM FOR PASIENTER MED DEMENS | 25 |
| 4.2 | PERSONER MED DEMENSSYKDOM I SYKEHJEM: REFLEKSJON OVER LIVET | 26 |
| 4.3 | OCCUPATIONAL PATTERNS OF PEOPLE WITH DEMENTIA IN RESIDENTIAL CARE: AN ETHNOGRAPHIC STUDY | 27 |
| 4.4 | MENINGSFULLE AKTIVITETER PÅ SYKEHJEM | 28 |
| 4.5 | DEMENTES DELTAGELSE I AKTIVITETER AFHÆNGER AF FUNKTIONSEVNEN | 29 |
| 4.6 | EFFECT OF INDIVIDUALIZED SOCIAL ACTIVITY ON SLEEP IN NURSING HOME RESIDENTS WITH DEMENTIA | 30 |
| 5. | DISKUSJON | 32 |
| 5.1 | BRUKERMEDVIRKNING MED FOKUS PÅ DET MELLOMMENSKELIGE FORHOLDET | 32 |
| 5.2 | AKTIVITET SOM SYKEPLEIE TIL PASIENTER MED DEMENS | 35 |
| 5.3 | BRUKERMEDVIRKET AKTIVITET | 37 |
| 5.4 | BRUKERMEDVIRKET AKTIVITET OG INNVIRKNING PÅ SØVNKVALITETEN | 40 |
| 6. | KONKLUSJON | 42 |
| | LITTERATURLISTE | 43 |
| | VEDLEGG 1, PICO-SKJEMA | 46 |
| | VEDLEGG 2, SØKEHISTORIKK | 47 |

1. Innledning

Målet med oppgaven er å se på sammenhengen mellom økt brukermedvirkning, aktivitet og søvnkvalitet. Dette gjør vi ved å se nærmere på hvilke hverdagslige oppgaver det er mulig for personer med demens i sykehjem å være delaktig i. I oppgaven vil vi se nærmere på sykepleierens funksjon i sykehjem og hva man kan gjøre for å øke brukermedvirkningen. Vi mener det er viktig at vi ser mulighetene den enkelte pasient har, og at vi kan kartlegge den enkeltes pasients interesser og ressurser. Søvnkvalitet er en viktig faktor i det å holde seg engasjert i daglige aktiviteter. Derfor ønsker vi også å studere sammenhengen mellom aktivitet og hvile. Utenom dette har vi også sett på demensplanen i stortingsmelding nummer 25, fra 2015, der det vektlegges hvordan man tar sikte på å ivareta denne pasientgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dermed er dette et samfunnsaktuelt tema i tillegg til våre egne interesser.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og hensikt med oppgaven

I Norge i dag regner man grovt sett med at det er rundt 66.000 personer som lever med en demensdiagnose. Det er ikke noe som indikerer at demenssykdom forekommer hyppigere nå enn tidligere, men med den økende eldre befolkningen vil det være flere som lever lenger og dermed har muligheten til å utvikle sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 12). Det er i årene fremover forventet en kraftig vekst i antallet personer over 90 år, og det er beregnet at fra år 2020 vil det komme en sterk vekst av personer over 80 år. Om forekomsten av demenssykdommer fortsetter å holde seg på dagens nivå vil det i 2040 være dobbelt så mange som lever med demens, om lag 135.000 personer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 12).

Rundt halvparten av de som har en demenssykdom lever i eget hjem, mens resten er innenfor en institusjon. Rundt 75 % av de med fast sykehjemsplass har utviklet en form for demens. Det er til tross for dette svært få plasser som er tilrettelagt demens og skjerming av personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 12).

Ut i fra disse tallene kan vi regne med at mange har en i nær familie eller vet om noen som lider av demens. Med den økende eldre befolkningen og den økende risikoen for demens er

dette et tema som er og kommer til å være veldig aktuelt for sykepleiere. Da vi var i psykiatrisk praksis på sykehjem ble vi inspirert til å se nærmere på temaet. Vi la merke til at pasientene ofte var inaktive og vi så at mange slet med dårlig søvnkvalitet på natt. Aktivitetene som ble gjennomført på dagtid, i fellesarealer, manglet elementer av brukervedvirkning. Vi hadde muligheten til å se nærmere på den enkelte pasients resurser, som kunne ha blitt forsterket gjennom brukervedvirkning.

Gjennom årene på sykepleiestudiet har vi også lært om flere forskjellige sykepleieteoretikere. Under arbeidet med denne oppgaven kom vi frem til at vi hadde et ønske om å bruke Joyce Travelbee sin sykepleietenkning for å styrke det mellommenneskelige forholdet til vår pasientgruppe. Travelbee (2001) legger møtet mellom to mennesker til grunn for sykepleierens terapeutiske møte med pasienten. Slik byttes roller ut med ekte møter mellom mennesker for å danne gode relasjoner med mål om å finne mening i en hverdag med sykdom og lidelse.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Hvordan kan sykepleieren øke brukervedvirkningen i hverdagslige aktiviteter hos personer med demens i sykehjem, og har dette innvirkning på søvnkvalitet?

Med dette prosjektet ønsker vi å belyse viktigheten av brukervedvirkning i demensomsorgen. Vi vil ta for oss demensutsatte som vår pasientgruppe. Ønsket og målet med oppgaven er å se sammenhengen mellom søvn og aktivitet hos personer med demens, der brukervedvirkning er et element som påvirker hverdagens aktiviteter.

I oppgaven vil vi bruke et case for å belyse eksempler og situasjoner. Dette caset er bygget på egne erfaringer og vil gjøre teksten gjenkjennbar for andre gjennom å vise hvordan pasientgruppen kan opptre. Caset tar for seg hverdagen til en demensrammet dame i 80-års alderen og den første uken etter hun kom på sykehjem.

1.3 Case

Anna er 83 år gammel og bor på sykehjem. For noen år siden oppdaget hennes datter at hun til tider gjentok seg selv og ikke hadde styr på matlaging og betaling av regninger lenger. På grunn av dette ble fastlege kontaktet, og hjemmesykepleien koblet inn. Anna hadde vist tegn til irritabilitet og fornektelse når hun ble konfrontert med glemsomheten som datteren hadde oppdaget. Det ble foretatt et hjemmebesøk fra kommunen der Annas kognitive funksjon ble kartlagt gjennom et skåringsverktøy kalt MMSE (mini mental score evaluation). Hennes skår viste at det forelå en kognitiv svikt og hun ble videre innkalt til supplerende undersøkelser hos fastlege. Det viste seg at disse undersøkelsene underbygde MMSE-testen og datterens mistanke om demens. Da Anna ved hjelp av hjemmesykepleien ikke klarte å ivareta sine behov for søvn, hygiene, aktivitet og ernæring, ble hun søkt inn til fast plass på sykehjemmet i kommunen hun bor i.

Den siste tiden før hun ble innlagt på sykehjemmet var turbulent for både Anna og datteren. Glass og bestikk hadde blitt forsøkt vasket i vaskemaskinen ,og ikke i oppvaskmaskinen, og datteren hadde fått opplyst av det ikke lenger var noen god rutine i når lyset i huset til Anna var tent og når det var mørkt. De siste månedene før Anna flyttet hadde hun stort sett holdt seg innendørs, og virket lite opplagt på dagtid. Hun hadde derimot ringt på hos naboene på natten for å spørre om hjelp for å komme seg på butikken.

Anna har hele livet klart seg selv og har alltid vist stor glede for husarbeid og gjestfrihet. Før hun ble glemsom minnes datteren at det alltid luktet nystekte brødvarer og at det alltid var plass til ett menneske til ved middagsbordet. Hun utførte klesvasken med flid, det var alltid strykekanter på både lommetørklær og sengetøy. I følge datteren har Anna vært glad i å gå ettermiddagsturer, etter at alt husarbeidet var gjennomført for dagen. Det har aldri vært interessant for Anna å se på tv eller strikke. Hun har derimot vist stor glede for maling sammen med barnebarna de siste årene.

Etter en uke på sykehjemmet møter vi Anna. Gjennom en pårørendesamtale kommer det frem at Annas datter synes at hun fortsatt er lite opplagt på dagtid. Hun viser heller ingen stor interesse for håndarbeidet de ansatte forsøker å aktivisere henne med. Datteren mener at mor ser ”gusten og grå” ut og at hun bør undersøkes av lege for å finne ut om hun har sykdom eller mangeltilstander. Vi tenker som sykepleiere at dette også kan ha andre årsaker og går frem for å kartlegge Annas behov og hennes hverdag.

1.4 Avgrensning og presisering

I denne oppgaven har vi tatt utgangspunkt i brukermedvirkning hos pasienter med demens i sykehjem. Det vil si at vi vil ha størst fokus på brukermedvirkning. Vi vil videre sette mestring og autonomi i fokus. Det er ikke tenkt brukermedvirkning i form av å ta store valg som påvirker livssituasjon, økonomi, behandling eller bosituasjon. Dette på grunn av at vi ønsker å bedre hverdagen til den enkelte der de er «nå», og ikke legge til grunn de store valgene som vil ha langsiktig innvirkning på en persons liv.

Med aktiviteter tenker vi i denne oppgaven på hverdagslige aktiviteter slik som oppvask, matlaging og hagearbeid. Vi har ikke tatt utgangspunkt i kjønnsbestemte oppgaver, men heller sett for oss en helhetlig hverdag i et sykehjem der personer med demenslidelse blir satt i fokus. Søvnkvalitet er viktig fordi det blant annet kan føre til en rekke plagsomme og uheldige somatiske sykdommer. Til tross for at dette også har mye å si for pasientgruppen har vi valgt å ikke ha fokus på dette i oppgaven, men det blir nevnt for å belyse noen andre punkter. Vi har ikke satt miljøbehandling som et stort fokus i oppgaven, men ønsker å benytte dette til å belyse punkter som har med aktiviteter og brukermedvirkning å gjøre. Det er derfor lagt til grunn at pasientene har god til moderat funksjon, slik at de mestrer ulike aktiviteter og gjøremål i hverdagen. Sengeliggende pasienter og rullestolbrukere er derfor ikke tatt med.

Vi har ikke gjort skille på type demens, da dette ikke vil ha noen innvirkning på vårt mål med oppgaven. Vi har fokusert oppgaven på personer med en mild til moderat grad av demens. Vi vil ha fokus på ordinære sykehjem der det er en stor del av beboerne som har en type demenslidelse.

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2012, s. 17) sier noe om sykepleierens funksjonsområder. Vi valgt å begrense funksjonsområdene i oppgaven til sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon. Som sykepleieteoretiker har vi i denne oppgaven valgt Joyce Travelbee på grunn av hennes mellommenneskelige tenkning. Hun fokuserer mye på håp hos den enkelte, noe vi ser bort i fra i denne oppgaven, da vi vil ha fokus på pasientenes hverdag, og ikke deres håp for fremtiden.

Vi har valgt å ha med en begrepsavklaring i innledningskapittelet for å forklare enkelte begreper som er viktige for oppgaven, men ikke kommer til å bli forklart i teksten i de videre kapitlene.

I denne oppgaven har vi valgt å ta utgangspunkt i et case for å bedre belyse våre valg og meninger. Caset er videre brukt i diskusjonsdelen som et element ment for å belyse eksempler. Det er ikke ment at personen i caset skal være hovedfokus for oppgaven, men heller benyttes for å fremheve poenger og muligheter, samt vise våre egne erfaringer i møte med personer med demens.

I oppgaven menes sykepleier som den som har helse- og omsorgsansvaret for pasienten på sykehjemmet. Det kan dreie seg om pleie, omsorg, kartlegging og generell ivaretagelse av pasienten. Med pasienten menes pasienter med mild til moderat grad av demens i ordinære sykehjem. Pasient- og brukerrettighetsloven (2016) definerer pasient som en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.

1.5 Lover og forskrifter

For sykepleiere er det flere lover og forskrifter som gjelder for å kvalitetssikre pleien og opprettholde pasientenes rettigheter. I møte med alle pasienter blir det viktig å vite hvilke rettigheter pasienten har og hvilke lover man må forholde seg til. I møte med vår pasientgruppe blir de følgende lovene mest aktuelle.

Helsepersonelloven (2017) er en lov som gjelder alle som yter helsehjelp, inkludert virksomheter som yter helsehjelp. Formålet med loven er å sikre kvalitet og sikkerhet for pasienter. Den skal også sikre tillitsforholdet mellom den som yter og den som mottar helsehjelp. Hjelpen skal utføres med faglig forsvarlighet og med omsorg som kan forventes ut i fra helsepersonellens kvalifikasjoner. Man plikter å gi informasjon til den som har krav på det etter regler i pasient- og brukerrettighetsloven. Helsepersonell er underlagt taushetsplikt og skal sørge for at informasjon kun blir gitt til den som har krav på opplysninger, med mindre det er gitt samtykke om noe annet (Helsepersonelloven, 2017).

Pasient- og brukerrettighetsloven (2016) har som formål å sikre like god kvalitet og lik tilgang på tjenester. Dette gir pasienter rettigheter som gjelder overfor helse- og

omsorgstjenesten. Bestemmelsene i loven skal bidra til å fremme tillit, sosial trygghet og ivareta respekten for den enkeltes liv og menneskeverd. Pasienten har rett til å medvirke og samarbeide om behandlingen så langt det er mulig og lar seg gjøre (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016).

Kapittel 4 i pasient- og brukerrettighetsloven omhandler samtykke. Hovedregelen er at helsehjelp kun gis til pasienter som samtykker til behandling. Det må foreligge gyldig rettslig og lovlig grunnlag for å kunne gi helsehjelp uten samtykke. For at samtykket skal være gyldig må pasienten ha fått tilgang til nødvendig informasjon om sin helse og innholdet i helsehjelpen. Pasienten kan til enhver tid trekke tilbake sitt samtykke, og helsepersonell plikter da til å gi informasjon om konsekvensene av at helsehjelpen ikke blir gitt. Stilltiende samtykke vil si at det ut i fra pasientens handlemåte og omstendighetene rundt tilsier at pasienten godtar helsehjelpen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016).

Sykepleieren er til en hver tid underlagt yrkesetiske retningslinjer. Norsk sykepleierforbund har godkjent og publisert «Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere» i 2011. Retningslinjene omhandler hvordan sykepleiere skal oppføre seg og hvordan vi skal vise empati. Sykepleiere må holde seg oppdatert på faglig kunnskap for å kunne yte den best mulige helsehjelpen til pasienter og pårørende. Sykepleierens funksjon er også å forebygge sykdom og gi informasjon og veiledning til sine pasienter for at de skal kunne opprettholde god helse (Norsk sykepleierforbund, 2011).

1.6 Begrepsavklaringer

Etnografi – er studie av levesett med fokus på blant annet økonomi, kultur og religion. Et kjennetegn ved etnografien er dens fokus på kultur og samfunn utenfor den industrialiserte verdenen. Det er vanlig å bruke betegnelsen etnografi om fremstillinger av bestemte grupper mennesker (Sommerfeldt, 2015).

IMRAD-prinsippet – IMRAD er forkortelse for Introduksjon, Metode, Resultat, og (And) Diskusjon. De fleste vitenskapelige artikler er bygget opp etter dette prinsippet, og det kan da benyttes som en sjekkliste ved kildekritikk (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinart, 2012, s. 69).

MeSH-termer - MeSH er forkortelsen for Medical Subject Headings og er en database som benyttes til å finne søkeord som er nært beslektet til det man søker etter (Nortvedt et al., 2012, s. 196).

Paternalisme – Paternalisme bygger på en dyp ansvarsfølelse, faglig kyndighet. Paternalismen oppstod hos høyt respekterte og engasjerte fagfolk. Fagfolkene visste best, og pasienten måtte gjøre som de sa. Vi kan se på det som rutinepreget arbeid, uten medvirkning fra andre hold (Hjort, 2006, s. 133).

Identitet – Identitet er det som sier noe om hvem man er og hva man består av. Det man består av som gjør ”meg til meg” er selvbildet som er utviklet gjennom livet på grunnlag av holdninger, verdier, kompetanse og følelser (Engedal og Haugen, 2009, s. 58-58).

1.7 Oppgavens disposisjon

Oppgaven er delt inn i kapitler og underkapitler for å gi en ryddig presentasjon. Vi har bygget opp strukturen slik at avsnittene ikke blir for lange og uoversiktlige. I kapittel 1 har vi satt opp en innledning med presentasjon av problemstilling, case og bakgrunn for oppgaven. Vi har også sett på lover som påvirker sykepleiere og satt opp avgrensinger for problemstillingen. I kapittel 2 presenterer vi teorien vi har fordypet oss i og som er relevant i forhold til problemstillingen og caset. I kapittel 3 forklarer vi metoden og strategien for søkene vi har gjort etter litteratur. Vi presenterer også litteratursøkene, forskningsartiklene, kildekritikken og de etiske overveielsene. Kapittel 4 presenterer funn som er gjort i forskning og faglitteratur som er relevant for oppgaven. I kapittel 5 drøfter vi funnene, teorien og våre egne erfaringer fra praksis for å svare på problemstillingen. I tillegg vil det komme frem eksempler på hvordan vi kan ivareta personer med demens, hvor Anna fra caset brukes til å fremheve disse. Kapittel 6 presenterer en konklusjon og løsning på problemstillingen.

2. Teori

I teorikapittelet ønsker vi å belyse teorien som vil ligge til grunn for å gi et helhetlig bilde av oppgaven vår. For å kunne gi optimal sykepleie til pasienter med demenslidelser er det flere faktorer som spiller inn og krever kunnskap. Vi begynner med teori rettet mot et pasientperspektiv, deretter går vi over til teori rettet mot et sykepleieperspektiv.

2.1 Pasienter med demenslidelser i sykehjem

Sykdommen demens er en ervervet hjerneorganisk svikt som oftest opptrer hos mennesker over 65 år. Ofte blir sykdommen kalt aldersdemens eller senilitet på folkemunne. Det som skjer på cellenivå i hjernen er at nerveceller degenereres slik at den mentale kapasiteten reduseres eller tapes totalt. Degenereringen opptrer over tid og sykdommen er ikke reversibel selv om det finnes ulike bremsende medikamenter på markedet. Det er fire hovedtyper demens som opptrer: Alzheimer demens, vaskulær demens, frontallappdemens og alkoholbettinget demens. Felles for de alle fire er at ulike steder i hjernen affiseres slik at den mentale og dermed funksjonelle kapasiteten reduseres (Engedal og Haugen, 2009, s. 17-25). Det viktig å klare å se bort fra fellestrekkene i de organiske funksjonene og fokusere på at hver enkelt pasient som er demensrammet er unik og har sine spesielle behov. Sykdommen vil over tid kreve assistanse eller fulltids hjelp til personlig ivaretagelse av behov hos den som er rammet. Behovene som krever tilrettelegging og hjelp vil være individuelle fra person til person. Mange med demens vil ha god nytte av begrensede omgivelser og få mennesker å forholde seg til. I mange tilfeller vil demenssykdom kreve sykehjemsopphold, men dessverre er ikke økonomien og ressursene gode nok til å tilrettelegge for god demensomsorg. Opphold på vanlige sykehjem er ofte alternativet selv om miljøet og bemanning ikke er lagt opp til behovene hos demensrammede (Rokstad, 1997, s. 534-539).

2.2 Brukermedvirkning, mestring og autonomi

Brukermedvirkning er en arbeidsform som man benytter seg av når problemer skal løses. Det innebærer at pasienten er involvert, og kan medvirke i beslutninger og valg som omhandler

sin egen hverdag. Brukermedvirkning er ikke bare en god arbeidsmåte, men er også lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven (2016). Medvirkning vil vise hvilke aspekter i livet som er viktig for den enkelte i tillegg til at det kan legge til rette for et godt sosialt samspill. En skjematisk oppsatt oversikt over den enkelte pasients preferanser vil legge et godt grunnlag for medvirkning i sin egen hverdag i sykehjem (Smebye, 1997, s. 85). For å utarbeide slike oversikter vil både pårørende, pasienten og helsepersonell spille en stor rolle. I tillegg skal pasienten ha mulighet til å ta valg hver dag i samråd med pleiere. Det kan handle om så enkle ting som når en pasient ønsker å stå opp eller hva han eller hun vil spise. Enkelte valg vil være avhengig av samtykkekompetanse, men alle valg behøver ikke være hindret grunnet dette (Smebye, 1997, s. 86).

Gjennom brukermedvirkning vil pasienten lettere kunne oppnå mestring. Mestring vil si at man har kontroll over en situasjon og man føler man får til det man holder på med (Eide & Eide, 2013, s. 56). Det defineres som ens evne til å håndtere stress og utfordrende situasjoner gjennom å bruke tankemessige og atferdsmessige reaksjonsmønstre (Thorsen, 2014, s. 66). Disse reaksjonsmønstrene kan være sosiale interaksjoner, problemløsning og håndtering av ens følelser med fokus på bevaring av selvfølelsen. Slik håndtering er en hjelperessurs for pasienten enten han eller hun står alene, eller får hjelp av andre (Eriksson, 2012, s. 388). Som sykepleier kan man legge til rette for mestring ved å være en praktisk hjelper, ved å være en lyttende og empatisk samtalepartner og bidra med rasjonelle synspunkter på ulike utfordringer (Eide & Eide, 2013, s. 56). Mestringsfølelsen som oppstår gir mennesker en meningsfull og kontrollert tilværelse som de trives i. I mange tilfeller kan man se at eldre handler proaktivt når de vet og kjenner på kroppen at alderdommen nærmer seg. Man kan tenke på flere ulike grunner til at handlingsmønsteret endrer seg i denne retningen: unngå stress, ønske om en forutsigbar fremtid og en meningsfull tilværelse. Ved å handle proaktivt kan de skape en hverdag som de vet at de mestrer bedre etter hvert som alderdommen reduserer de ressursene de har. Det ser ut til at eldre beholder denne levemåten selv etter at de kommer på sykehjem, dette kan føre til inaktivitet (Karoliussen, 1997, s. 169).

For å kunne oppnå mestring kreves ressurser. Det vil si verktøy for å mestre ulike situasjoner. Med ressurser kan man tenke på både individuelle, materielle og sosiale verktøy. Individuelle ressurser kan dreie seg om hva man mestrer av oppgaver. Materielle ressurser er ting som omgir en i hverdagen og som bidrar til mestring av gjøremål. Sosiale verktøy, eller ressurser, er familie og nettverk som bidrar til et meningsfylt liv. For å utnytte sine ressurser må en person ha mulighet til å påvirke sin egen situasjon gjennom å kunne oppnå ønsket

aktivitet og trivsel. Sykepleiere må derfor kunne indentifisere og virke oppbyggende rundt de ressursene hver enkelt pasient har (Karoliussen, 1997, s. 161).

Gjennom brukermedvirkning og mestring vil man kunne ivareta pasientens autonomi. Autonomi vil si at et menneske har rett til å bli informert og til å ta valg basert på egen vilje ut i fra sin beslutningsevne (Brinchmann, 2016, s. 89). Det vil si at mennesket vet selv hva som er til sitt eget beste, og har rett til å ta valg basert på egne ønsker, integritet og verdighet (Smebye, 1997, s. 201). Slettebø (2013) drøfter fire punkter som må være tilstede for at autonome valg hos pasienten ivaretas. Disse punktene handler om pasientens evne til å ta egne valg ut i fra kompetanse, ønske, tilrettelagt informasjon og frihet fra ytre press. Disse er; kompetent pasient, konsistent ønske, adekvat informasjon og frihet fra ytre press. Kompetent pasient vil si at psykisk utvikling og kunnskap står til kravet om å ta valg. Ønsker som holdes konsekvent over tid, til tross for vurderinger av konsekvenser er et konsistent ønske. Med adekvat informasjon menes at informasjonen som ligger til grunn for valget er gitt på en måte som sikrer at pasienten har forstått. Frihet fra ytre press vil si at personen ikke er påvirket av noe annet enn seg selv (Slettebø, 2013, s. 92-98).

2.3 Søvn og søvnforstyrrelser hos eldre

I ung alder, da søvn ofte ikke er et merkbart problem, tenker de fleste lite over at søvn er et viktig aspekt for vår psykiske og fysiske velvære (Nygaard, 2006, s. 266). Vi vet at søvnbehovet endrer seg med alderen og at hvert enkelt individ har sine egne fastsatte behov for søvnmengde. I løpet av natten har søvnen vår gjennomgått fem faser. Vi sovner inn og etter cirka 30 minutter er vi i dyp søvn. Denne dype søvnen regulerer kroppens basaltemperatur, blodtrykk, respirasjonsfrekvens og muskel- og hjerneaktivitet til et lavere nivå enn i våken tilstand. Etter cirka 60 min i dyp søvn veksler vi over til lett søvn, også kalt REM- (rapid eye movement) søvn. Det er i REM-søvnen vi opplever å ha drømmene våre, respirasjonsfrekvensen er ujevn, muskulaturen er avslappet, men hjernen arbeider med å bearbeide inntrykk. Denne vekslingen skjer vanligvis 4-5 ganger i løpet av søvnen (Nygaard, 2006, s. 266).

I løpet av søvnsyklusen er det en rekke funksjoner som justeres og reguleres i kroppen og hormonbalansen. Blant annet skilles søvnhormonet melatonin ut fra epifysen i større grad enn ellers på ettermiddagen. Melatoninnivået avtar med alderen og derfor opplever mange eldre

insomni. Dagslys og spesielt sollys på dagtid påvirker i stor grad denne melatoninproduksjonen, det er kjent at sykehjemspasienter ikke eksponeres for direkte sollys så mye som tidligere i livet (Nygaard, 2006, s. 276).

Med alderen endres disse søvnsyklusene og aktivitet på dagtid blir påvirket av for lite god søvnkvalitet. Den gode søvnkvaliteten forringes gjennom at en ond sirkel av lite søvn, mange korte oppvåkninger på natten og deretter lavere aktivitetsnivå på dagen (Nygaard, 2006, s. 276). Fysisk aktivitet kan dempe angst og uro hos den demensutsatte. Dette vil også gi en mer naturlig tretthet slik at det vil føre til bedre søvnkvalitet om natten (Karoliussen, 1997, s. 439). Demenssykdom er en av sykdommene som spesifikt ledsages av søvnevansker. En rekke andre sykdommer som mange får med alderen påvirker også søvnkvaliteten, blant annet: hjertesykdom, smerter, obstipasjon, angst og reflux (Nygaard, 2006, s. 269).

2.4 Sykepleierens funksjon

Som sykepleier skal vi utføre handlinger som dekker menneskets grunnleggende behov. Utover det skal vi utføre en rekke ferdigheter som omfatter pasientens medisinske behov. Sykepleierens utførelse av handlingene vil kunne oppfattes av pasienten som både usikker, hardhendt og brå eller varsom, sikker og presis. Den kunnskapen vi utvikler gjennom å utøve sykepleie kalles erfaringsbasert kunnskap. Sykepleierens funksjoner kan deles inn i syv områder. Disse er: helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering, undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, kvalitet og forskning (Kristoffersen et al., 2012, s. 17).

2.4.1 Sykepleie som forebyggende og helsefremmende funksjon

Helsefremmende sykepleie handler om å ivareta helse, velvære og livskvalitet hos den enkelte pasient og dens omgivelser (Kristoffersen et al., 2012, s. 18). Helsefremmende arbeid har fokus på ivaretagelse av ressurser og identitet hos enkeltindivider. Det skal jobbes målrettet mot redusering av risikofaktorer for sykdommer ved å arbeide slik at sykdommer ikke utvikler seg eller blir mer alvorlig (Gammersvik & Larsen, 2012, s. 28).

Forebygging handler om å identifisere reelle og potensielle risikoer som kan føre til uhelse. Det finnes primære, sekundære og tertiære forebyggende tiltak. De primære tar sikte på å

oppretholde ressurser hos friske og utsatte personer. Sekundærforebygging handler om å identifisere risikofaktorer og hindre at sykdommer utvikles. Tertiærforebygging skal hindre at komplikasjoner oppstår ved undersøkelser eller behandling, men også tilleggs-komplikasjoner ved sykdom (Kristoffersen et al., 2012, s. 18).

2.5 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee står for en sykepleietenkning som er basert på eksistensialisme og humanistisk psykologi. Hun var en amerikansk teoretiker som ble født i 1926. Hun ble utdannet til lærer og var før det utdannet som psykiatrisk sykepleier. Hun forholder seg til ethvert menneske som en unik person som hun ser på som enestående og uerstattelig. Slik kan aldri noen behandles på akkurat samme måte fordi ethvert menneske er den eneste versjonen av seg selv som noen gang har levd og kommer til å leve. Hennes menneskesyn er videre sentrert rundt lidelse og tap som en essensiell del av sykepleien. Hver enkelt pasient vil oppleve sin lidelse som noe helt personlig (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2012, s. 216). Joyce Travelbee definerer sykepleie slik:

«Sykepleie er en «mellommenneskelig prosess» fordi det alltid, direkte eller indirekte, dreier seg om mennesker» (Kristoffersen et al., 2012, s. 216).

Travelbee sier lite om menneskets omgivelser under sykdom, men hun forteller allikevel om kulturen som en viktig del av personens oppfatning av sykdom og lidelse. Hun beskriver også sammenhengen mellom pasientens familie og pasienten selv som betydningsfull for den syke. Dermed knyttes Travelbee's definisjon av sykepleie til familie og samfunn som mottakere av sykepleie. Mest sentralt står allikevel pasienten som en del av hennes sykepleietenkning (Kristoffersen et al., 2012, s. 216)

Travelbee mener at om en person blir diagnostisert som syk av en lege, kan personens oppfattelse være at vedkommende er frisk. Dette kan være fordi personen har daglige aktiviteter han eller hun ser på som meningsfulle og tilfredsstillende. Aktivitetene kan gjøre opp for pasientens somatiske uhelse. Sykepleieren må derfor være observant på hver enkelt pasients oppfatning av helse. Hun ser på god helse som fravær av annen patologisk sykdom (Travelbee, 2001 s. 32). Mennesket vil dermed være så friskt som det føler seg, og dette defineres ulikt fra person til person. Noen vil finne glede og mening ved å arbeide og ha mye

daglig aktivitet, mens andre kan være tilfreds med en meningsfylt hverdag fylt med lite daglig aktivitet. Hun gir ingen konkret forklaring på begrepet helse, men skaper en del tenkning og refleksjon rundt dette (Kristoffersen et al., 2012, s. 216).

2.5.1 Travelbee om roller og fasene i det mellommenneskelige forholdet

Travelbee visker ut begrepet «rolle» og erstatter det med «mellommenneskelige forhold». Slik opprettholder hun menneskets spesielle trekk og kjennetegn. Hun mener at sykepleieren må skape et menneske-til-menneske forhold til pasienten for å nå sine mål. Det er viktig at pasienten og sykepleieren *ser* hverandre og at forholdet dannes ut i fra at vi er unike personer (Kristoffersen et al., 2012, s. 219).

Joyce Travelbee definerer sykepleieren som en person som er lik som alle andre, men innehar kunnskaper om helse hos andre mennesker. Sykepleieren kan hjelpe til med forebygging og gjenvinning av helse. For de med uhelbredelig sykdom kan sykepleieren hjelpe til med å opprettholde en så god helse som overhodet mulig (Travelbee, 2001, s. 72).

Sykepleieren må i følge Travelbee kunne opprette mellommenneskelige forhold ut i fra flere faser. Den første fasen er det innledende møtet hvor pasient og sykepleier ikke kjenner hverandre. Her dannes førsteinntrykket av hverandre som personer, basert på nonverbalt og verbalt språk og en individuell oppfattelse av disse faktorene. Som sykepleier har man vært i mange pasientsituasjoner tidligere og utfordringen blir å ikke sammenligne pasienten med tidligere erfaringer å la denne forutinntattheten prege dette møtet. Dermed kan sykepleieren se hver pasient i dens krise. I dette første møtet kommer identiteten til begge parter frem litt etter litt og det skapes et kontaktforhold (Kristoffersen et al., 2012, s. 220).

Den andre fasen handler om empati. Travelbee forstår empati som en prosess der sykepleieren holder sitt eget selv på avstand fra den andres. Samtidig må man kunne sette seg inn i den andres psykiske tilstand for forstå dens lidelse. Nærhet og kontakt oppleves i den empatiske situasjonen. I slike situasjoner knyttes et kontaktbånd i det mellommenneskelige forholdet og det gjør at sykepleieren er forpliktet på en unik måte. Empati utvikler seg hele tiden ut i fra erfaringer, både egne og andres (Kristoffersen et al., 2012, s. 220).

Sympati henger sammen med empati, men sympati er knyttet til handling for å oppnå noe hos pasienten. Dette ønsket oppstår fordi sykepleieren har fått innsikt og forståelse for

pasientens psykiske opplevelse av situasjonen. Ved å uttrykke sympati viser sykepleieren at han eller hun forstår og tar del pasientens opplevelser. Opplevelsen av sympati fra sykepleieren kan resultere i at pasienten er i bedre stand til å mestre sin situasjon. Travelbee mener at denne fasen kan bety forskjellen på pasientens vilje til å leve eller dø (Kristoffersen et al., 2012, s. 221).

Den siste fasen tar utgangspunkt i de foregående punktene, og handler om etablering av gjensidig forståelse og kontakt. Fasen er resultatet av samhandlingen i de tidligere fasene. Nå har sykepleieren vist forståelse og ønske om å hjelpe pasienten gjennom handling. På dette nivået har sykepleieren vist at han eller hun har de kunnskaper og ferdigheter som er nødvendige for pleie til pasienten etter hans eller hennes behov. Sykepleieren har vist seg tillitsverdig og inntar en medmenneskelig rolle hos pasienten (Kristoffersen et al., 2012, s. 221).

2.6 Kommunikasjon til pasienter med demens

Det er ikke noe som tilsier at kommunikasjonsbehovet skal avta med alder og ved utvikling av demens (Henriksen, 2015, s. 93). Engedal og Haugen (2009, s. 305) sier at erfaringsmessig er det positivt å la samtalen gå ut i fra positive minner om tidligere liv. Slik kan også samtalen, sakte men sikkert, lede inn mot nåtidens spørsmål og gjøremål. Denne teknikken kalles reminisens. Den non-verbale fremtreden tydeliggjør det man sier og sett i sammenheng ved samtaler med demensrammede er dette viktigere enn noen gang. Man må si det samme med ord som man gjør med kroppsspråket. Er ikke disse to kommunikasjonsmetodene samstemt vil personer med demens oppfatte dette og kan reagere med uro eller agitasjon (Engedal & Haugen, 2009, s. 304).

Andre kommunikasjonsmetoder som kan benyttes er validering og realitetsorientering. Validering går ut på å bekrefte og å gyldiggjøre følelser, og kan benyttes i kommunikasjon med personer med demens. Realitetsorientering skal virke orienterende rundt realiteten som omgir oss og pasienten. Denne typen kommunikasjon er informasjonsgivende. Ingen av disse metodene er godt dokumentert når det gjelder kommunikasjon til demensrammede, og vil derfor virke lite hensiktsmessig (Larsen, 2015, s. 295).

2.7 Miljøbehandling

Miljøbehandling er et uttrykk som kan brukes om mye aktivitets- og miljørettet behandling på institusjoner. Behandling ved hjelp av miljøet som en terapeutisk prosess må man møte pasienten med forståelse for den sosiale sammenhengen han eller hun befinner seg i. Gjennom miljøterapi øker man pasientens egen forståelse for hvordan han eller hun påvirkes av både seg selv og andre. Pasientens mestringsstrategi vil gjenspeiles av tidligere erfaringer og møter, og nye erfaringer vil kunne styrkes gjennom et mellommenneskelig forhold (Hummelvoll, 2012, s. 486).

Anne Marie Mork Rokstad (2015, s. 153) sier at det skal legges vekt på de terapeutiske prosessene som man finner i det daglige livet til pasienten der man tar utgangspunkt i mobilisering og miljø. Miljøbehandling vil derfor kunne ses på som den behandlingen man tilrettelegger for i miljøet. Miljøterapi er når pasienten har terapeutisk effekt av behandlingen som foregår i miljøet rundt seg. Det kan handle om å utforme miljøet slik at det fungerer terapeutisk for pasienten i forhold til at han eller hun finner glede i det. Men det kan også handle om å legge til rette for aktiviteter som fremmer kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter (Rokstad, 2015, s. 153).

Det er kjent at personer med demens opplever avtagende ressurser i sin progredierende sykdom. Den aktivitetsrettede miljøbehandling skal derfor være rettet mot ressursidentifiserende og ressursoppbyggende arbeid. Målet skal være å hjelpe pasienten til å føle mestring gjennom selvstendighet med opplevelse av glede og trivsel (Rokstad, 2015, s. 153).

Aktiviteter gjennomført med tanke på miljøbehandling til personer med demens kan være så mangt. Noen kan finne stor glede i å delta i matlaging, andre kan finne engasjement og entusiasme i hagearbeid og noen kan delta i sosiale sammenhenger og finne terapeutisk behandling i det (Holthe, 2007, s. 1). Selv de banale gjøremålene kan ha stor vanskelighetsgrad for en pasient med demens (Holthe, 2007, s. 3). Disse banale, men utfordrende aktivitetene gir innhold og mening i hverdagen ved opplevelse av mestring (Holthe, 2007, s. 5).

3. Metode

«Metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap... Metoden forteller oss først og fremst noe om hvordan vi kan gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap» (Dalland, 2012, s. 50). Vi vil her belyse hvordan vår oppgave er gjennomført med litteratursøk, funn i søket, valg av forskningsartikler, kildekritikk og avgrensinger som er gjort.

Vi deler metodene inn i kvalitativ og kvantitativ. Kvalitativ metode er en måte å samle inn informasjon som ikke kan måles eller telles. Den tar utgangspunkt i å tolke meninger og opplevelser. Kvantitativ metode gir oss målbare enheter som kan tallfestes eller måles. Et eksempel på kvalitativ metode kan være intervjuer og samtaler, der man er på jakt etter noens opplevelse av en situasjon eller endring. Et kvantitativt eksempel er artikler som tar utgangspunkt i målbare enheter som kommer til syne i grafer og statistikk (Dalland, 2012, s. 112).

3.1 Litteratursøk

I retningslinjene for bacheloroppgaven står det i kravene at vi skal benytte oss av 400 sider selvvalgt litteratur inkludert forskningsartikler. Vi har benyttet oss av både pensumlitteratur og selvvalgt litteratur fra biblioteket på høgskolen. For å forberede oss til denne oppgaven har vi lest gamle bacheloroppgaver med samme tema og benyttet oss av artikler fra sykepleien.no for å få noen ideer til hvordan oppgaven skal utformes.

For å finne relevant forskningslitteratur begynte vi å søke i databasene SweMed og Cinahl, da vi har hatt god erfaring med disse tidligere. Vi brukte søkeord som demens, søvn, brukermedvirkning, egenomsorg, sykepleie, søvnkvalitet og aktivitet, og oversatte disse til engelsk. Dette er beskrevet i vedlegg 1, PICO-skjema. Vi har kombinert søkeordene med «AND» og «OR» i databasene SweMed, Cinahl og Oria for å komme frem til artikler. Videre fra disse søkeordene fant vi MeSH-termer og utvidet og avgrenset søket. Noen av MeSH-termene som ble brukt er; «dementia», «activity», «patient participation» og «sleep». Vi begrenset søket med artikler fra 2005 til dags dato. Dette gjorde vi fordi vi ville

ekskudere de eldste. Vi vet at demensforskning tar tid, derfor har vi valgt å sette en så vid tidsramme. Søkene er videre beskrevet i vedlegg 2, søkehistorikk.

I søkene etter annen litteratur benyttet vi oss av databasen Oria på bibliotekets hjemmesider. Vi brukte de samme søkeordene som nevnt ovenfor. Vi måtte benytte oss av de fleste søkeordene og være kritiske til det vi fant. Vi har også snakket med bekjente som jobber i demensomsorgen der vi har fått lånt bøker og relevant litteratur. Det finnes en hel del litteratur som omhandler demens, så det var viktig for oss å få avgrenset mengden for å finne relevant litteratur.

3.2 Kort presentasjon av forskning- og fagartikler

Solvoll & Granum (2016): Autonomi i sykehjem for pasienter med demens: Norsk fagartikkel som kaster lys over ivaretagelse av autonomi for personer med demens i sykehjem, og hvordan man unngår å gå i fellen med paternalisme. Pasientenes ressurser står i fokus.

Drageset, Normann & Elstad (2013): Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet: En norsk kvalitativ studie som tar utgangspunkt i intervjuer med pasienter for å kartlegge om pasienter med demens kan fortelle fra sitt liv og om sine interesser.

Holthe, Torsen & Josephsson: Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study: En engelskspråklig norsk etnografisk studie gjort av ergoterapeuter, for å kartlegge om pasienter med demens i sykehjem kan fortelle om sine interesser og hvordan dette bør kartlegges for å tilpasse daglig aktivitet.

Haugland (2012): Meningsfulle aktiviteter på sykehjem: Norsk fagfelleurdert forskning som kartlegger interesser hos pasienter kontra hva pleiere tror at pasientene interesserer seg for i norske sykehjem.

Gotfredsen & Pedersen (2005): Dementes deltagelse i aktiviteter afhænger af funktionsevnen: Dansk forskningsartikkel som tar for seg om engasjementet for aktivitet på sykehjem avhenger av graden av funksjonssvikt.

Richards, Beck, O'Sullivan & Shue (2005): Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia: Amerikansk randomisert kvantitativ studie der formålet er å kartlegge om individualisert sosial aktivitet har effekt på kvaliteten på nattesøvnen.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk er beskrevet av Dalland (2012, s. 67) som en måte å komme frem til om en kilde er sann. Man skal skille verifiserte opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2012, s. 67). Hensikten er at leseren skal kunne ta del i de kritiske overveielser vi har gjort rundt relevans og gyldighet til litteraturen vi har valgt (Dalland, 2012, s. 72).

Vi har benyttet oss av bøker som er relevant for vårt tema. Pensumlitteraturen inneholder mye som handler om demens, men vi fant ingen med klar sammenheng mellom søvn, aktivitet og brukermedvirkning hos disse pasientene. På grunn av dette ble disse bøkene brukt i teoridelen for å avklare enkelte begreper. Pensumlitteraturen er brukt for å belyse teoretiske aspekter ved oppgaven. Slik mener vi at teori fra pensum gir diskusjonen rygggrad.

I den selvvalgte litteraturen har vi gått nøye gjennom de relevante bøkene og kapitlene for å finne informasjon som kunne hjelpe oss med videre diskusjonen av oppgaven.

Artiklene vi har valgt ble nøye gjennomgått etter IMRAD-prinsippet, og mange ble ekskludert på grunn av likhet til andre artikler eller at de ikke var relevante lenger enn overskriften. Artiklene som ble tatt i bruk er både kvalitative og kvantitative noe vi ser på som viktig da det vi vil drøfte handler om hva mennesker føler, i tillegg til hvordan aktivitet og brukermedvirkning best utføres i praksis.

3.4 Ethiske overveielser

Gjennom APA-standard har vi kreditert både forfattere og kapitelforfattere for alt arbeidet vi har brukt, som er gjort av andre. Vi har sett at etikken i de artiklene hvor det er utført intervjuer og observasjoner er overholdt, de har fulgt lovpålagte standarder og blitt prøvd for en komité om nødvendig.

Egne erfaringer og meninger er tydeliggjort i oppgaven ved å bruke «vi mener» eller «vi tror» eller lignende.

I forhold til pasienter med demens er det noen etiske overveielser som må tas spesielt hensyn til. Med demenssykdom kan man tenke at vedkommende ikke er i stand til å ta egne valg eller beslutninger som er adekvate i forhold til de spørsmål som stilles. Dette kan føre til at de overkjøres og at respekten til det mennesket det omhandler er redusert (Woods & Pratt, 2005, s. 424). Dette har vi vurdert i artiklene vi har valgt, og sett til at etikken er overholdt.

Vi har til denne oppgaven konstruert et case. Caset bygger på egne erfaringer fra ulike praksisperioder, men er ikke basert på en enkelt situasjon eller pasient. Navnet i caset er oppdiktet og ingen kan gjenkjennes gjennom personlighetstrekk, alder eller bosted. Dermed er de etiske retningslinjene overholdt også her.

4. Presentasjon og funn

I dette kapittelet har vi tatt for oss de forsknings- og fagartiklene som vi har valgt ut til vår oppgave. Her vil det komme frem innledning og metode, resultat og diskusjon knyttet til hver enkelt artikkel.

4.1 Autonomi i sykehjem for pasienter med demens

Tidsskriftet geriatrisk sykepleie gav i 2016 ut en fagartikkel om autonomi i sykehjem for pasienter med demens. Denne artikkelen vekket vår interesse da brukermedvirkning og autonomi ser ut til å henge sammen (Solvoll & Granum, 2016).

Hensikten med artikkelen var å belyse hvordan personer med demens kan få tilrettelagt hverdagen med fokus på autonomi. Forfatterne av artikkelen har videre gransket utvalgte vitenskapelige artikler. Kriteriene gjorde at søket deres til slutt ble avgrenset til 12 fagfellevurderte vitenskapelige artikler. Ivaretagelse av menneskers autonomi er ikke bare en viktig del av sykepleien, men det er også nedfelt i lovverk om pasientrettigheter (Solvoll & Granum, 2016).

Det å ta autonome valg og utføre autonome handlinger er basert på at informasjon blir forstått. Videre sier forfatterne noe om at sykdom som påvirker den kognitive evnen til å motta og vurdere informasjon til å ta valg kan svekke denne prosessen. Dermed kan vi si at sykdom kan påvirke menneskets evne til å ta autonome valg. Allikevel viser det seg at det ikke er de ”store” valgene mennesker på sykehjem ønsker å være delaktig i, det er de små hverdagslige valgene. De valgene som handler om når man skal stå opp, når man skal få vaske seg, hva som skal være på brødsnivå og muligheten til å bevege seg fritt i de trygge omgivelsene (Solvoll & Granum, 2016).

Å være kognitivt svekket er ikke det samme som å ikke ha ønske om å ta valg basert på egne beslutninger. Til tross for denne svekkelsen skal personell, deriblant sykepleiere, gi pasienten mulighet til å fungere i eget liv ut i fra sin autonomi. Dette kan bety at hjelperen må bidra med både hjelp og tilrettelegging, men samtidig ikke frata pasienten de ressursene som er igjen. Forfatterne viser videre til hvordan integritet og verdighet ses på som viktig å ta hensyn til hos pasienter med demens i sykehjem. Dette kan forhindre ulike negative

reaksjoner så vel som at det bidrar til opplevelsen av å bli tatt på alvor som et levende menneske (Solvoll & Granum, 2016).

4.2 Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet

Den kvalitative studien «Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet», publisert i Nordisk tidsskrift for helseforskning, er basert på intervjuer med pasienter med demens som bor i sykehjem. Førsteforfatter av artikkelen er sykepleier og dette var fordelaktig med tanke på å skape en trygg situasjon for pasienter med demens gjennom studien (Drageset, Normann & Elstad, 2013).

Grunnlaget for deltakelsen var en moderat til alvorlig demensdiagnose, men samtidig evnen til å ha en sammenhengende samtale. I det opprinnelige feltarbeidet med intervjuer var det ti pasienter som deltok i studien. Alle pasientene hadde vanskeligheter med daglige gjøremål. Intervjuene varierte i tid og det ble under hvert møte tatt hensyn til dagsform for hver enkelt pasient. Informasjonen ble gitt på nytt hver gang for å kunne plukke opp eventuelle motforestillinger pasienten kunne ha. Pårørende til disse pasientene ble også intervjuet, for å supplere til historiene. Åtte av disse ti pasientene ble intervjuet, mens det var to som ikke deltok på grunn av helsemessige årsaker. Informasjonen fra de to som ikke deltok kom fra pårørende og observasjoner i feltarbeidet, og ble videre brukt til å fylle inn i datagrunnlaget i artikkelen. Arbeidet ute i feltet varte i fem måneder. Gjennom feltarbeidet bygget førsteforfatter opp et tillitsforhold med pasientene og pårørende, og det generelle hovedinntrykket var at intervjusituasjonen ble opplevd som trygg og positiv (Drageset et al., 2013).

De har gjennom denne artikkelen fokus på pasientens indre og ytre identitet, og hva som har skapt denne identiteten. Studien legger til grunn et livsløpsperspektiv og analyse, som vil si at de holder fokus på faser, forhold og overgangen mellom faser i en persons liv. Dette bunner ut i hva personen har av interesser og vaner, og hva de selv vektlegger å ha i fokus. Artikkelen tar for seg viktigheten av nærhet med familien, dyr og matvaner. De velger å vektlegge det personen har, mer enn det personen mangler. Når vi blir eldre skjer det en del store forandringer, som pensjonisttilværelsen og tap av funksjoner, som gjør at personens identitet utfordres (Drageset et al., 2013).

Presentasjonen av funnene ble formidlet gjennom to historier fra to av pasientene. Deretter ble disse og intervjuene fra de seks andre brukt som grunnlag for diskusjonen, i tillegg til observasjoner fra feltarbeidet. Det kommer tydelig frem at pasienter med demens har mulighet til å fortelle om livet sitt og får noe positivt ut av å gjøre det. Gjennom disse fortellingene kan man hjelpe pasienten til å ivareta sine interesser og vaner som de har hatt gjennom et livsløp. For at de demensrammede i studien ikke skulle oppleve det å fortelle fra tidligere i livet som ubehagelig var det en fordel å ha sykepleiekompetanse. Det kreves i tillegg støttende samarbeid mellom sykepleier og pasienten for at en person med demens skal kunne fortelle fra sitt liv (Drageset et al., 2013).

4.3 Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study

Denne etnografiske engelskspråklige studien utført av norske og svenske ergoterapeuter for tidsskriftet *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, tar for seg de ulike mønstrene for aktivitet i sykehjem (Holthe, Torsen & Josephsson, 2009).

Studien har brukt kvantitativ metode, det vil si at de har brukt en blanding av intervjuer og observasjoner for å skape sitt datagrunnlag. Grunnlaget for deltakelse i studien var at det skulle være minst åtte pasienter tilgjengelig og at alle samtykket til å delta i studien. De begynte med å forklare studien til de ansatte, for så å informere pasienter og pårørende og samle inn samtykke. Studiets observasjoner ble utført over 15 dager, med til sammen 45 timer observasjonstid. Det ble utført intervjuer av seks av pasientene, to av pasientene kunne ikke intervjues på grunn av helsemessige årsaker. Korte samtaler fra observasjonstiden ble datagrunnlaget fra disse to pasientene. Studiet ble gjennomført ved et sykehjem i en mellomstor by i Norge. De åtte deltakerne hadde hver sin leilighet som de leide og tilgang på fellesarealer som stue, kjøkken og utearealer. Sykehjemmet hadde en ukeplan med forskjellige aktiviteter som pasientene kunne delta på. Eksempler på aktiviteter var avislesing, trim og baking. I studien ble ikke graden av demens eller MMSE-score kartlagt (mini mental state examination), da studien tok utgangspunkt i de hverdagslige aktivitetene på sykehjemmet og ikke aktivitetene for hvert individ. Studien er utført av ergoterapeuter, og er preget av deres syn på aktivitet (Holthe et al., 2009).

Dataanalysen i studiet tok utgangspunkt i de hverdagslige aktivitetene og de mellommenneskelige forholdene mellom pasientene, i tillegg til forholdene mellom pasient og pleier. De så at pasientene opptrådte som gjester i sykehjemmet, og tok sjelden initiativ til samtaler med andre pasienter. De forholdt seg til pleierne, og pleierne tok seg av matlaging og organisering av aktiviteter (Holthe et al., 2009).

De ønsker i studien å øke bevisstheten om behovet for aktivitet, og hvordan det kan tilrettelegges for flere ting pasientene kan gjøre. Funnene i denne studien er bare dokumentert fra ett sykehjem og den kan derfor ikke sies å representere sykehjemsbeboeren med demens fullstendig (Holthe et al., 2009).

4.4 Meningsfulle aktiviteter på sykehjem

Tidsskriftet Sykepleien har gitt ut en fagfelleverdert forskningsartikkel som tar for seg sammenhengen mellom ansatte og pasienters oppfattelse av hva som er viktig for pasientene (Haugland, 2012).

Hensikten med artikkelen er å kartlegge hva slags aktiviteter som pasientene har interesse for og hva de ansatte mener pasientene har interesse for. Denne artikkelen tar for seg en konkret inndeling av forskjellene mellom de to gruppenes tankegang. Haugland (2012) benyttet seg av en kvalitativ og kvantitativ metode, med bruk av spørreskjemaer hos de ansatte og intervjuer blant pasientene. Spørreskjemaene som ble benyttet inkluderte flere forskjellige aktiviteter, både der de ansatte var aktive og der pasientene selv var aktive. Artikkelen trekker frem at flere andre undersøkelser har bevist at beboere i sykehjem savner aktivitet og sosial kontakt for at dagene skal bli sett på som meningsfulle (Haugland, 2012).

Det generelle resultatet av studien er at pasientene var mest interessert i og fortrakk aktiviteter der de selv var aktive. Det viste seg at den største delen av de ansatte hadde den motsatte oppfatningen, nemlig at pasientene fortrakk aktiviteter der de ansatte var aktive. Sykepleieren blir en sentral brikke i tilretteleggingen for aktiviteter på sykehjem (Haugland, 2012).

Diskusjonen tar for seg en systematisk fremstilling av forskjellene mellom ansatte og pasienters oppfatning av meningsfulle aktiviteter. Forfatteren av artikkelen viser til forskjellige aktiviteter som er «vanlige» i sykehjem, og sammenligner svarene fra de to

gruppene. De ansatte trodde pasientene ville være mest interessert i aktiviteter der de var passive, og pleierne var aktive. Pasientene ønsket i stor grad det motsatte (Haugland, 2012).

4.5 Dementes deltagelse i aktiviteter afhænger af funktionsevnen

En studie vi har valgt er gjort i Danmark av Gotfredsen og Pedersen (2005), for tidsskriftet Klinisk sykepleje. Denne studien fikk vår oppmerksomhet da vi leste at forfatterne ønsket å få svar på om deltagelse i aktiviteter på sykehjem var avhengig av graden av funksjonssvikt.

De ønsket å se på om deltagelsen i aktiviteter var relatert til fysisk funksjon eller graden av kognitiv svikt. Det ble brukt kvantitativ metode. Studien er gjort på 14 sykehjemsavdelinger, der til sammen 100 beboere deltok. Det ble foretatt innsamling av samtykke fra samtlige deltakere. De deltakerne som hadde verge fikk være med dersom stilltiende samtykke forelå. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 84,6 år. Deltakerne ble delt inn i grupper der observasjoner for atferd ble lagt til grunn for sammensetning av gruppene. Slik fikk pasienter med samme atferdstyper deltatt i samme gruppe. Videre ble atferdstypene inndelt i grupper som ble observert av pleieansatte. Slik ble den fysiske funksjonen vurdert i forhold til deltagelse i aktiviteter. Kognitiv funksjon ble kategorisert gjennom MMSE-skår. Aktiviteter ble gjennomført flere ganger med samme pleiepersonale. Pasienter som ikke viste interesse for funksjonsbaserte aktiviteter ble tilbudt taktile aktiviteter. Det vil si aktiviteter som innebærer berøring gjennom følelsessansen. Aktiviteter som ble gjennomført i studien var: bowling, film, lysbilder, sittende gymnastikk, sosial aktivitet i forbindelse med måltid, utflukt og taktile aktiviteter. De pasientene som ikke ønsket å være fullt aktive fra aktivitetens start fikk stå på sidelinjen og se på til de selv ønsket å være med (Gotfredsen & Pedersen, 2005).

Resultater i undersøkelsen viser at det er mange aktiviteter som flere kan delta på i sykehjem, uten å tenke på MMSE-skår. Allikevel skal man være bevisst på at jo lavere MMSE-skår, jo lavere deltagelse over lenger tid i enkelte aktiviteter. For de som hadde funksjonsrelaterte hindringer var det ikke alle aktiviteter som egnet seg, dette er også viktig å legge vekt på i situasjoner der man ønsker at pasienter med demens skal være i aktivitet (Gotfredsen & Pedersen, 2005).

De etiske dilemmaene ble ivaretatt på en god måte ved at pasientene selv kunne bestemme når de ønsket å trekke seg fra aktiviteten. De pasientene som opplevde problemer i forhold til nedsatt syn eller nedsatt hørsel ble ivaretatt ved at de fikk tilbud om de aktivitetene som passet deres hindringer. Det at studien viste såpass stor sammenheng mellom funksjonsevne og deltakelse i aktiviteter er ikke tidligere dokumentert i andre studier i følge forfatterne. Gruppene som ble inndelt etter funksjonsevne og ikke MMSE-skår ble i første omgang inndelt etter intuitiv oppfattelse. Det ville vært fordelaktig å kartlegge og systematisere gruppene bedre for å tilpasse type aktiviteter etter funksjonsevne (Gotfredsen & Pedersen, 2005).

4.6 Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia

Dette er en randomisert, kvantitativ studie, gjennomført i USA i regi av Journal of the American Geriatrics Society. Randomisert vil si at studien benyttet seg av to ulike grupper, for deretter å sammenligne disse for å se om intervensjonen hadde effekt (Richards, Beck, O`Sullivan & Shue, 2005).

Studiens formål er å se om individualisert sosial aktivitet i en til to timer daglig, i en periode på 21 dager sammenhengende, har effekt på søvnkvaliteten hos mennesker med demens i sykehjem. Det var totalt 147 mennesker rammet av demens som ønsket å delta i studien. Kriteriet for å bli inkludert i studien var at pasienten hadde en demenslidelse og at han eller hun var over 55 år. Studien ble utført med en studiegruppe og en kontrollgruppe. Studiegruppen ble kalt ISAI-gruppen (individualized social activity intervensjon). Hypotesen var at ISAI-gruppen skulle oppnå mindre dagsøvn og bedre kvalitet på nattesøvn. Av de 147 som ønsket å delta var det 139 som møtte kriteriene for deltakelse i studien. Alle aktiviteter i den sosiale intervensjonen ble utført på arbeidsdager mellom klokken ni på formiddagen og klokken fem på ettermiddagen. I studien skulle pasientene ha tilrettelagte aktiviteter en til to timer daglig, fordelt på 15- 30 minutters økter. Pasienter som hadde det som vane å hvile på ettermiddagen ble vekket etter en time. Pasienter som tok uregelmessige dupper på dagtid ble vekket. Metoden som ble brukt for å overvåke søvn på nattestid var et armbånd som registeret søvn ut i fra bevegelse. Pasientens bevegelsesmønster ble registret ut i fra om vedkommende sov eller var våken og i fysisk bevegelse. Sykepleiere registeret

utenom dette når pasientene la seg om kvelden og når de stod opp om morgenen (Richards et al., 2005).

Resultatene viste at balansen mellom søvn på dagtid og søvn på nattestid var forbedret hos ISAI-gruppen etter at studien var gjennomført. Resultatene i studien viste seg å være uavhengig av kjønn, alder og grad av demens. Det viste seg at pasientene i ISAI gruppen sov lenger enn de i kontrollgruppen. Målinger viste også at søvnkvaliteten økte ved at de ikke hadde lange våkenperioder i løpet av natten, samt at de falt i søvn raskere på kvelden. Søvn på nattestid ble forbedret med minutter og det ble rapportert om pasienter som følte seg, og var tilsynelatende mer opplagt på dagtid (Richards et al., 2005).

I diskusjonen i artikkelen stilles det spørsmål ved hvor godt man kan registrere hvor opplagt en pasient med demens følte seg, dette ut i fra kommunikasjonsproblemer og kognitiv svekkelse. Selv om vi ikke har hatt fokus på kostnader av studien i vår oppgave var dette noe som ble nøye diskutert i artikkelen. Det viste seg at til tross for at kostnadene til studien var høye i sykehjemmene ble kostnadene på sovetabletter redusert (Richards et al., 2005).

5. Diskusjon

I dette kapittelet ønsker vi å svare på problemstillingen «hvordan kan sykepleieren øke brukervedvirkningen i hverdagslige aktiviteter hos personer med demens i sykehjem, og har dette innvirkning på søvnkvalitet?», gjennom å anvende teori, funn og praksiserfaringer. Organiseringen av kapittelet vil bygge videre på problemstillingen ved å ta for seg punktene brukervedvirkning, hverdagslige aktiviteter og søvnkvalitet i denne rekkefølgen. Vi vil gjøre litteraturen mer gjenkjennbar ved å benytte caset om Anna i eksempler. Vi vil reflektere rundt hvordan det mellommenneskelige forholdet kan kombineres med autonomi for å fremme brukervedvirkning. Gjennom brukervedvirkning og planlagte dager ønsker vi å vise at sammenhengen mellom aktivitet på dagtid og god søvnkvalitet på natt er mulig dersom man benytter seg av god kunnskapsbasert praksis.

5.1 Brukervedvirkning med fokus på det mellommenneskelige forholdet

Som nevnt i caset møter vi Anna etter den første uken på sykehjemmet. Det første møtet med en pasient er et utgangspunkt for begge til å observere og bygge opp meninger om hverandre. Som sykepleiere er det viktig at forutinntattheten ikke setter grenser for hvordan vi blir kjent med dette nye mennesket (Kristoffersen et al., 2012, s. 220). Dersom sykepleieren ikke gjenkjenner at man kategoriserer pasienten som ”enda en”, vil man ikke kunne bygge forholdet videre. Det er derfor viktig at rollene viskes ut og man ser det unike mennesket bak ”pasient-rollen” (Travelbee, 2001, s. 187).

Vi må ta oss tid til å bli kjent med Anna og kartlegge hennes interesser. Vi tar utgangspunkt i Travelbee’s faser i det mellommenneskelige forholdet, der vi i første fase blir kjent med pasientens identitet (Kristoffersen et al., 2012, s. 220). Å kartlegge Annas ressurser vil være et godt utgangspunkt for å finne frem til hennes mestringsevne i ulike daglige aktiviteter. Slik sørger vi for at brukervedvirkningen blir ivarettatt gjennom kartlagte interesser og ting hun mestrer å gjøre på egenhånd. Her blir også pårørende en viktig ressurs med tanke på Annas demensdiagnose som har ført til at hun har glemt eller ikke kan gjøre fullt rede for sine tidligere interesser og vaner. Pårørende kan bidra med supplerende opplysninger. I følge Kristoffersen, Nordtvedt og Skaug (2012, s. 216) sier Travelbee også noe om omgivelsene til

mennesket som sykepleiere skal bli kjent med. Hun viser at de er avgjørende for den enkeltes oppfattelse av lidelse og sykdom. Familieforhold er noe hun ser på som svært viktig, selv om hun også påpeker at det er det enkelte og unike mennesket som skal være i fokus i vår sykepleie (Kristoffersen et al., 2012, s. 216).

Vi ser at intervjuer vil være hensiktsmessig å benytte seg av for å kartlegge interesser. På den annen side er det tidkrevende å utføre omfattende intervjuer i en travel arbeidshverdag. Vi mener allikevel at bare en brøkdel vil være tilstrekkelig for å kunne innlede en kontinuerlig kartlegging av interesser. Kartleggingen er et godt utgangspunkt for brukermedvirkning i sykehjem. Det er en god rutine å ha innarbeidet, samtidig som pasienten har lovfestet rett til å medvirke i sin hverdag (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Anna på sin side har mange kvaliteter og ressurser som vil kunne bety mye i hennes hverdag så lenge de kommer frem gjennom opplysninger fra henne og pårørende.

Vi har erfart at noen pasienter kan ha et ønske over flere dager om å utføre morgenstell etter frokost eller gå en tur hver kveld. Dette er da et konsistent ønske som pasienten har uttrykt ovenfor pleierne. Pasienten er informert om rutiner, viktigheten av hygiene og viktigheten av fysisk aktivitet. Kompetansen til å avgjøre kan være utfordret hos pasienter med demens, noe som gjør at sykepleieren må sørge for at de andre autonome punktene opprettholdes. Pasientens valg må ikke påvirkes av hverken pleiere eller pårørende. Gjennom å kontinuerlig gjennomgå disse punktene vil autonomien kunne ivaretas. Travelbee's mellommenneskelige forhold er grunnlagt i at sykepleieren ser det andre mennesket som en hel person. Ved å vise empati og sympati for at pasienten har andre ønsker enn de som inngår i rutiner på sykehjemmet, styrkes forholdet dem i mellom som unike personer. Dette er den andre fasen i Travelbee's mellommenneskelig tenkning (Kristoffersen et al., 2012, s. 219).

Som pasient på sykehjem kan man stå i fare for å inngå i en paternalisme styrt av tidsklemme og rutinebaserte gjøremål der brukermedvirkningen trues. Som nevnt kan brukermedvirkning få plass i hverdagen gjennom kartlegging av interesser og enkle individbestemte hverdagslige gjøremål. Dersom personalet tilstreber brukermedvirkning vil man også oppnå at autonomien blir ivaretatt. Pasientene kan ha mange ønsker om hvordan hverdagen skal utarte seg, men de kan stå i fare for å ikke bli hørt. Til tross for at sykdom kan svekke evnen til å motta og prosessere informasjon for å ta autonome valg betyr ikke det at pasientene ikke har ønsker om utformingen av sin egen hverdag. Prinsippet om autonomi gjelder selv om samtykkekompetansen er usikker (Solvoll & Granum, 2016, s. 9).

Tillitsforholdet må dermed bygges på et eksistensielt grunnlag med fokus på autonomi for å bli kjent med pasientens identitet. Vi ser at Annas autonomi kan utfordres gjennom hennes innleggelse i institusjon og tap av materielle ressurser som hun kjenner til. Hun har tidligere vært en aktiv dame som har utført mye husarbeid. Vi har sett, gjennom praksis, at ansatte i sykehjem utfører det meste av hverdagslige oppgaver og gir lite rom for pasientdeltakelse. Vi mener at det er mulig å oppnå at Annas interesser for hverdagslige gjøremål ivaretas gjennom god tilrettelegging. Med slike oppgaver tenker vi på at matlaging, diverse rengjøring og hagearbeid kan gjennomføres. Vi har sett at det ofte oppfordres til ulike typer håndarbeid, høytlesing av aviser og andre aktiviteter som kanskje ikke passer for alle. I caset om Anna kommer det frem at hun ikke liker håndarbeid, og dette vil derfor være uaktuelt for hennes unike person.

Ved å utvikle gode relasjoner til pasienten, tolke non-verbalt språk, lytte til det verbale, skape kontakt med pårørende og innhente informasjon om tidligere liv fremmes autonomien og brukermedvirkning. Videre kommer også pasientens identitet godt frem (Travelbee, 2001, s. 187). Som sykepleier må man da være bevisst de små og store mulighetene i hverdagen. Fleksibilitet er et nøkkelord som har mye å si for brukermedvirkningen. Ved at pasientene kan ta valg om når eller hvor handlinger skal utføres, bidrar dette til brukermedvirkning og autonomi. Dette forutsetter at personalet er tilgjengelig til å følge pasientenes ønsker når de har behov for det (Solvoll & Granum, 2016, s. 10-13). På denne måten vil pasienten føle seg sett og sykepleieren vil være nødt til å være tilstedeværende og se det unike i hvert enkelt menneske. Gjennom å skape en relasjon basert på gjensidig forståelse og kontakt resulterer det i at vi har vist ønske om å hjelpe gjennom handling og forståelse, som i Travelbee's faser i det mellommenneskelige forholdet (Kristoffersen et al., 2012, s. 221).

I artikkelen til Drageset, Normann og Elstad (2013) beskriver de hvordan eldre personer med demenslidelser kan fortelle om livet sitt, hvordan interesser synliggjøres og hva som er viktig for pasientene. Det kommer frem i intervjuene at demenssykdom truer pasientens identitet og personlighet gjennom at det er vanskelig eller ikke mulig å huske alt man har opplevd gjennom livet (Drageset et al., 2013, s. 59-60). Den ene av pasientene som ble intervjuet i studien forklarte denne følelsen slik:

Det er rart, men man blir kanskje vant med det. Det går jo ikke fremover, og så blir det tatt bort en hel masse. Det blir jo litt her, og litt der, ikke sant... som gjør at du..., det pilles av etter hvert. Det er sånn jeg føler det (Drageset et al., 2013, s. 59).

Dette sitatet traff oss, da dette er noe vi kjenner igjen fra praksis. Dette har ikke blitt fortalt til oss ordrett, men gjennom samtaler med ulike pasienter har det kommet frem at de føler det er noe som mangler.

Brukermedvirkning bidrar til at pasientens identitet ivaretas, og han eller hun føler seg ivaretatt og sett. Ved at vi tilrettelegger for at pasienten er delaktig i sin hverdag viser vi at vi holder ord og er til å stole på. Vi mener derfor at tillitsforholdet må bygge på gjensidig tillit, noe som sykepleieren må vise gjennom å la autonomien hos pasienten være til stede. Slik ivaretas pasientens interesser og valg samtidig som det skapes et solid mellommenneskelig forhold. I dette kapittelet har vi sett på det mellommenneskelige forholdet Travelbee legger til grunn og satt dette i sammenheng med ivaretagelse av pasienten. Dette mellommenneskelige forholdet blir da en viktig byggestein i det å bevare brukermedvirkningen hos pasienter med demens.

5.2 Aktivitet som sykepleie til pasienter med demens

For å ivareta vår pasientgruppe vil ikke roller og ansvarsområder bety mye for omsorgen da pasienter med demens ikke vil være i stand til å se nytten av slike prioriteringer. Vi må heller oppnå den gode følelsen hos pasienten gjennom hverdagslige aktiviteter der pasienten er delaktig. Derfor vil Travelbee sin sykepleieteoretiske tenkning være sentral når vår funksjon skal settes inn i pasientens liv. Travelbee er nemlig i mot at roller definerer vårt arbeid og setter, som sagt tidligere, menneske-til-menneske-forholdet som grunnleggende fundament for sykepleierens handlinger. For at vi skal ha innvirkning på livet til pasientene ønsker vi å gå inn med en helsefremmende og forebyggende funksjon. Selv om vår pasientgruppe kanskje ikke har innsikt i sitt sykdomsbilde vil det være nødvendig å tilrettelegge for deres unike ressurser og gi tilrettelegging slik at vi kan hjelpe dem med å hjelpe seg selv (Travelbee, 2001, s. 72). For å nå inn til disse pasientene er det nyttig at vi har kunnskap om ulike måter for kommunikasjon. På den ene siden er det nyttig å bruke realitetsorientering som et verktøy for å fremheve realiteten i en situasjon, men dette kan oppleves invaderende og feilkorrigerende for pasienter med demens. Det å realitetsorientere kan minne pasienten på at han eller hun stadig glemmer og dermed vil verktøyet virke mot sin hensikt. Derimot er reminisens et godt dokumentert arbeidsverktøy i arbeidet med demensrammede. Det vil vinkle pasienten inn på den gode følelsen fra tidligere erfaringer, og gi oss muligheten til å benytte disse erfaringene i vårt arbeid med brukermedvirkning. Et eksempel på dette er

hverdagslige gjøremål pasienten har pleid å gjøre før sykdommen inntraff og skapte utfordringer. Vi kan benytte oss av de samme gjøremålene ved å tilnærme oss pasienten gjennom reminisens (Engedal & Haugen, 2009, s. 304). Derfor er det viktig at sykepleiere har tid til å analysere og bli kjent med den enkelte demensrammede og hans eller hennes form for kommunikasjon. Slik kan vi lettere oppfatte hva som menes i de tilfeller pasienten er vanskelig å forstå grunnet afasi, nedsatt oppmerksomhet eller andre utfordringer som vanskeliggjør kommunikasjon. De gode samtalene må finne sted i omgivelser som gir rom for språk og non-verbale uttrykk. Ord må presenteres tydelig og i en normalt langsam hastighet (Henriksen, 2015, s. 97).

På sykehjem har pleiepersonalet ofte aktivisering av beboerne som en del av sine arbeidsoppgaver. Ved å se på den danske studien, skrevet av Godfredsen og Pedersen (2005), om aktivitet i sykehjem kommer det frem, som forventet, at kulturen i arbeidsgruppen har mye å si på hvordan aktiviseringen av pasientene foregår. Det må legges en plan og en struktur for god, tilrettelagt aktivitet for å sikre beboerne et godt tilbud. Studien peker på de negative effektene av inaktivitet og trekker frem punkter vi kjenner oss igjen i: kjedsomhet, nedsatt livskvalitet og sansedepresjon. Dersom det ikke blir satt i gang tiltak vil pasienten havne i en ond sirkel der uregelmessige søvnvaner, nedsatt ernæringsstatus, fallrisiko og livsstils betinget somatisk sykdom vil være utfallet av nedsatt aktivitet. Derimot vil økt aktivisering der pasientene selv bestemmer hva de ønsker å delta på fremme livsglede og mestring (Godfredsen & Pedersen, 2005, s. 5). Miljøet der aktivitetene skal foregå skal virke terapeutisk som en del av miljøbehandling. Det vil si at pasienten skal få utløp for sine mestringsstrategier og problemløsningsmåter som han eller hun gjennom livet har utviklet i sosial omgang. Nye opplevelser og erfaringer vil dermed dannes gjennom et mellommenneskelig samspill og de sosiale ferdighetene vil styrkes (Hummelvoll, 2012, s. 486). Pasienter med demens kan på en side kanskje ikke utvikle ferdigheter og erfaringer på samme måte som kognitivt friske mennesker. Allikevel mener vi at muligheten til å ta valg og påvirke egen hverdag i terapeutisk og trygt miljø vil virke positivt inn på mestring og opplevelsen av å være i et felleskap. Vi vil også bidra med en helsefremmende effekt gjennom økt brukermedvirkning til aktiviteter. Aktivitetene bør foregå i kjente omgivelser slik at pasientene kjenner seg igjen og opplever situasjonen som trygg uten for mye stimuli. De skal også være preget av brukermedvirkning slik at mestringen øker (Godfredsen & Pedersen, 2005, s. 5).

Vi mener vi at det er viktig at vi går inn som en forebyggende funksjon også i de ulike aktivitetene. Med dette mener vi at vi skal ikke bare forebygge dårlig søvnkvalitet og somatisk sykdom ved å gjennomføre aktiviteter, men også forebygge kjedsomhet og utilfredshet ved aktivitetene. Studien fra Danmark av Godtfredsen og Pedersen (2005, s. 5) viser at ulike aktiviteter, og engasjementet i disse, vil avhenge av funksjonsevnen til aktivitetens deltakere. Derfor bør sykepleieren gå inn i pasientgruppen og dele de inn i grupper etter funksjonsevnen og tilpasse aktiviteter etter gruppens og den enkeltes behov (Godtfredsen & Pedersen, 2005, s. 5). På den annen side kan dette sette autonomi og brukermedvirkning på prøve ettersom aktiviteten foregår i gruppe. Det kan allikevel være flere ulike tilnæringsmåter å gjennomføre gruppebaserte aktiviteter på i sykehjem til pasienter med demens, slik at brukermedvirkningen blir ivaretatt.

Vi ser dermed på ulike muligheter for hvordan sykepleieren kan bidra til aktiviteter på sykehjemmet. Hvis vi tar utgangspunkt i caset om Anna ser vi at hun likte å male med sine barnebarn. Dette kan inngå som både individuell og gruppebasert aktivitet. Dette er ikke noe vi tenker krever særlig mye mer enn tilrettelegging og veiledning fra sykepleieren. Slik kan vi være tilstede for flere pasienter samtidig. Vi ser på sykepleierens bidrag i brukermedvirket aktivitet som et veiledende og støttende medmenneske slik Travelbee ville ønsket det.

5.3 Brukermedvirket aktivitet

I flere av artiklene vi har lest er det utført intervjuer med beboerne på sykehjem for å kartlegge deres interesser. Som vi har nevnt tidligere velger mange eldre pasienter med demens å forholde seg passive og utføre enkle oppgaver for å øke sin egen kontroll over situasjoner. Som praktisk hjelper kan vi tilrettelegge slik at flere gjøremål er overkommelige og gir mestringfølelse hos pasienten (Drageset et al., 2013, s. 59-60). Det viser seg at eldre mennesker endrer sitt syn på hva som er viktig for dem. Det som blir satt i fokus er betydningsfulle verdier som familie og deres egne interesser. Disse interessene var for mange husdyr og hvordan man var avhengig av dem til mat og klær, lokal og sesongbasert mat, sang og musikk. For pasienten er det viktig å ivareta de gode relasjonene de har hatt gjennom livet og det blir viktig for sykepleiere å ha fokus på dette (Drageset et al., 2013, s. 61).

Studien til Richards, Beck, O'Sullivan og Shue (2005) hadde nøye planlagte daglige aktiviteter for å øke sosialt samvær. Aktivitetene som skulle prege det sosiale samværet på dagtid ble gjennomtenkt slik at de var sikret individualisert omsorg. Gjøremålene ble kartlagt og fordelt ut i fra tidligere historie, funksjonell og kognitiv status, samt hvor mye de sov på dagtid. Aktivitetene ble ikke rutinemessig innarbeidet, men ble nøye utvalgt til hver pasient daglig. Allikevel ble aktiviteter som flere hadde glede av brukt som sosialt samvær. De sosiale aktivitetene skulle redusere og forstyrre søvnen på dagtid. Oppgaver ble fordelt ut i fra hva som var hensiktsmessig i forhold til graden av demens. Slik kunne for eksempel en pasient med lett grad av demens måle opp og finne ingredienser til en oppskrift, en med moderat demens kunne røre i bakebollen og en med langt fremskridende demens kunne brette servietter. Dermed ble det allikevel samarbeid i oppgavene (Richards et al., 2005, s. 6). Vi ser gjennom de to studiene vi har tatt for oss så langt i dette kapittelet at det å benytte seg av kjente hverdagslige gjøremål med utgangspunkt i tidligere interesser har positiv betydning uansett grad av demens.

Interesser og aktiviteter, og muligheten til å kunne fortelle om dem bringer stor livsglede. Det kommer tydelig frem i studier at dette er viktig å videreføre i sykehjemmene for å skape trygghet og kontinuitet. Muligheten til å fortelle om interesser kan kaste et lys på hvordan det oppleves å leve med demenssykdom. Svekket helse gjør at pasientene forholder seg til færre personer og aktiviteter enn før. På en side er dette positivt for pasienter med demens i forhold til stimuli, men på den annen side kan dette svekke den enkeltes ressurser (Drageset et al., 2013, s. 64). Ved å studere artikkelen til Drageset, Normann og Elstad (2013) ser vi derfor at miljøarbeid, kombinert med hverdagslige gjøremål som inngår i arbeid som er gjenkjennbart for pasientene vil ha stor betydning.

Holthe, Torsen og Josephsson (2009) skriver om at pasientene har evne til å tilpasse seg et nytt miljø, som å komme inn i en institusjon, på en måte man ikke kunne tenke seg var mulig. Pasientene fortalte at de syntes aktivitetene som ble tilbudt fra en ukeplan var viktige for deres psykiske og fysiske helse. De ansatte som ble observert i studien, så ikke ut til å vite hvordan de skulle tilrettelegge for aktiviteter som passet for pasientene (Holthe et al., 2009, s. 106). Et eksempel de trekker frem er hvordan ingen av pasienten gikk og hentet bøker ut av bokhylle på eget initiativ, men leste gjerne fra en bok om den allerede lå fremme på bordet. Dette var noe av det som bekreftet deres teori om at pasientene oppførte seg som gjester. Et annet eksempel er fra intervjuene da en pasient ble spurt om hun noen gang hjalp til med oppvasken, og svaret var at hun kunne ha gjort det, men ble ikke spurt om dette.

Pasientene viste seg å være avhengig av personalet for å kunne starte med aktiviteter. Det kunne virke som de trengte en slags bekreftelse på at det de gjorde var riktig (Holthe et al., 2009, s. 100). Anna på sin side kunne hatt stor glede av tilrettelegging for å ta oppvasken da dette er noe hun er vant med å gjøre. Studien viser oss at tilrettelegging for egenstyrte aktiviteter er en stor og viktig oppgave for sykepleierne. Vi ønsker derfor å gi sykepleie som støtter opp om, og tilrettelegger for ivaretagelse av ressurser og ønsker som pasientene har.

Samtidig viser også enda en studie vi har valgt ut at pasientene ønsker å delta i aktiviteter der de selv er aktive. Dette innebærer at høytlesning og andre aktiviteter som er vanlig i sykehjem kanskje ikke inneholder nok variasjon til at pasientene holdes engasjerte over tid. Det var kontraster mellom hva pleierne trodde pasientene ønsket å fylle hverdagen med og hva pasientene faktisk ønsket å gjøre (Haugland, 2012, s. 10). Haugland (2012) viser også gjennom sin artikkel at kartlegging av den enkeltes interesser er viktig for tilpasset aktivitet.

Man kan ikke alltid regne med at alle ønsker å delta på foreslåtte aktiviteter (Gotfredsen & Pedersen, 2005, s. 6). Allikevel er det mye som skal gjøres gjennom en hel hverdag, blant annet oppvask, re senger, matlaging, dekkning av bord og generell rengjøring. Dermed vil tilbudene om aktivitet variere gjennom hele dagen. De aktivitetene som er planlagte kan deles opp slik at ulike grupper med pasienter får tilbud om ulike typer aktiviteter. Studien til Gotfredsen og Pedersen (2005) viser at oppdeling av grupper bør skje etter funksjonsevne for å oppnå noe lik deltakelse under aktivitetene. Meningsfylte aktiviteter med passe stimuli og ulike variabler kan hjelpe på oppmerksomheten (Gotfredsen & Pedersen, 2005, s. 7). Undersøkelsen understreker videre at det er nødvendig med brukermedvirket og individualisert aktivitetsrettet omsorg, tilpasset hver enkelt beboer, slik flere av studiene i vår oppgave gjør. Det er flere aktiviteter som passer større grupper med pasienter på en avdeling som har fokus på demens (Gotfredsen & Pedersen, 2005, s. 9).

Det er viktig at vi har i tankene at det ikke trenger å dreie seg om de ”store” valgene eller aktivitetene for pasienter med demens. Det kan dreie seg om de hverdagslige tingene som gjør at dagene har mening og at pasienten føler seg som en del av fellesskapet. Med hverdagslige ting kommer det frem i studien til Solvoll og Granum (2016) at det kan handle om hvilke sko pasienten ønsker å bruke, hva slags parfyme vedkommende ønsker å ha på eller hva slags aktiviteter som gir glede. Enkelte pasienter har mange ønsker i forhold til sin medvirkning i valg som skal tas, andre har på sin side godt av å få ta del i handlinger som er

blitt plukket ut for dem. Autonomien fremmes ved at pleiepersonalet unngår paternalisme der rutinepreget arbeid overskygger mulighetene til brukermedvirkning og autonome valg.

Vi ser at gjøremålene og arbeidsmengden som kommer frem i studiene nevnt i dette kapitlet er lett overførbare og overkommelige for oss sykepleiere. Aktivitetene som kommer frem kan lett tilpasses Anna, og de varierende dagene sikrer at flere kunne opplevd mestring, brukermedvirkning og gode dager gjennom slikt opplegg. Ved å se videre på den andre fasen i Travelbee's mellommenneskelige forhold har vi gjennom dette kapitlet utført empatisk og sympatisk sykepleie. Pasientene opplever mestring gjennom en meningsfylt hverdag fordi vi har vært empatiske og lyttet til pasientens behov. Vi har vært sympatiske ved å knytte innsikt og forståelse til handling gjennom pasientens hverdag (Kristoffersen et al., 2012, s. 220-221).

5.4 Brukermedvirket aktivitet og innvirkning på søvnkvaliteten

Så kommer vi til det neste store spørsmålet i problemstillingen – har all brukermedvirkningen tilknyttet aktiviteter på dagtid hatt noen effekt? Eldre har ofte større vanskeligheter med søvnkvaliteten på natt enn yngre. De har også færre timer søvn i løpet av natten enn yngre mennesker. Ved demens øker disse søvnproblemerne grunnet forstyrrelser i forkant eller under nattesøvnen. For mennesker med demens som er hjemmeboende øker behovet for sykehjemsplass når vedkommende ikke lenger sover godt om natten. Når pasienten får plass på sykehjem ser det ut til at søvn på dagtid øker samtidig som sosial omgang foregår mer sjeldent (Nygaard, 2006, s. 269-276). Dette ser videre ut til å påvirke den natlige søvnen negativt. Intervensjonen i studien til Richards, Beck, O'Sullivan og Shue (2005) skulle forstyrre søvn- og våkentidmønsteret for å forbedre kvaliteten på nattesøvnen. Det er nettopp dette vi ønsker å bidra med for vår pasientgruppe, og spesielt for Anna som caset handler om. Hun har mange ressurser vi kan dra nytte av for å øke aktivitetsnivået og forstyrre dagsøvnen, slik at hun forbedrer sin nattesøvn.

Det viser seg gjennom studien til Richards, Beck, O'Sullivan og Shue (2005) at sykehjemspasienter ligger mye våkne i sengene sine. En av studiegruppene viste så mye som 58 % av tiden i sengen var registret som våken tilstand. Derimot brukte pasientene i studien 37 % av tiden på dagen til lett søvn (Richards et al., 2005, s. 5). Som et eksempel fra vår egen praksiserfaring, og dermed også fra caset om Anna, ser vi at hun forstyrret naboene på

natten da hun bodde hjemme. Pasienten kan oppleve forvirring og begynne å vandre på natten dersom søvnen blir forstyrret. Lett søvn på dagtid kan vi også se i caset om Anna, da datteren oppfatter mor som lite våken og opplagt på dagtid. Vi har også sett gjennom praksis, hvor vi har jobbet både dag og natt, at dette er tilfellet hos flere pasienter. Våre observasjoner er at mange bruker mye av dagen til lett søvn, og kan ha mange våkne perioder på natten. I disse våkne periodene på natten la vi merke til at pasientene var forvirret og noen kunne vandre en del. Den fysiske og psykiske aktiviteten på nattestid forklarer dermed inaktiviteten og søvnigheten på dagtid. Richards, Beck, O'Sullivan og Shue (2005) viste gjennom sin studie at ISAI-gruppen falt raskere i søvn til natten, hadde færre våkenetter og hadde en høyere søvnkvalitet enn kontrollgruppen. Dette resultatet kommer frem gjennom et pasienttilpasset opplegg på dagtid, der pasientene er i aktivitet på egne premisser. Dette fører til en mer naturlig tretthet på kvelden, slik at søvnen kommer lettere. I vår sykepleie har vi tilrettelagt for brukermedvirket aktivitet. Dette opplegget fører til bedre søvnkvalitet slik som studien Richards, Beck, O'Sullivan og Shue (2005) viser.

6. Konklusjon

Vi har sett gjennom vår oppgave at det er mulig å øke brukervedvirkningen hos pasienter med demens i sykehjem gjennom kartlegging av interesser og tilrettelegging av aktiviteter. Oppgaven tar for seg brukervedvirkning som et sentralt punkt og viser hvor enkelt og lite ressurskrevende det kan være å ivareta brukervedvirkning gjennom aktivitet. Pasientgruppen vi har hatt fokus på har mulighet til å fortelle om sine interesser, og pårørende kan brukes som en ressurs. Vi ser dermed at disse tiltakene er mulige å gjennomføre hos pasienter med demens i sykehjem. Økt brukervedvirkning fører dermed til økt aktivitet. Noe vi ønsket å undersøke var om denne økte aktiviteten på dagtid hadde noe å si for søvnkvaliteten på natt. Gjennom litteraturen har vi vist at dette er mulig. Ved å ha kunnskap om pasienters behov og å vise dette gjennom handling, fullfører vi Travelbee's faser i det mellommenneskelige forholdet. Vi har kommet frem til en metode for å fremme nattesøvn, som er til fordel for pasientens behov. Den mellommenneskelige rollen som Travelbee tar utgangspunkt i handler om å pleie pasientens behov. Ved å fremme nattesøvn gjennom brukervedvirkning på dagtid gjør vi nettopp dette. Altså kan sykepleieren øke brukervedvirkningen hos pasienter med demens i sykehjem og dette fører til økt aktivitet og økt søvnkvalitet.

Litteraturliste

Brinchmann, B., S. (red.) (2016). *Etikk I sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.

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

*Drageset, I., Normann, K. & Elstad, I. (2013). Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforsikring*, 1:9, 50-66.

Eide, H. & Eide, T. (2013). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Engedal, K., & Haugen, P., K. (2009). *Lærebok om demens* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse

Eriksson, B., G. (2012). Psykisk helsearbeid med eldre. I J. K. Hummelvoll, *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg., s. 377-400). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Gotfredsen, K., & Pedersen, L., J. (2005). Dementes deltagelse I aktiviteter afhænger af funktionsevnen. *Klinisk sykepleie*, 19(4), 4-16

Gammersvik, Å. & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie: I teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget

*Haugland, B., Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien forskning*, 7(1), (40-47)

*Helse og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015: Den gode dagen*. Delplan av omsorgsplan 2015. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan_2015/Demensplan2015.pdf

Helsepersonelloven, LOV-2016-06-17-47. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Henriksen, K., W.-(2015). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87-113). Oslo: Akribe

*Hjort, P. F. (2006). Omsorgstjenestens dilemmaer. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (2. utg. s. 132-144). Bergen: Fagbokforlaget

*Holthe, T. (2007). Aktiviteter. *Eldreomsorgens ABC, demens fordypningshefter* (2005). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse

*Holthe, T., Thorsen, K. & Josephsson, S. (2009). Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2:14, 96-107. <http://dx.doi.org/10.1080/11038120600963796>

Hummelvoll, J., K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Karoliussen, M. (1997). Aldring og mestring. I M. Karoliussen & K. L. Smebye, *Eldre, aldring og sykepleie* (131-186). Oslo: universitetsforlaget

*Karoliussen, M. (1997). Aktivitet og hvile. I M. Karoliussen & K. L. Smebye, *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 437-526). Oslo: universitetsforlaget

Kristoffersen, N., J., Nordtvedt, F. & Skaug, E., A. (Red.). (2012). Grunnleggende sykepleie, bind 1: *Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal Norske forlag

Larsen, F., K. (2015). Personer med utviklingshemming og demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 277-301). Oslo: Akribe

*Norsk sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICN's etiske regler*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nordtvedt, M., W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L., V. & Reinart, L., M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert: En arbeidsbok*. Oslo: Akribe

*Nygaard, H., A. (2006). Søvn og søvnforstyrrelser hos gamle. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (2. utg. s. 266- 276). Bergen: Fagbokforlaget

Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-2015-12-11-97. (2016). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=brukerrettighetsloven>

-
- *Richards, K., C., Beck, C., O'Sullivan, P., S. & Shue, V., M. (2005). Effect of Individualized Social Activity on Sleep in Nursing Home Residents with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(9), 1510-1517
- Rokstad, A., M., M. (2015). Miljøbehandling. A., M., M. Rokstad & K., L., Smebye (red.), *Personer med demens: møte og samhandling* (s. 152- 179). Oslo: Akribe
- *Rokstad, A., M., M. (1997). Mental aktivitet. I M. Karoliussen & K., L. Smebye, *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 527-622). Oslo: universitetsforlaget
- Slettebø, Å. (2013). *Sykepleie og etikk* (6.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Smebye, K., L. (1997). Eldreomsorg i Norge. I M. Karoliussen & K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 65-130). Oslo: Universitetsforlaget
- *Smebye, K., L. (1997) Sykepleie til eldre. I M. Karoliussen & K. L. Smebye. *Eldre, aldring og sykepleie* (s. 187-249). Oslo: Universitetsforlaget
- *Solvoll, B.- A. & Granum, V. (2016). Autonomi i sykehjem for pasienter med demens. *Geriatrisk sykepleie*, (3), 8-15
- *Sommerfeldt, A. (2015). Etnografi. I T. K. Haagensen (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 24. April 2017, fra <https://snl.no/etnografi>
- Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff, *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg, s. 58-71). Oslo: Gyldendal Akademisk
- *Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal
- *Woods, R. & Pratt, R. (2005). Awareness in dementia: Ethical and legal issues in relation to people with dementia. *Aging and Mental Health*, 5(4), 423-429

Vedlegg 1, Pico-skjema

| | | | |
|--|---|---|---|
| Tittel/arbeidstitel på prosedyren: La oss skape en hverdag sammen | | | |
| Problemstilling formuleres som et presist spørsmål: Hvordan kan sykepleieren øke brukermedvirkningen i hverdagslige aktiviteter hos personer med demens i sykehjem, og har dette innvirkning på søvnkvalitet? | | | |
| Hva slags type spørsmål er dette? | | | |
| <input type="checkbox"/> Diagnose <input type="checkbox"/> Årsak <input type="checkbox"/> Erfaringer <input type="checkbox"/> Hvordan går det med...? <input type="checkbox"/> Effekt av tiltak | | | |
| P Beskriv hvilke populasjon/gruppe det dreier seg om, evt. hva som er problemet: | I Beskriv intervensjon (tiltak) eller eksposisjon (hva de utsettes for): | C Skal tiltaket sammenlignes (comparison) med et annet tiltak? Beskriv det andre tiltaket: | O Beskriv hvilke(t) utfall (outcome) du vil oppnå eller unngå: |
| P | I | C | O |
| Noter engelske søkeord for gruppe/problem | Noter engelske søkeord for intervensjon/eksposisjon | Noter engelske søkeord for evt. sammenligning | Noter engelske søkeord for utfall |
| Sykehjem Demens Søvnkvalitet Aktivitet Nursing homes Dementia Sleep-patterns Activity | Sykepleier Brukermedvirkning Nurse Patient participation | | Søvn Egenomsorg Sleep Self-care |

Vedlegg 2, søkehistorikk

| DATO | SØKEORD | DATA-BASER | AVGRENSNING | ANTALL TREFF | LESTE ABSTRAKTER | LESTE ARTIKLER | INKLUDERTE ARTIKLER |
|----------|---|------------|--|--------------|------------------|----------------|---|
| 22.03.17 | Dementia AND Nursing homes AND Activities of daily living AND Patient participation | SweMed+ | Artikler 2005 - 2017 | 30 | 5 | 3 | “Autonomi i sykehjem for pasienter med demens” |
| 22.03.17 | Sleep AND Activity AND Dementia | Cinahl | Academic journals Full tekst 2005-2017 | 96 | 4 | 2 | «Effect of individualized social activity on sleep in nursing home residents with dementia» |

| | | | | | | | |
|----------|---|---------|-------------------------------|----|---|---|--|
| 20.03.17 | Nursing homes AND Dementia AND Activity AND Nurse | SweMed+ | Peer reviewed tidsskrifter | 24 | 4 | 2 | “Personer med demens i sykehjem: Refleksjon over livet” |
| 20.03.17 | Nursing homes AND Dementia AND Activity AND Nurse | SweMed+ | Peer reviewed tidsskrifter | 24 | 4 | 2 | «Meningsfulle aktiviteter på sykehjem» |
| 14.03.17 | Activity AND Patient participation AND Nurse AND | SweMed+ | Peer reviewed tidsskrifter | 3 | 3 | 2 | «Occupational patterns of people with dementia in residential care: An ethnographic study» |

| | | | | | | | |
|----------|--|---------|-------------------------------|---|---|---|--|
| | Dementia | | | | | | |
| 14.03.17 | Activity AND Patient participation AND Nurse AND Dementia | SweMed+ | Peer reviewed tidsskrifter | 3 | 3 | 2 | «Dementes deltagelse I aktiviteter afhænger af funktionsevnen» |