

Meningsfulle aktiviteter for personer med demens på sykehjem

Sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser

Wenche Elvedal-Blokkhus Tolpinrud



Masteroppgave ved Fakultet for helsevitenskap

Master i klinisk helsearbeid

Studieretning: Geriatrisk helsearbeid

HØGSKOLEN I SØRØST-NORGE

17. desember 2016

Navn: Wenche Elvedal- Blokkhus Tolpinrud	Dato: 17. desember 2016
Tittel og undertittel: Meningsfulle aktiviteter for personer med demens på sykehjem – sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser	
<u>Sammendrag:</u> Formålet med denne studien var å gi innsikt i sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser av hvilke aktiviteter på sykehjem som kan anses som meningsfulle for beboere med demens, og hvorfor. Men også hvordan de tilrettelegger for og gjennomfører disse, samt hvordan de erfarer at omgivelsene og organiseringen ved sykehjemmet gir mulighet for tilrettelegging og gjennomføringen av slike aktiviteter. Metoden er kvalitativ, og datainnsamlingen ble gjennomført ved hjelp av tre fokusgruppeintervjuer på ett sykehjem. Resultatene viser at aktiviteter bør bidra til opprettholdelse av funksjonsnivået, en følelse av å være nyttig, skape glede, trygghet, mestring og ro for å kunne beskrives å som meningsfulle for personer med demens. For å oppnå dette bør aktivitetene være gjenkjennbare for personen med demens, sosiale og baseres på den enkeltes tidligere og nåværende interesser og preferanser. Kartlegging av interesser, preferanser og behov i samarbeid med beboer og pårørende er derfor viktig, og bør utføres jevnlig. Tidspress kan medføre mangel på individuelle meningsfulle aktiviteter. Tilgang på frivillige og praktikanter, samt samarbeid med og inklusjon av pårørende kan være en motvekt til dette.	
Nøkkelord: Sykepleiere, helsefagarbeidere, sykehjem, demens, beboere, meningsfulle aktiviteter	
Antall ord: 19 220	

Name: Wenche Elvedal- Blokkhus Tolpinrud	Date: 17. desember 2016
Title and subtitle: Meaningful activities for people with dementia in nursing homes – registered nurses and licensed practical nurses descriptions	
<u>Abstract:</u> <p>The purpose of this study was to provide insight into registered nurses and licensed practical nurses descriptions of the activities that could be considered meaningful for residents with dementia living in nursing homes, and why. This study is also supposed to give insight into how they facilitate and carry out these activities, as well as their experience of how both the organization of the nursing home as well as the environment allows such activities. The method is qualitative, and data collection was carried out using three focus group interviews in one nursing home. The results show that the activities should contribute to the maintenance of functional level, a sense of usefulness, creating calm, joy, safety and coping to be described to as meaningful for people with dementia. To achieve this, the activities should be recognizable for the person with dementia, social and based on the individual's previous and current interests and preferences. Mapping of interests, preferences and needs in collaboration with the resident and family is important, and should be performed regularly. Time pressure may cause lack of individual meaningful activities. Access to volunteers and interns, as well as cooperation with and inclusion of relatives can be a counterweight to this.</p>	
Key words: registered nurses, licensed practical nurses, dementia, residents, nursing home, meaningful activity	

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært en lang og ensom prosess, med mange opp- og nedturer.

Jeg ønsker å takke mine informanter, avdelingssykepleier og institusjonssjef ved sykehjemmet datainnsamlingen foregikk. Takk rettes også til dere som sitter i styringsgruppen for prosjektet jeg fikk anledning til å få innsyn i, og som har fungert som et springbrett for mitt prosjekt.

Takk til min veileder Linn-Hege Førund som har veiledet, hjulpet og beroliget meg underveis i denne perioden. Uten deg ville jeg nok ikke hatt hår igjen på hodet.

Kjære medstudenter, dere har vært mitt anker underveis i studietiden. Dere har stresset meg ned, gitt konstruktive tilbakemeldinger og styrket selvtilliten min. Takk!

Kjære ektemann, svigermor og svigerfar. Takk for alle gangene dere har stilt opp i løpet av disse fire årene. Jeg vet at jeg «tidvis» har vært stresset, sint, frustrert og trist, men dere har allikevel støttet og hjulpet meg, samt gitt meg håp i de tyngste periodene. Uten dere ville jeg ikke kommet igjennom. Takk til min datter som har gitt meg glede i hverdagen, og til spiren i magen, som virkelig har gitt meg fart på skrivingen.

Tusen takk ☺

INNHALDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	1
1.1	Demens	1
1.2	Personsentrert omsorg.....	2
1.2.1	Betydningen av å kjenne den enkelte beboer	2
1.2.2	Betydningen av autonomi	3
1.2.3	De fysiske omgivelsenes betydning for personer med demens	4
1.2.4	Organiseringens og de sosiale omgivelsenes betydning for personer med demens	5
1.2.5	Aktivitetens betydning for personer med demens	7
1.2.6	Hvor er det skoen trykker?	9
1.3	Studiens problemstilling	11
2	METODE	12
2.1	Studiens metode og design	12
2.2	Min forforståelse.....	12
2.3	Utvalg og rekruttering.....	12
2.3.1	Utvalgskriterier.....	13
2.3.2	Rekrutteringsprosessen.....	13
2.3.3	Sykehjemmet	14
2.3.4	Fokusgruppene	14
2.4	Intervjuguiden	15
2.5	Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene	16
2.5.1	Samhandlingen i gruppene	16
2.6	Transkribering.....	18
2.7	Dataanalyse	19
2.7.1	Innholdsanalyse	19
2.7.2	Analysen steg for steg	19

2.8	Styrker og svakheter ved studien	22
2.8.1	Studiens troverdighet	22
2.8.2	Studiens pålitelighet	23
2.8.3	Studiens overførbarhet.....	24
2.8.4	Studiens bekreftbarhet	24
2.8.5	Søk etter og valg av forskningslitteratur.....	24
2.9	Etikk og personvern	25
2.9.1	Godkjenning	25
2.9.2	Informert samtykke.....	25
2.9.3	Konfidensialitet	26
3	RESULTATER.....	27
3.1	Å bidra til normalitet og hverdagsliv for personer med demens	27
3.1.1	Interesser og gjenkjennbare aktiviteter.....	27
3.1.2	Mestring av hverdagslige gjøremål	28
3.1.3	Å gjøre ting sammen	30
3.2	Å kjenne den enkelte som utgangspunkt for tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter.....	31
3.3	Omgivelsenes betydning for gjennomføring av meningsfulle aktiviteter	32
3.3.1	Faktorer i de fysiske omgivelsene	33
3.3.2	Faktorer ved organiseringen og i de sosiale omgivelsene	33
4	DISKUSJON	36
4.1	Hva skal til for at en aktivitet kan anses å være meningsfull?.....	36
4.2	Tilrettelegging for og gjennomføring av meningsfulle aktiviteter for personer med demens.....	41
4.3	Hvordan sykehjemmets omgivelser og organisering beskrives å påvirke muligheten for meningsfulle aktiviteter	44
4.4	Meningsfulle aktiviteter som middel for å imøtekomme psykologiske behov.....	49

4.5	Hvordan gjenspeiler deltakernes beskrivelser sykehjemmets personsentrerte omsorgsfilosofi?	50
5	AVSLUTNING	51
	LITTERATURLISTE.....	53

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til tjenesteleder og avdelingssykepleier

Vedlegg 2: Informasjonsskriv med samtykkeerklæring

Vedlegg 3: Intervjuguide

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD

1 INNLEDNING

Denne oppgaven omhandler sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser av meningsfulle aktiviteter for beboere med demens på sykehjem. Herunder hvilke aktiviteter de anser som meningsfulle, hvordan disse tilrettelegges for og gjennomføres i praksis, samt hva de mener fremmer og hemmer gjennomføringen av aktivitetene. For å kunne belyse dette har jeg gjennomført fokusgruppeintervjuer på et sykehjem som har implementert tiltak som kan beskrives å være personsentrerte overfor personer med demens.

Oppgaven er delt opp i fire deler. I første kapittel presenteres teori om personsentrert omsorg, samt bakgrunn for og valg av problemstilling. Andre kapittel tar for seg valg av metode. Her beskrives studiens design, valg av metode for innsamling av data og valg av analysemetode. I dette kapittelet reflekterer jeg også over studiens kvalitet, og ulike etiske overveielser som var relevante i forbindelse med gjennomføring av studien. Studiens resultater presenteres i tredje kapittel. I fjerde kapittel diskuteres studiens resultater opp mot teori. Kapittel fem er en avslutning med oppsummering av studiens resultater, samt hva disse vil kunne si for praksis og videre forskning.

1.1 Demens

Demens er en fellesbetegnelse på ulike hjernesykdommer, vanligvis av kronisk og progressiv natur, med forstyrrelse av høyere kortikale funksjoner, som blant annet hukommelse, tenkeevne og forståelse (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013, s. 23; Wyller, 2012).

Alzheimers sykdom, Lewy-legeme-sykdom og hjerneslag er de vanligste sykdommene/årsakene til utviklingen av demens (Engedal & Haugen, 2016). Underveis i syndromforløpet vil ofte ulike former for atferdsmessige og psykologiske symptomer kunne forekomme, deriblant angst, personlighetsendringer, interesseløshet og rastløshet (Engedal & Haugen, 2016). I Norge er det beregnet at minst 70 000 personer lider av demens, men som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, vil sannsynligvis dette antallet fordoble seg de nærmeste 30-40 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). De fleste personer med demens vil ha behov for ulike tjenester i eget hjem eller sykehjem i løpet av sykdomsperioden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a). Graden av demens påvirker altså hvor mye hjelp personen har behov for i dagliglivet, hvorav personer med moderat til alvorlig

grad av demens ofte trenger å bo på institusjon. Dette da de fleste er avhengig av fysisk pleie (Engedal & Haugen, 2016). Det er dessuten anslått at over 80% av de som bor på sykehjem har en demenssykdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a).

1.2 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er et konsept som anses å være «beste praksis» for sykehjemsbeboere, men det er ingen konsensus eller eksplisitt enighet om begrepets definisjon (Edvardsson, Fetherstonehaugh, & Nay, 2010, s. 2612). Ifølge Kitwood referert i Tretteteig og Røsvik, (2016a, s. 228) handler dog personsentrert omsorg om at man ser «personen med demens som en person med følelser, rettigheter, ønsker og en livshistorie som preger personen, slik som før vedkommende fikk demens». Ifølge Brooker (2013) er det viktigste målet med personsentret omsorg å ivareta personverdet til personen med demens. Personverd kan defineres som «en rang eller status som tildeles et menneske av andre, i en kontekst av relasjoner og sosialt liv. Det innebærer gjenkjennelse, respekt og tillit» (Kitwood, ref. i Brooker, 2013, s. 12). Høyland, Kirkevold, Woods & Haugan (2015) presiserer at fokuset er på personen bak sykdommen, og ikke kun på selve sykdommen og dens negative symptomer. Personsentrert omsorg kan videre beskrives som en overordnet tilnærming, der man vektlegger både en medisinsk og sosial pedagogisk tilnærming til sykdommen (Høyland et al., 2015). Et eksempel på en kartleggingsmetode som brukes for å støtte implementeringen av personsentrert demensomsorgen er «Dementia Care Mapping» (DCM) (Høyland et al., 2015). Denne metoden innebærer at en person som er sertifisert innen DCM blant annet vurderer hvor personsentrert fellesområdene som personen med demens oppholder seg i, er, dette da gjennom observasjon (Brooker, 2013; Høyland et al., 2015). DCM er herunder tenkt å være et redskap for å skape forandring (Høyland et al., 2015, s. 19).

1.2.1 Betydningen av å kjenne den enkelte beboer

For å kunne utøve personsentrert omsorg blir viktigheten av å «kjenne» personen med demens som et enkeltindivid understreket i både forskning og teori. Det å kjenne personen med demens er viktig for blant annet å initiere og opprettholde en samtale, samt for å tilby aktiviteter og rutiner som kan beskrives å være meningsfylte for vedkommende (Edvardsson, Fetherstonehaugh & Nay, 2010). For å kunne skreddersy en personsentrert omsorg (herunder eksempelvis daglige rutiner og aktiviteter) må man altså ha innsikt i den enkeltes interesser og

preferanser, styrker og behov (Brooker, 2007; Edvardsson et al., 2010; Milte, Shulver, Killington, Bradley, Ratcliffe & Crotty, 2016). Videre er også kjennskap til den enkeltes bakgrunn, historie, holdninger og verdier beskrevet som avgjørende for å kunne arbeide ut ifra denne omsorgsfilosofien (McCormack & McCance, 2010; Brooker, 2007; Kitwood, 2007). Kitwood (1997) trekker herunder frem at det å utarbeide den enkeltes livshistorie kan bidra til å vedlikeholde personens identitet, hvilket understøttes av Brooker (2007) som også opplyser om at bruk av livshistorier i tillegg kan øke personens selvtillit. Ifølge McCormack og McCance (2010) kan livshistorier bidra til at man i større grad kan ivareta en helhetlig omsorg for den enkelte, dog trekker de frem at innhenting og bruk av livshistorier kan påvirkes av sykepleierens kompetanse. Pleiepersonalets kompetanse blir også beskrevet av Hancock, Woods, Challis og Orrell (2006) som viktig for å kunne identifisere og imøtekomme de ulike behovene som enkeltindivider med demens har. Brooker (2007) trekker herunder frem individuelle tiltaksplaner som et viktig ledd i omsorgen. Tiltaksplanene skal reflektere den enkeltes styrker og behov, og bør evalueres minst hver sjette måned som følge av at behov endrer seg over tid. Van Haitsma, Heid og Abbott (2016) bekrefter viktigheten av hyppig evaluering av fritidspreferanser, men viser til at preferanser i forhold til personlig pleie er mer stabile. Herunder ser det ut til at demens ikke påvirker den enkeltes aktivitetspreferanser (Phinney, Chaudhury & O'Connor, 2007). I forbindelse med utarbeidelsen av individuelle tiltaksplaner er altså også kartlegging av den enkeltes interesser og preferanser viktig. Dette for blant annet å kunne tilby aktiviteter som beskrives å være meningsfulle for den enkelte personen med demens (Harmer & Orrell, 2008; Haugland, 2012; Lawrence et al., 2012). Forskning viser at personer med demens selv kan gi uttrykk for egne preferanser (Menne, Johnson, Whitlatch & Schwartz, 2012). Ifølge Kitwood (1997) er det essensielt at man konsulterer med beboeren, heller enn å gå ut ifra andres antakelser om hans/hennes interesser, preferanser og behov. Noe som understreker betydningen av å involvere personer med demens i alle anliggender som har betydning for dem selv.

1.2.2 Betydningen av autonomi

Ifølge McCormack og McCance (2010) er det å gi beboeren muligheten til medbestemmelse viktig, hvorav individet har rett til å delta i beslutninger som blant annet omhandler behandling og pleie. Det å kunne ha selvbestemmelse og selvstendighet trekkes også frem som viktig blant personer med demens, hvorav det å måtte forholde seg til institusjonens rutiner blir sett på som frustrerende (Milde et al., 2016). Dette understøttes av Edvardsson et

al. (2010) som beskriver viktigheten av fleksible rutiner tilpasset beboernes behov. McCormack og McCance (2010) opplyser om at relasjonen mellom sykepleier og pasient er viktig for å kunne arbeide på en måte som fremmer medbestemmelse. Dette i tillegg til at pleieren betrakter pasienten som en «hel» person (McCormack & McCance, 2010). Dette understøttes av Milte et al. (2016) som beskriver hvordan personer med demens og deres pårørende vektlegger viktigheten av å se og respektere personen bak sykdommen. Ifølge Edvardsson et al. (2010) innebærer personsentrert omsorg også at de ansatte støtter personen med demens i å være den personen de var, samt bidrar til at de skal kunne fortsette å leve et liv så normalt som mulig. I følge Kitwood (1997) er det viktig at man ikke overkjører personen med demens, men heller forhandler og samarbeider. Han opplyser om at dersom pleieren er dyktig til dette, kan man bidra til at personer med demens har en viss kontroll over omsorgen som ytes, i tillegg til at de får makten tilbake i egne hender.

1.2.3 De fysiske omgivelsenes betydning for personer med demens

Ifølge Tretteteig og Røsvik (2016b) skal god miljøbehandling bygges på verdiene i personsentrert omsorg. Den fysiske utformingen kan herunder sies å innvirke på personens mestring og trivsel i hverdagen, og fungerer som en ramme for miljøtiltak og aktiviteter (Tretteteig & Røsvik, 2016b). I en kunnskapsoppsummering utarbeidet av SINTEF er det beskrevet behov for et fysisk miljø som understøtter en personsentrert omsorg der autonomi, meningsfylte aktiviteter, opplevelsen av hjemlighet og gode sosiale relasjoner står sentralt (Høyland, Kirkevold, Woods & Haugan, 2015, s. 24) Høyland et al. (2015) trekker videre frem viktigheten av at omgivelsene skal være gjenkjennbare og oversiktlige, der beboerne har lett tilgang til utearealer, bevegelsesfrihet og dagslys, da dette kan bidra til å redusere negativ atferd. Med tanke på fellesarealer rapporterer ansatte et ønske om oversiktighet og store rom, dog kan store åpne rom skape støy, og gi mindre mulighet for fleksibilitet (Holthe, 2016a). Et oversiktlig miljø øker derimot beboernes mulighet til å kunne orientere seg i omgivelsene, og bidrar dessuten til at ansatte får oversikt (Holthe, 2016a). Høyland et al. (2015, s. 24) viser til at miljøer som er dårlig tilpassede, kan medføre forvirring, mindre mestring og økt frustrasjon og angst. Dette kan igjen medføre uro, utagerende atferd og aggresjon (Høyland et al., 2015, s. 24). Ifølge Marquardt, Bueter og Motzek (2014) har småskala omgivelser stor betydning for personer med demens. I denne oversiktsartikkelen blir det beskrevet at slike omgivelser blant annet medfører forbedrede sosiale evner, funksjon og velvære. Det er dog ingen konsensus om hva «småskala» innebærer, og studier har herunder inkludert bogrupper med alt fra fem til

femten personer (Marquardt et al., 2014). Ifølge McCormack og McCance har hjemlige omgivelser på sykehjem et fokus på en mer hjemlig stil med blant annet åpen kjøkkenløsning, enerom med personlige eiendeler og møbler og en reduksjon av sykehusliknende konstruksjoner som personalrom (McCormack & McCance, 2010). Brooker (2007) opplyser i den sammenheng om at er det viktig at beboeren med demens er omgitt personlige eiendeler og møbler, da dette kan bidra til å skape ro, men gjør det også lettere for personen å forholde seg til disse. Det kan eksempelvis være lettere for en person med demens å vite hvordan den kjente lampen hjemmefra fungerer, dette da i motsetning til en ny. Ifølge McCormack og McCance (2010) er altså hjemlige omgivelser viktig for blant annet beboerens livskvalitet og funksjonsnivå. Dette understøttes av Marquardt et al. (2014) som viser til at hjemlige omgivelser har positive effekter på atferd, velvære og sosiale evner. Dog er det usikkert hvorvidt disse resultatene kan være en konsekvens av en kombinasjon av miljømessige og organisatoriske intervensjoner. Allikevel kan hjemlige omgivelser være til fordel for personer med demens. Herunder eksempelvis i forbindelse med måltider (Marquardt et al., 2014). Forbedret spiseatferd og kommunikasjon kan blant annet skapes ved at man i spisestuen sitter sammen i små grupper, med kjente måltidsrutiner (eksempelvis å forsyne seg selv). Videre opplyser Marquardt et al. (2014) om at andre faktorer i de fysiske omgivelsene også kan ha innvirkning på beboeren, herunder ble det eksempelvis funnet at lange korridorer kunne skape økt rastløshet og angst, samt økt tendens til fysisk utagering blant beboere. Ulåste dører til trygge uteområdet ble dessuten beskrevet å være fordelaktig for å redusere agitasjon hos beboere (Marquardt et al., 2014). Ifølge McCormack og McCance (2010) er også det estetiske miljøet viktig, og bør fremme helbredelse, pleie, omsorg, tilhørighet og sensorisk engasjement. Herunder kan man eksempelvis bruke lyd, lys og lukt for å fremme avslapning.

1.2.4 Organiseringens og de sosiale omgivelsenes betydning for personer med demens

Ifølge Høyland et al. (2015, s. 24) spiller altså de fysiske omgivelsene en sentral rolle innen personsentrert omsorg, herunder også ved å understøtte og tilrettelegge for sosiale relasjoner og samspill. Ifølge Brooker (2007) er det viktig at man sørger for et støttende sosialt miljø, der ansatte har innsikt i at alt menneskeliv er forankret i relasjoner. Dette i tillegg til at personer med demens behøver et beriket sosialt miljø som kompenserer for deres svakheter og som fremmer muligheter for personlig vekst. Brooker (2007) trekker videre frem viktigheten av at man blant annet inkluderer beboere i samtaler og at de ansatte hjelper dem med å være aktive i utøvelsen av egen omsorg og aktivitet. En studie utført av Hancock et al. (2006) viste

at personer med demens ofte har flere umøtte behov, deriblant mangel på selskap. Samme studie viste dessuten at ansatte manglet hensiktsmessig opplæring og støtte for å kunne identifisere og imøtekomme behovene hos personer med demens (Hancock et al., 2006). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2015a) gir et stabilt personale med nødvendig kompetanse, gode rammebetingelser for personer med demens. Dog trekker forskningen frem ulike barrierer som kan sies å påvirke utøvelsen av individualisert omsorg og tilretteleggingen av meningsfylte aktiviteter. Ansattes holdninger og prioriteringer, kunnskap om demens, antall ansatte, opplæringskvalitet og organisatoriske rutiner kan herunder være innvirkende faktorer (Harmer & Orrell, 2008; Milte et al., 2016). Dette er noe som understøttes av Lawrence et al. (2012) som opplyser om at blant annet ressurser og tid kan medføre vanskeligheter med implementering av psykososiale intervensjoner. Hvorav støtte fra organisasjonen anses som essensielt. Videre opplyser Rognstad, Sagbakken og Nåden (2015) om at også pårørende opplever sykehjemmets rutiner og regler som barrierer for sosialt samvær med beboerne (Rognstad et al., 2015). McCormack og McCance (2010) trekker videre frem betydningen av pleierens kunnskaper og ferdigheter i forbindelse med utøvelsen av personsentrert omsorg. Herunder kan utviklede mellommenneskelige ferdigheter beskrives som viktig, der effektiv kommunikasjon innebærer at den ansatte har gode verbale og nonverbale evner. Dog handler personsentrert kommunikasjon også om at hver enkelt interaksjon er avhengig av individene som er involvert. Altså kommuniserer vi med individer basert på hva vi vet om dem som personer. Ifølge Brooker (2007) er non-verbal kommunikasjon spesielt viktig i situasjoner der personen med demens ikke lenger kan uttrykke seg verbalt. Videre blir det å vise engasjement i en beboer beskrevet som viktig, og innebærer at man fokuserer på interaksjonen med den enkelte, basert på hans/hennes verdier og oppfatninger (McCormack & McCance, 2010). McCormack og McCance opplyser også om at det er viktig at pleieren føler seg forpliktet i sitt arbeid, da dette er en indikasjon på engasjement og en følelse av at pleieren ønsker å utøve en omsorg som er best for pasienten. Dette handler om at man ikke handler ut ifra forventninger, men heller som følge av et ønske om å gjøre det.

Det sosiale miljøet i sykehjemmet omfatter flere enn de som bor der, og de som jobber der. For eksempel blir det å fortsatt ha tilknytning til familie beskrevet som viktig i flere studier (Edvardsson et al., 2010; Eriksen, Helvik, Juvet, Skovdahl, Førstund & Grov, 2016; Harmer & Orrell, 2008; Milte et al., 2016). Harmer og Orrell (2008) opplyser om at kontakt med familie

og venner er ansett å være viktig for beboerne, da dette blant annet kan bidra til en følelse av å være verdsatt. Ifølge Milte et al. (2016) medfører det å være separert fra familien følelser som sorg og tap. Herunder blir kontakt med pårørende sett på som viktig for å kunne bidra til beboerens velvære. Rognstad et al., (2015) beskriver hvordan pårørende i større grad ønsker å inkluderes i forbindelse med beboerens omsorg, og trekkes frem som en ubrukt ressurs. Pårørende kan herunder spille en viktig rolle i forbindelse med blant annet kartleggingen av beboerens interesser, preferanser, ressurser og behov, men også i forbindelse med tilretteleggingen av aktiviteter (Rognstad et al., 2015). Dette understøttes av Edvardsson et al. (2010) som opplyser om at personsentrert omsorg også omhandler inkludering av familie, der eksempelvis samarbeid om utarbeidelse av pleieplaner står sentralt. Viktigheten av økt inkludering av pårørende, presiseres også av Helse- og omsorgsdepartementet (2015c), som trekker frem pårørendes erfaringer og innsikt i helse- og omsorgstjenesten som viktig i forbindelse med planlegging, utvikling og drift av dagens og fremtidens tjenester.

Frivillig sektor spiller en viktig rolle i oppbyggingen av det norske velferdssamfunnet, og utøver innsats på mange ulike områder innenfor helse- og omsorgsfeltet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet (2015b, s. 17) deltar om lag halvparten av Norges befolkning i frivillig arbeid i løpet av et år. Dog er det under 10% som skjer innenfor omsorgssektoren. Det er herunder et økt behov for innsats innen denne sektoren, hvorav frivillige eksempelvis kan være en ressurs for personer med demens, da de skaper mulighet for blant annet sosial kontakt og opprettholdelse av hverdagslige aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015c; Tretteteig, 2016a). Til tross for at det er et ønske om økt frivillig innsats innenfor omsorgssektoren, viser forskning at tilbud om besøksvenn ikke nødvendigvis er av interesse for mange beboere på sykehjem (Haugland, 2012). Ifølge Haugland (2012) kan dette komme av at man med økt alder foretrekker etablerte relasjoner. Dog representerer frivillige en mulig ressurs med tanke på for eksempel turgrupper og kulturelle aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015b). Det er derfor mulig å tenke seg at en sterkere involvering av frivillige i sykehjemmet kan bidra til å styrke det sosiale miljøet, samt bidra til større mangfold i aktiviteter.

1.2.5 Aktivitetens betydning for personer med demens

McCormack og McCance (2010) trekker frem viktigheten av å utøve en helhetlig omsorg der man imøtekommer den enkeltes behov, hvilket kan være de fysiske, psykologiske, sosiale

eller spirituelle. Beskjeftigelse blir av Kitwood (1997) beskrevet å være et behov som bør imøtekommes, da mangel på dette kan medføre tap av evner og selvfølelse. Beskjeftigelse innebærer at man tilbyr aktiviteter som for den enkelte skaper mening, og som er tilpasset personen med demens sine evner (Kitwood, 1997). Til tross for at begrepet meningsfylte aktiviteter ofte blir brukt i litteratur innen demensomsorgen, er det ikke konsensus om begrepets definisjon, ei heller hva som skal til for at en aktivitet kan beskrives å være «meningsfull» (Mansbach, Mace, Clark & Firth, 2016). Mansbach et al. (2016) trekker dog frem tre grunnleggende egenskaper som kan beskrives å være viktige aspekter ved meningsfylte aktiviteter: (1) aktiv deltakelse, (2) aktivitetens innhold skal være basert på den enkeltes interesser og tidligere roller og (3) aktivitetene skal møte de grunnleggende psykologiske behovene for identitet og tilhørighet. Ifølge Han, Radel, McDowd og Sabata (2016) er det også essensielt å vite hva det er som gjør at aktiviteten oppleves som meningsfull (eksempelvis konteksten aktiviteten foregår i, og ikke aktiviteten alene).

Uavhengig av grad av demens viser forskning at det å delta i meningsfylte aktiviteter spiller en viktig rolle for den enkeltes velvære på sykehjem (Smit, de Lange, Willemse, Twisk & Pot, 2016), og kan dessuten bidra til å gi struktur i livet og mening for individer, muliggjøre gode opplevelser, forbedre livskvalitet og fremme helse (Harmer & Orrell, 2008; Tretteteig & Røsvik, 2016a). Ifølge Kitwood (1997) kan beskjeftigelse være det å gjøre noe sammen med andre, eller alene. Det kan være fritidsaktiviteter, arbeid eller lek (Kitwood, 1997). Flere studier har herunder undersøkt hva beboere og ansatte selv mener er eksempler på meningsfylte aktiviteter, samt hva det er som gjør at de oppfattes som meningsfylte. Perspektivene er dog til dels ulike. Eksempelvis vektlegger beboere aktiviteter som reminisens, musikk, individuelle aktiviteter, sosiale aktiviteter og familie, samt gåturer og hverdagslige aktiviteter. Ansatte på sin side trekker frem aktiviteter som skaper glede og opprettholdelse av funksjon som meningsfylte, dette i tillegg til aktiviteter som er tilbudt av aktivitør (Harmer & Orrell, 2008; Popham & Orrell, 2012). En norsk studie viser videre at beboerne ønsker å delta i aktiviteter der de selv er aktive, mens ansatte tror beboerne er mer interessert i aktiviteter der de blir «underholdt» (Haugland, 2012). Popham og Orrell (2012) opplyser om at selv om sykehjemmene har mange ulike aktivitetstilbud for beboerne, ønsker ikke mange å delta i dette. De vil heller å gå ut på tur, eller til butikker, samt bidra med husarbeid. Ifølge Holthe (2016b) kan aktiviteter i dagliglivet (ADL) være god miljøbehandling dersom man ivaretar verdiene mestring, selvbestemmelse og identitet.

Herunder bør beboere delta i aktiviteter som de har glede av og mestrer, dette for å vedlikeholde kroppslige funksjoner, identitet og sosiale relasjoner. Dette understøttes av Edvardsson et al. (2013) som opplyser om at inkludering av beboere i tilpassede hverdagslige aktiviteter kan være en måte å tilby personsentrert omsorg. Ifølge Tretteteig et al. (2016, s. 326) kan altså ulike aktiviteter og arbeidsformer som miljøbehandling ha ulike formål. Eksempelvis kan noen aktiviteter ha som mål om å øke beboerens konsentrasjon og samarbeidsevne, eller stimulere til søvn og hvile. Herunder kan bevisst bruk av musikk dempe eksempelvis aggresjon, mens fysisk aktivitet kan bidra til å bevare selvstendighet og uavhengighet i hverdagen, men også bidra til økt matlyst og sosial inklusjon (Tretteteig et al., 2016). Det å delta i fysisk aktivitet eller å lytte til rolig musikk, er altså også sansestimulerende. Eksempelvis medfører kasting av ball eller det å være ute i frisk luft, økt strøm av stimuli til hjernen, hvilket bidrar til at personen blir mer våken. Rolig musikk bidrar derimot til at personen blir roligere, da dette hemmer og organiserer strømmen av impulser til hjernen (Tretteteig et al., 2016, s. 354). Bruk av robotkjæledyr, som eksempelvis selen «Paro», har vist seg å ha en gunstig effekt innen demensomsorgen. Dette da den bidrar til økt kommunikasjon og interaksjon, gir mulighet til å uttrykke omsorg, samt kan lindre uro og angst (Tretteteig et al., 2016).

Til tross for at forskning understreker viktigheten av meningsfylte aktiviteter for personer med demens viser flere studier at de ofte sitter alene store deler av dagen uten å delta i aktiviteter, samt at aktivitetene som tilbys i liten grad er tilpasset den enkelte (Harmer & Orrell, 2008; Hancock et al., 2006; Popham & Orrell, 2012). Ifølge Brooks (2007) er kjedsomhet og mangel på meningsfylte aktiviteter et kjent problem på sykehjem. Dette da spesielt hos personer med demens, som sjelden presterer å initiere til og gjennomføre aktivitet på egenhånd. Dette understøttes av studier som viser at beboere er inaktive og bruker mindre enn 13% av tiden sin på meningsfulle aktiviteter (Palacios-Ceña, Gómez-Calero, Cachón-Pérez, Velarde-García, Martínez-Piedrola & Pérez-De-Heredia, 2016). En norsk undersøkelse viste dessuten at det ikke er blitt en økning i verken fysiske eller sosiale aktiviteter tilbudt beboere på sykehjem de siste årene (Kjøs & Høvig, 2016).

1.2.6 Hvor er det skoen trykker?

Meningsfulle aktiviteter på sykehjem blir altså beskrevet som et viktig element i forbindelse med utøvelsen av personsentrert omsorg overfor personer med demens. Forskning har vist oss

at det ikke alltid er konsensus mellom ansattes og beboeres perspektiver, samt at mange beboere i liten grad får mulighet til å utøve meningsfulle aktiviteter. Til tross for at det eksisterer en del forskning på personsentrert omsorg og meningsfulle aktiviteter for personer med demens, er det få som er gjennomført i Norge og Skandinavia. Dette kan sies å være relevant da ulikheter i eksempelvis kultur og sykehjemmenes organisering kan påvirke resultatenes overføringsverdi. Forskningen tar dessuten i mindre grad for seg hvordan ansatte på sykehjem tilrettelegger for og gjennomfører meningsfulle aktiviteter for personer med demens på sykehjem. Dette i tillegg til at studiene i liten grad er utført på sykehjem som er beskrevet å ha en omsorgsfilosofi basert på personsentrert omsorg. Dette er det imidlertid viktig å få kunnskap om, da det kan bidra til innsikt i hvordan man i større grad kan vektlegge personsentrert omsorg i praksis. Som tidligere nevnt, kan faktorer i omgivelsene bidra til å fremme og/eller hemme gjennomføringen av meningsfulle aktiviteter. Jeg mener det er viktig med mer kunnskap om ansattes meninger og erfaringer vedrørende dette. Da det er pleierne som i hovedsak står for den daglige omsorgen av beboerne. Det er disse personene som daglig planlegger, vurderer og tilpasser beboernes hverdag og det er disse som vet «hvor skoen trykker». Vektlegging av politiske føringer, ledelsens visjoner og pårørendes meninger er viktig, men det er de ansatte som skal utøve dette i praksis. Innsikt i ansattes beskrivelser kan gi en pekepinn på hva som skal til for å kunne implementere personsentrerte tiltak i organisasjonen. Som følge av at det er manglende konsensus om definisjonen av begrepet «meningsfulle aktiviteter» er det også relevant å innhente ansattes forståelse av dette begrepet. Særlig fordi det er viktig å få forståelse av hvilke aktiviteter de mener er meningsfulle og hvorfor. Dette kan gi innsikt i hvordan de vektlegger ulike aktiviteter, men kan også bidra til å belyse, understøtte eller stille spørsmål ved allerede eksisterende beskrivelser.

Denne studien er altså tenkt å kunne være til nytte for ledere og ansatte i pleie- og omsorgssektoren. Da den kan gi betydningsfull innsikt i hvordan man kan planlegge for, og gjennomføre meningsfulle aktiviteter i praksis. Ved å få innsikt i hvilke aktiviteter som kan beskrives å være meningsfulle for personer med demens, og hvorfor, samt hvilke faktorer som kan bidra til å fremme og hemme tilretteleggingen og gjennomføringen av disse, kan man iverksette tiltak som henholdsvis motvirker og understøtter disse faktorene. Dette kan igjen bidra til en omsorgspraksis som beveger seg i en mer personsentrert retning, der alle mennesker i organisasjonen verdsettes.

1.3 Studiens problemstilling

Studiens problemstilling formuleres slik: «Hvordan beskriver sykepleiere og helsefagarbeidere meningsfulle aktiviteter for personer med demens på sykehjem?»

Ut i fra problemstillingens formulering er det aktuelt å undersøke følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke aktiviteter anses av sykepleiere og helsefagarbeidere som meningsfulle for beboere med demens, og hvorfor?
- Hvordan tilrettelegger og gjennomfører sykepleiere og helsefagarbeidere meningsfulle aktiviteter for beboerne?
- Hvordan erfarer sykepleiere og helsefagarbeidere at omgivelsene og organiseringen ved sykehjemmet gir mulighet for å tilrettelegge for og gjennomføre meningsfulle aktiviteter for beboerne?

2 METODE

2.1 Studiens metode og design

Formålet med denne studien er å gi innsikt i sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser av hvilke aktiviteter på sykehjem som kan anses som meningsfulle for beboere med demens, og hvorfor. Men også hvordan de tilrettelegger for og gjennomfører disse, samt hvordan de erfarer at omgivelsene og organiseringen ved sykehjemmet gir mulighet for tilretteleggingen og gjennomføringen av slike aktiviteter. For å kunne utforske dette var det aktuelt med et kvalitativt design. Studien har en induktiv tilnærming (fra «fra empiri til teori») og innebærer at man starter undersøkelsen uten et teoretisk utgangspunkt (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2011, s. 51). Det har altså i hovedsak vært problemstillingen som har vært styrende for utviklingen av data, ikke teori. Studien er også deskriptiv, der analyse av datamaterialet har foregått ved hjelp av innholdsanalyse. Som metode for innsamling av data valgte jeg å gjennomføre fokusgruppeintervjuer, hvilket kan defineres som «en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt» (Morgan, ref. i Halkier, 2010, s. 10). Fokusgrupper ble valgt da denne intervjuformen er egnet til å utforske felles erfaringer og synspunkter (Malterud, 2012).

2.2 Min forforståelse

Forforståelsen kan ifølge Malterud (2013, s. 40) beskrives som den ryggsekken man bringer inn i prosjektet, hvorav dets innhold (eksempelvis erfaringer, teoretisk perspektiv, hypoteser) påvirker måten vi samler inn og leser dataene på.

Siden 2011 har jeg arbeidet som sykepleier innenfor den kommunale eldreomsorgen, herunder ved to somatiske langtidsavdelinger og på en institusjon for korttids- og rulleringspasienter. Dette i tillegg til at vi gjennom dette studiet har hatt fokus på geriatri, medfører at jeg selv sitter med et faglig perspektiv og erfaring relatert til noen av prosjektets forskningsspørsmål. Herunder eksempelvis erfaringer og meninger omkring bemanning og tidspress. Dette er dog noe jeg har vært oppmerksom på under hele forskningsprosessen, for i størst mulig grad unngå at forforståelsen styrer resultatenes retning.

2.3 Utvalg og rekruttering

2.3.1 Utvalgskriterier

I forbindelse med denne studien var det aktuelt med en strategisk utvelgelse av deltakere, fordi det var ønskelig med informasjonssterke deltakere som kunne belyse masteroppgavens problemsstilling (Patton, ref. i Malterud, 2012). Med informasjonssterke deltakere mener jeg helsepersonell som har erfaring fra det aktuelle sykehjemmet og med en stillingsbrøk som tilsier at de mest sannsynlig har kjennskap til sykehjemmets visjon og organisering, samt kjennskap til beboerne. Av den grunn ble kun ansatte som hadde arbeidet i minst ett år ved det aktuelle sykehjemmet, samt med en stillingsbrøk på over 75% inkludert. Pleieassistenter ble ikke inkludert i utvalget da disse ikke hadde en stillingsbrøk på over 75%. Jeg valgte videre å ekskludere nattevakter og ledere ved sykehjemmet som følge av at miljøperspektivet står sentralt i problemstillingen. Dette i tillegg til at nattevakter i mindre grad er involvert i rutiner og aktiviteter som foregår på dag-/kveldstid.

2.3.2 Rekrutteringsprosessen

Dette er en masteroppgave som er tenkt å være til nytte for et prosjekt som pågår i en av Norges kommuner. I forbindelse med dette prosjektet deltok et visst antall sykehjem, hvorav undertegnede valgte ett av disse sykehjemmene. Jeg ønsket å undersøke ansattes beskrivelser ved et sykehjem som har implementert tiltak som kan beskrives å være personsentrerte. Valget falt derfor på et sykehjem med en omsorgsideologi basert på personsentrert omsorg. Ut i fra denne ideologien er det utarbeidet mål om å skape meningsfulle dager, der beboere blant annet får tilbud om individuelt tilpassede kulturopplevelser og arbeid. Videre har de utdannet ansatte innen DCM.

En av deltakerne i prosjektets styringsgruppe har hjulpet meg med å komme i kontakt med institusjonssjef ved det aktuelle sykehjemmet. Institusjonssjef gav meg deretter kontaktinformasjonen til avdelingssykepleieren som skulle stå for rekrutteringen og koordineringen av intervjuene. Sistnevnte mottok prosjektbeskrivelse, et kortfattet informasjonsskriv vedrørende prosjektets hensikt, gjennomføring og rekrutteringsprosess, samt informasjonsskriv med samtykkeerklæring (Vedlegg 1 og 2). Student og avdelingssykepleier avtalte tidspunkter for når fokusgruppene kunne foregå, hvorav avdelingssykepleier tok kontakt med ansatte som imøtekom inklusjonskriteriene. Jeg var ikke i kontakt med disse før selve intervjudagen.

2.3.3 Sykehjemmet

Sykehjemmet har åtte boenheter, der den minste gruppen består av fem beboere og den største av åtte. Disse boenhetene er skjermede eller forsterket skjermede, og er ifølge avdelingssykepleier forbeholdt personer med demens. Sykehjemmet har hager beboerne har tilgang til, og som er synlig fra avdelingene. Her er det plassert parasoller og sittegrupper. Et vannspeil kan skimtes i det ene hjørnet av hagen. Allerede etter å ha kommet inn inngangsdøren møter man en rolig atmosfære. Lykter som avgir et behagelig lys er plassert ved to stoler dekorert med saueskinn. Et akvarium med småfisk får også meg til å stanse opp. Fiskene er små og med forskjellige farger. Går man lenger inn i korridoren får man et inntrykk av at de ansatte har etterstrebet hjemlige omgivelser for sine beboere. En bokhylle spekket med bøker og stoler med lammeskinn er bevisst plassert langs korridoren og gamle, hyggelige bilder dekorerer veggen.

Jeg har ikke kartlagt hvor mange personer som lider av demens ved det aktuelle sykehjemmet, ei heller undersøkt hvorvidt sykehjemmet faktisk kan beskrives å arbeide ut i fra en personsentrert tilnærming.

2.3.4 Fokusgruppene

Antall fokusgrupper.

Ifølge Morgan referert i Malterud (2012, s. 38) er det viktig at det gjennomføres så mange grupper at empiriske data belyser problemstillingen på en forsvarlig måte. Det betyr altså at man i forkant, ikke kan avgjøre antall grupper man har behov for. Dog blir det hevdet at det er tilstrekkelig med tre til fire grupper, da flere grupper i sjelden grad vil kunne bidra med ny informasjon (Morgan, ref. i Johannessen et al., 2011 s. 106). Som følge av at dette var en undersøkelse utført ved kun ett sykehjem, ble antallet begrenset til tre fokusgrupper. Datamateriale som ble produsert av disse gruppene var variert og rikt på informasjon, men også med et overlappende innhold.

Antall personer i hver fokusgruppe.

Malterud (2012) anbefaler at hver gruppe inneholder fem til åtte deltakere. Etter samtale med institusjonssjef ved valgte sykehjem, viste det seg at dette var vanskelig å gjennomføre. Dette da intervjuene skulle foregå i arbeidstiden, hvorav avdelingene måtte være tilstrekkelig bemannet under intervjuene. Utvalget ble derfor bestående av til sammen elleve deltakere,

med fire deltakere i to av gruppene og tre deltakere i den siste gruppen. Ifølge Johannessen et al. (2011) kan en slik gruppestørrelse begrense informasjonsmengden og vanskeliggjøre diskusjon innad i gruppen. På den ene siden medførte fokusgruppestørrelsen i denne studien at det ble lite diskusjon i gruppen. På den andre siden kunne små fokusgrupper sees på som en fordel, da det ga plass til at alle deltakerne kunne dele sine synspunkter og erfaringer.

Antall intervjuer per fokusgruppe.

Malterud (2012) anbefaler at man ikke gjennomfører flere intervjuer med samme fokusgruppe, dette såfremt man ikke har gode argumenter på hvorfor. Herunder eksempelvis sammenligning av resultater mellom de to intervjuene. Som følge av dette har jeg kun gjennomført ett intervju per fokusgruppe. Det var ei heller nødvendig med flere intervjuer fordi deltakerne belyste alle spørsmålene, og som følge av at intervjuene fikk en naturlig avslutning. Deltakerne hadde dessuten ikke noe mer å tilføye. Jeg ønsket ikke nye intervjuer med de samme fokusgruppene, da dette kanskje også kunne medføre utfordringer i forhold til selve analysen (Malterud, 2012).

Fokusgruppens sammensetning.

Homogenitet innad fokusgruppene beskrives å styrke gruppedynamikken, dette ved at deltakerne blant annet lettere kan gjenkjenne og identifisere seg med hverandres erfaringer (Malterud, 2012, s. 44). Det at intervjuene bare foregikk ved ett sykehjem medførte begrensninger i forhold til fokusgruppens sammensetning. Sammensetningen i fokusgruppene var variert. Utvalget bestod av tre sykepleiere og ni helsefagarbeidere av ulike nasjonaliteter og alder. Sykepleierne var fordelt i to av de tre fokusgruppene, hvilket medførte at det var en fokusgruppe med tre helsefagarbeidere. Som følge av at to av fokusgruppene bestod av ansatte med ulike utdanning, medførte dette en risiko for strategisk kommunikasjon hvor deltakere argumenterer motsetninger og maktspill (Malterud, 2012, s. 44). Dette var dog noe som ikke ble tilfelle i disse fokusgruppene.

2.4 Intervjuguiden

Det ble utarbeidet en intervjuguide som er semistrukturert (vedlegg 3). Den inneholder ulike hovedspørsmål som er utledet fra problemstillingen (G. Eilertsen, forelesning, 19.04.2016). For å få flere detaljer og nyanser om temaet, ble det også formulert oppfølgingsspørsmål tilknyttet hvert enkelt hovedspørsmål (G. Eilertsen, forelesning, 19.04.2016). Intervjuguiden

var ment å skulle være til hjelp under intervjuene, og jeg valgte å ha denne på bordet foran meg under intervjuene. Under hvert enkelt fokusgruppeintervju valgte jeg å stille intervjuguidens hovedspørsmål. Oppfølgingsspørsmålene ble trukket frem der jeg så det nødvendig. Noen ganger ble spørsmålene tatt opp og besvart av deltakerne selv, og andre ganger fikk jeg til dels overfladiske svar. Dette medførte at jeg til tider måtte be dem utdype enkelte utsagn. Under intervjuene ble det også tatt opp nye temaer som jeg anså som relevante for min studie. Jeg valgte da å forfølge disse med spontane oppfølgingsspørsmål.

2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Intervjuene foregikk på det aktuelle sykehjemmet, hvorav avdelingssykepleier reserverte et rom der intervjuene foregikk. Jeg inngikk selv i rollen som moderator. Deltakerne ble informert om bruk av lydopptaker, men ingen motsatte seg bruk av dette. Det ble under alle intervjuene anvendt to lydopptakere, dette for å forsikre at all data ble registrert. I forbindelse med det første intervjuet hadde en av mine medstudenter anledning til å delta som assistent. Hun observerte og beskrev samhandlingen i gruppen under intervjuet. Hvert enkelt intervju varte i cirka seksti minutter.

2.5.1 Samhandlingen i gruppene

Ifølge Halkier (2010) er samhandlingen, så vel som innholdet i fokusgrupper viktig i bearbeidingen av datamaterialet. Jeg har underveis i datainnsamlingen vært oppmerksom på dette, og har i etterkant av hvert enkelt intervju skrevet ned stikkord relatert til samhandlingen i de ulike fokusgruppene. Jeg velger å beskrive denne samhandlingen her for å gi leseren et bilde av gruppedynamikken, samt for å kunne gi et innblikk i hvordan dette kan ha påvirket resultatene. Samhandlingen blir altså ikke tatt med videre i denne oppgaven. For å beskrive samhandlingen har jeg tatt utgangspunkt i Stevens (1996) sin beskrivende analyse. Han har utarbeidet tolv spørsmål relatert til gruppeinteraksjonen, men jeg velger å presentere de ni spørsmålene som er relevante i forbindelse med denne studien:

How closely did the group adhere to the issues presented for discussion? What statements seemed to evoke conflict? What common experiences were expressed? Were alliances formed among group members? Was a particular member or viewpoint silenced? Was a particular view dominant? How did the group resolve disagreements?

What topics produced consensus? Whose interests were being represented in the group? (Stevens, 1996, s. 172).

Som følge av at de som deltok i studien var kollegaer, virket det som om samtlige hadde god kjennskap til hverandre. Dette kan ifølge Malterud (2012, s. 45) anses å være fordelaktig, da konteksten stemmer bedre overens med dagliglivets rammebetingelser, samt at de ansatte kan ta i bruk et større repertoar av felles erfaringer. Dette da i motsetning til grupper med fremmede. På en annen side kan den sosiale kontrollen i gruppen medføre at et enkeltindivids uttalelser er annerledes enn de vedkommende normalt ville kommet med i dagliglivet (Halkier, 2010). En annen ulempe er at man risikerer at deltakerne oppfører seg etter etablerte dominansrelasjoner (Halkier, 2010). I intervjusituasjonen viste det seg at deltakerne spilte på hverandres utsagn og erfaringer, men hvorvidt det var deres «egentlige» synspunkter som kom frem, er vanskelig å si. Det viste seg at det i alle fokusgruppene var personer som fremstod mer «dominerende» enn andre. Sykepleierne virket herunder å være mest dominerende, men hvorvidt dette er en følge av allerede etablerte dominansrelasjoner er usikkert. Noen av deltakerne var mer tilbakeholdne, men kom med relevante erfaringer og synspunkter underveis. Det var ingen som ikke tok til ordet under intervjuene. Deltakerne besvarte alle spørsmålene moderator stilte, men noen av emnene fikk mer oppmerksomhet enn andre. Eksempelvis viste det seg at deltakerne i to av gruppene i liten grad besvarte spørsmålet om det var noe ved arbeidsplassen som kunne påvirke arbeidet deres. Dog kom dette noe mer frem senere i intervjuet, da initiert av deltakerne selv. Det var et engasjement blant alle deltakere når samtalen omhandlet spørsmål om pårørende som ressurs. Videre var det ingen emner som skapte konflikt blant gruppedeltakerne, det var enighet omkring alle spørsmål. Det ble dannet allianser under alle intervjuene, men dette medførte ikke at deltakere utenfor alliansen ikke fikk komme til ordet eller ble «fryst ut» av diskusjonen. Det var de mest dominerende deltakerne som skapte allianser, og ofte var det også deres meninger som virket styrende på samtalen.

Under intervjuene henvendte deltakerne seg ofte til moderator når de snakket, og ikke til hverandre slik det er ønskelig under fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppene bar dessuten tidvis preg av et vanlig intervju, der intervjuer stiller spørsmål og informanten svarer. Dog kommenterte deltakerne hverandres utsagn, og til tider fullførte de dessuten hverandres setninger. Et av intervjuene var svært annerledes enn de to andre. Under dette intervjuet trakk

deltakerne frem områder som de tidligere deltakerne i liten grad utdypet. En av deltakerne her var dessuten svært styrende for «stemningen» under intervjuet, hvilket virket å påvirke de andre deltakerne underveis i samtalen.

Flere av deltakerne var av ulik nasjonalitet, dette medførte at det til tider var vanskelig å forstå hva de sa og hva de mente. Dette da spesielt i forbindelse med transkriberingen, hvilket medførte at jeg ikke alltid fikk skrevet ned hele uttalelsen. Dersom det var noe jeg opplevde som uklart underveis i selve intervjuet, spurte jeg deltakeren om jeg hadde forstått vedkommende riktig. Deltakerne virket dog å forstå hverandre. Stemningen under intervjuene virket å være avslappet.

2.6 Transkribering

Transkriberingen av intervjuene foregikk kort tid etter hvert enkelt intervju. All tale ble skrevet ned ordrett mens jeg lyttet til lydopptakene. Underveis i ett av intervjuene ønsket en av deltakerne å vise frem noe på telefonen sin. Samtalen som da fulgte ble vurdert som irrelevant og ble ikke skrevet ned. Videre ble observasjoner som stemning, kroppsspråk og lyder som «m-mm», «eeh», latter og lignende notert ned. Muntlige uttrykk som «også» og «ikke sant» ble skrevet ned i teksten. Under intervjuene snakket deltakerne ofte i munnen på hverandre, dette medførte at det tidvis var vanskelig å få med alle parter utsagn. Dette da noen snakket høyere enn andre, eller at noen i tillegg til å snakke lavt satt litt lenger unna lydopptakeren. Dersom det ikke lot seg gjøre å tyde den enkeltes utsagn, ble dette merket av i teksten. Under følger noen eksempler på hvordan ulike observasjoner ble notert ned underveis i transkriberingsarbeidet:

- Korte pauser: ...
- Lengre pauser: [pause]
- Klammer ble også brukt for å kunne komme med kommentarer underveis, for eksempel: [latter] og [utydelig tale]. Store bokstaver ble brukt når en informant vektlegger ord.

Transkriberingen ble utført med enkel linjeavstand, men ved de to siste intervjuene valgte jeg linjeskift når en ny deltaker kom til ordet. Første intervju bar preg av tettskrevne sider, med linjeskift kun ved lengre pauser eller temaskifte. Til sammen ble det 58 sider transkribert materiale.

2.7 Dataanalyse

2.7.1 Innholdsanalyse

Analysemetoden er inspirert av Graneheim og Lundmans (2004) innholdsanalyse. Kvalitativ innholdsanalyse fokuserer på teksttolkning, og brukes blant annet innenfor humanvitenskapen og omsorgsvitenskapen. Det at analysemetoden er anvendelig på ulike tekster og at tolkning kan skje på ulike nivåer gjør at den kan anvendes innenfor ulike forskningsområder (Lundman & Graneheim, 2012, s. 187). Innenfor sykepleieforskning er innholdsanalyse blitt brukt for å granske og tolke tekster, som for eksempel transkripsjoner. Den metodiske ansatsen kan være både induktiv og deduktiv (Lundman & Graneheim, 2012). Analysemetoden i forbindelse med denne oppgaven kan beskrives som induktiv, da tekstanalysen skal være forutsetningsløs og er basert på menneskers erfaringer. Ettersom hensikten med denne studien var å beskrive har jeg valgt å forholde meg til det manifeste innholdet, altså det tekstnære og åpenbare innholdet i teksten. Det underliggende budskapet, altså det latente innholdet, er utelatt. Analysen blir derfor deskriptiv.

2.7.2 Analysen steg for steg

Den transkriberte teksten ble lest gjennom gjentatte ganger. Jeg markerte deretter meningsbærende enheter med tusj. Fargene representerte tre ulike innholdsområder som belyste spesifikke temaer i intervjuet: (1) ansattes beskrivelser av meningsfulle aktiviteter, (2) tilrettelegging og gjennomføring av meningsfulle aktiviteter og (3) faktorer som hemmer/fremmer gjennomføringen av meningsfulle aktiviteter. De meningsbærende enhetene ble så klippet ut og limt inn i en tabell i Word, fordelt i innholdsområdene. Den transkriberte teksten ble så lest på nytt for å se på helheten i forhold til delene.

Det neste steget var å kondensere, eller sammenfatte, de meningsbærende enhetene uten å tolke innholdet. Videre ble de kondenserte meningsbærende enhetene kodet. Koding innebærer å «merke» eller sette en etikett på hver enkelt meningsenhet. Koden skal herunder kort oppsummere innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). Da kodingen var gjennomført var neste steg å sammenligne koder. Kodene ble markert med forskjellige farger som representerte ulike subkategorier. De kodede meningsbærende enhetene som passet sammen ble klippet ut og samlet i en ny tabell som representerte subkategoriene.

Jeg valgte så å sortere og abstrahere subkategoriene til kategorier (Graneheim & Lundman, 2004). Simultant med dette ble meningsenhetene innenfor hver kategori klippet ut og limt inn på et nytt Word ark. Jeg måtte igjen gå tilbake til det transkriberte materiale for å se sammenhenger, samt for på nytt å vurdere innholdet.

Meningsenhetene ble så omskrevet til resultater, hvorav helheten i alle meningsenhetene ble oppsummert og eksemplifisert gjennom sitater. Jeg måtte av og til hente inn noe av konteksten fra det transkriberte materialet, da dette var nødvendig for å skape en helhetlig forståelse. Underveis i dette arbeidet ble også meningsenheter flyttet mellom subkategorier og noen subkategorier smeltet sammen. Eksempel på fremgangsmåte kan ses i tabell 1 og 2 nedenfor.

Kategori: å bidra til normalitet og hverdagsliv		
Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsbærende enheter	Kode
Iselin: Til og med bare en god måltid, hvor alle sitter sammen, og sitter sammen med beboere [Gro: jah], og tar litt mat og spiser middag sammen og snakker om mat og.. [Deltakere: m-mm]. Da er jo veldig fin stund da [moderator: m-mm], beboer prøver å spise alene og så, snakke om det de spiser og.. om været, sånne nøytrale temaer og	Et godt måltid der man sitter sammen og har mulighet til å samtale med hverandre beskrives å være en god stund.	Sosial sammenkomst
Gro: Ja, kanskje gå tilbake og se på det levde liv. Hva de har likt, og gjort tidligere og.	Meningsfylte aktiviteter handler om å kunne få delta i aktiviteter som er og har vært av interesse for den enkelte.	Aktiviteter som er av interesse.
Silje: [...] vi har en som kan få lov til å smøre maten sin selv altså.. Får dekket rundt. Med det forskjellige og, sitte å smøre.. altså.. det er også en aktivitet. Og den er meningsfull	Det å få muligheten til å smøre maten sin selv, er en meningsfylt aktivitet.	Hverdagslige gjøremål
Tabell 1: Utdrag fra analyse. Fra meningsbærende enheter til koder og subkategorier. Fargekoder representerer følgende subkategorier: Rød: «å gjøre ting sammen». Grønn: «interesser og gjenkjennbare aktiviteter», Blå: «mestring av hverdagslige gjøremål»		

Kategori	Å bidra til normalitet og hverdagsliv		
Sub-kategori	Mestring av hverdagslige gjøremål	Å gjøre ting sammen.	Interesser og gjenkjennbare aktiviteter
Koder	Hverdagslige aktiviteter Mestre hverdagslige gjøremål Mestre personlig hygiene Opprettholdelse av funksjonsnivå Føle seg nyttig	Å se på TV sammen Hverdagslig aktivitet sammen med andre Utøve omsorg Sosiale relasjoner Lytt til musikk sammen Sosial sammenkomst	Trygghetsskapende aktivitet Beroligende aktivitet Babysang Aktiviteter som er av interesse. Sang er av interesse for mange. Kjent aktivitet

Tabell 2: Utdrag fra analyse. Fra koder til kategorier.

2.8 Styrker og svakheter ved studien

2.8.1 Studiens troverdighet

Studiens troverdighet går ut på å vurdere hvorvidt metoden undersøker det den er ment å undersøke (Johannessen et al., 2011). Som mastergradsstudent har jeg begrenset erfaring vedrørende forskningsmetode, spesielt med tanke på forberedelse til og gjennomføring av fokusgruppeintervju, samt analyse av kvalitative data. Veileder har i den forbindelse vært en motvekt til min mangel på erfaring og kunnskap, og har gitt veiledning vedrørende sentrale metodespørsmål.

Et alternativ til fokusgrupper kunne vært å gjennomføre individuelle intervjuer med de ansatte, hvilket kunne gitt dybdeinformasjon om den enkeltes forståelser og erfaringer vedrørende studiens hensikt (Halkier, 2010). Et annet alternativ kunne vært å kombinere observasjon med fokusgruppeintervjuer. På denne måten kunne jeg fremskaffet informasjon om ansattes handlinger (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2010), i tillegg til deres erfaringer og meninger. Ifølge Johannessen et al. (2011) er dog observasjon en tids- og ressurskrevende metode. Siden dette var en studie som skulle gjennomføres innenfor en tidsramme på seks måneder, begrenset dette perioden for datainnsamling. Videre har det dessuten vist seg at bruk av fokusgrupper alene har gitt et rikt datamateriale.

Små fokusgrupper kan medføre at man ikke får et bredt mangfold av perspektiver, samt at samhandlingen blir lite dynamisk (Halkier, 2010; Malterud, 2012). Som tidligere nevnt, bar intervjuene preg av enighet blant deltakerne, dog bidro den enkelte til å belyse problemstillingen ved hjelp av egne erfaringer og synspunkter.

Ifølge Graneheim og Lundman (2004) kan det å velge for smale eller brede meningsenheter svekke studiens troverdighet. For brede meningsenheter kan inneholde ulike meninger, mens for smale meningsenheter kan resultere i fragmentering. Flere av meningsenhetene i denne studien var over tre-fem setninger, dette da det blant annet var nødvendig også å ha med konteksten. For eksempel kom deltakerne med korte kommentar eller muntlige uttrykk mens deltakeren snakket.

2.8.2 Studiens pålitelighet

Ifølge Johannessen et. al. (2011, s. 229) knytter pålitelighet seg til undersøkelsens data, herunder «hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og hvordan de anvendes». For å kunne styrke påliteligheten ved studien valgte jeg å bruke lydopptak under intervjuene, for deretter å transkribere. Datamaterialet er nøye gjennomgått i forkant av analysen. Videre er analysens fremgangsmåte eksemplifisert i oppgaven, dette i tillegg til at veileder har sett gjennom og gitt tilbakemeldinger på analysearbeidet. For å styrke studiens pålitelighet er metodekapittelet inngående beskrevet, dette for å kunne gi leseren innblikk i hvordan forskningsprosessen har foregått.

2.8.3 Studiens overførbarhet

Overførbarhet refererer til hvorvidt resultatene fra en undersøkelse kan overføres til liknende fenomener (Johannessen et al., 2011, s. 230). For å kunne legge til rette for overførbarhet er studiens kontekst og metodiske valg nøye beskrevet, herunder eksempelvis rekruttering, utvalg, samhandlingen innad i gruppene og fremgangsmåte for analyse. Dette kan bidra til at leseren selv kan vurdere hvorvidt resultatene lar seg overføre til andre lignende kontekster (Graneheim & Lundman, 2004).

2.8.4 Studiens bekreftbarhet

Bekreftbarhet skal sikre at resultatene ikke er et resultat av forskerens subjektive holdninger, men et resultat av forskningen (Johannessen et al., 2011, s. 232). For å kunne ivareta dette er beslutninger under forskningsprosessen gjort rede for. Tidligere erfaringer og forforståelser er beskrevet for å klargjøre hvilke faktorer som kan påvirke fortolkninger og tilnærminger (Johannessen et al., 2011).

2.8.5 Søk etter og valg av forskningslitteratur

For å kunne belyse problemstillingens flere sider, var det nødvendig å gjennomføre søk, i ulike databaser. Søkene har foregått over en lengre tidsperiode, herunder både i forkant av og under arbeidet med oppgaven. Databasene som ble brukt var CINAHL, PubMed, SveMed+ og Idunn. Søkeordene som ble brukt var blant annet: «meaningful activities», «nursing home», «residential care», «care homes», «long term care facilities» og «staff». I og med at meningsfylte aktiviteter er en viktig del av begrepet «personsentrert omsorg», ble det også gjennomført søk etter relevante artikler om dette i forbindelse med utøvelse i sykehjem. Søkeord som «person-centered care» og «nursing home» ble herunder anvendt, også i kombinasjon med «activities» eller «meaningful activities». Etter at analysen ble gjennomført viste det seg at det var nødvendig å finne artikler som også vektla pårørende som ressurs på sykehjem, da dette viste seg å være et gjennomgående tema under intervjuene. Jeg søkte i den forbindelse i SveMed+ og fant en artikkel som var relevant. De fleste artiklene ble funnet ved bruk av databasene PubMed og CINAHL. Noen av artiklene ble oppdaget ved hjelp av gjennomlesing av litteraturlister i artikler eller rapporter. Til tross for at det ikke er utarbeidet en søkelogg som viser søkeord, database, antall søk og resultater, er søkene på best mulig måte forsøkt ivare tatt på en systematisk måte.

Artiklene var basert på kvalitative, kvantitative og review studier. Jeg fant kun to norske artikler om temaet, men en av artiklene som ble valgt var svensk. Utover dette er studiene gjennomført i Spania, Australia, USA, Nederland og Storbritannia. Det er derfor ikke gitt at resultatene kan overføres norske forhold, da sykehjem i andre land ikke nødvendigvis er organisert på lik linje som i Norge. I tillegg er det også mulige ulikheter med tanke på eksempelvis økonomi, kultur, familieforhold og religion. Dog kan man se at det forekommer flere likheter i resultater til tross for at undersøkelsene er gjennomført i ulike land, noe som kan indikere at noen av perspektivene som omhandler betydningen av meningsfulle aktiviteter for personer med demens kan ha relevans til tross for ulikhet i rammefaktorer.

Artiklene ble publisert i ulike tidsskrift. Disse ble kontrollert opp mot Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register over godkjente publiseringskanaler. Av alle artiklene som ble valgt var to av disse publisert i tidsskrifter med publiseringsnivå 2, resterende med publiseringsnivå 1. Nivå 2 består av ledende tidsskrifter og utgir omtrent 20% av publikasjonene, mens nivå 1 er alle andre tidsskrifter som inngår i målesystemet (Helsebiblioteket, 2012).

2.9 Etikk og personvern

2.9.1 Godkjenning

Som følge av at personopplysninger ville bli behandlet og lagret elektronisk, var prosjektet meldepliktig til personvernombudet (Johannessen et al., 2011). Studien ble godkjent av NSD (vedlegg 4). Opplysninger som ble innhentet og lagret elektronisk var kjønn og hvilken stilling de hadde ved sykehjemmet. Navn ble ikke registrert elektronisk, men deltakernavnene som kom med på lydopptakene ble anonymisert under transkriberingen.

2.9.2 Informert samtykke

Ifølge Johannessen et al. (2011) skal den som spørres om å delta, gi uttrykkelig informert og frivillig samtykke til å delta. Dette i tillegg til at vedkommende skal kunne få mulighet til å trekke seg når som helst uten begrunnelse (Johannessen et al., 2011, s. 91). Som tidligere nevnt fikk avdelingssykepleier tilsendt informasjon om prosjektet, i tillegg til informasjonsskriv med samtykkeerklæring som skulle tildeles aktuelle ansatte. I forkant av hvert intervju fortalte jeg kort om prosjektet, muligheten til å trekke seg, bruk av lydopptaker, samt anonymisering av materiale. Til tross for at jeg oversendte informasjonsskriv til

avdelingssykepleier, var det ingen som hadde tatt med seg dette. Jeg leverte da ut nye, og gav de tid til å lese gjennom, samt muligheten til å trekke seg dersom de ønsket dette. Jeg informerte om at det ikke var mulig å trekke seg etter at intervjuet var startet, da det kan være vanskelig å skille mellom deltakerne under transkriberingsarbeidet. Ingen valgte å trekke seg og alle signerte samtykkeerklæringene.

2.9.3 Konfidensialitet

Som følge av at forskningsmetoden var fokusgruppeintervju, fremkom det opplysninger innad den i enkelte gruppen. Selv om det kun er forskeren som er pålagt taushetsplikt, var det allikevel viktig at deltakerne ble anmodet om å forholde seg til slike opplysninger som om de også var omfattet av taushetsplikten (NEM, 2010). Videre ble viktigheten av ansattes opprettholdelse av taushetsplikt overfor pasienter under fokusgruppeintervjuene, presisert i informasjonsskriv, samt innledningsvis i intervjuene.

Bruk av lydopptaker medfører at det foreligger personidentifiserbare data, hvorav disse skal behandles ut ifra gjeldende lovverk relatert til håndtering av personidentifiserbare opplysninger (NEM, 2010). I forbindelse med transkriberingen av lydopptakene ble derfor deltakernes, stedets og sykehjemmets navn anonymisert. Områder i nærheten som ble nevnt, ble også anonymisert. Det ble herunder ikke laget en koblingsnøkkel for senere å kunne identifisere enkeltpersoner. For å forebygge spredning av sensitive data, samt forhindre tap av verdifulle bidrag, er det essensielt at lagringsmediene sikres forsvarlig (NEM, 2010). I den forbindelse ble anonymiserte transkripsjoner oppbevart på en PC med passordbeskyttelse, mens notater i papirform vedrørende gruppens samhandling, samt samtykkeerklæringene ble lagret i et låsbart skap. Notater ble makulert kort tid etter overføring til data. Videre ble lydfilene slettet etter at transkriberingen ble gjennomført, dette som følge av at lydopptaker ikke tillot overføring av lydfiler.

3 RESULTATER

Resultatene presenteres under tre kategorier. Den første kategorien heter: «å bidra til normalitet og hverdagsliv for personer med demens», og representerer deltakernes beskrivelser av hvilke aktiviteter som anses å være meningsfulle og hvorfor. Kategori to kalles: «å kjenne den enkelte som utgangspunkt for tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter». Innenfor denne kategorien kan man lese om deltakernes beskrivelser av hvordan de ansatte på sykehjemmet tilrettelegger for, gjennomfører og evaluerer aktiviteter for beboerne. «Omgivelsenes betydning for gjennomføring av meningsfulle aktiviteter» er den siste kategorien, og inneholder deltakernes beskrivelser av hva de anser som fremmende og hemmende ved organiseringen av sykehjemmet, samt sykehjemmets fysiske og sosiale omgivelser, i forbindelse med tilrettelegging for og gjennomføring av aktiviteter.

3.1 Å bidra til normalitet og hverdagsliv for personer med demens

Ifølge fokusgruppene skal meningsfulle aktiviteter for personer med demens skape en følelse av å være «nyttig», glede, trygghet, mestring og ro, men også bidra til opprettholdelse av funksjonsnivået. Dette er noe som kan oppnås ved deltakelse i aktiviteter som er gjenkjennbare, sosiale og basert på den enkeltes tidligere og nåværende interesser og preferanser. Det er altså aktiviteter som kan sies å skulle speile den hverdagen vedkommende hadde før sykdommen begrenset dem og før de flyttet inn på sykehjem.

Dette blir beskrevet nærmere innenfor tre subkategorier: «interesser og gjenkjennbare aktiviteter», «mestring av hverdagslige gjøremål» og «å gjøre ting sammen».

3.1.1 Interesser og gjenkjennbare aktiviteter

For at en aktivitet skal kunne beskrives som meningsfylt, gir deltakerne uttrykk for at den skal baseres på den enkeltes interesser og preferanser. Sang og musikk er herunder noe som til stadighet blir trukket frem som eksempler på meningsfylte aktiviteter. Dette da enten i forbindelse med konserter, babysang, bruk av musikkspiller på avdelingen eller sang initiert av beboerne selv. Deltakerne forteller at de ofte ser beboere uten språk begynne å synge, og hvordan de til tross for sin kognitive svikt husker teksten til de gamle, kjente sangene.

Videre blir det å se på fjernsyn trukket frem som et interesseområde for mange beboere. Deltakerne forteller om en økende interesse for dette etter hvert som yngre personer flytter inn, hvorav mange også anskaffer seg fjernsyn inne på eget værelse. I fellesområdene blir derimot fjernsynet brukt mer bevisst av ansatte, hvorav de blant annet gjennom matprogram bidrar til å skape ro blant beboerne. Beroligende aktiviteter er herunder noe deltakerne anser som meningsfulle for beboere med demens, der også demensdukken «Rubens Barn» trekkes frem som et relevant og ofte benyttet tiltak. Det er dog svært individuelt hvem som drar nytte av den, men for noen personer virker dukken å være beroligende:

«Vi har ei dame som pleier å snakke lenge med dukken. Hun koser seg, men er rolig når hun snakker med dukken»

I tillegg til at en aktivitet bør resultere i ro, er trygghet også et viktig begrep som blir trukket frem i fokusgruppene. Trygghet kan blant annet være et resultat av deltakelse i aktiviteter som oppleves som «kjente» for beboere med demens. Deltakerne trekker herunder frem tilbud om restaurantbesøk som eksempel på dette. De forteller at sykehjemmet har en egen restaurant som holder åpent visse dager i måneden, noe som blir beskrevet å være et positivt tilbud for beboerne og deres pårørende. Dette da aktiviteten er gjenkjennbar for mange beboere på sykehjem i dag, samt som følge av at den foregår i tilrettelagte omgivelser, hvilket skaper trygghet for både pårørende og beboere:

«Det er et kjempe tilbud for både beboerne og pårørende. Det kan jo være vanskelig å komme på besøk til en som har vanskeligheter med å finne ut av verden. Da kan det være en god ting å gå på restaurant sammen, for det er en kjent aktivitet. Det kan jo også være litt overveldende for noen å ta med seg moren eller faren sin ned til byen, men her er det jo trygt»»

Aktiviteter kan også beskrives som meningsfulle dersom de skaper glede. Deltakerne forteller om hvordan noen av beboere eksempelvis lyser opp i forbindelse med aktiviteter som er av interesse, eller som er gjenkjennbare for vedkommende. Herunder eksempelvis bowling, tur på kjøpesenteret eller turgåing i nærmiljøet.

3.1.2 Mestring av hverdagslige gjøremål

I min studie er hverdagslige aktiviteter noe deltakerne mener er et godt eksempel på meningsfylte aktiviteter for deres beboere. Herunder blir aktiviteter som det å bære ut søppel, re opp egen seng, sortering og bretteing av tøy, selv utføre personlig hygiene, delta i middagslagingen, samt smøre frokost selv, trukket frem som eksempler på aktiviteter som blir oppfattet som meningsfylte:

«Vi har en som kan få lov til å smøre maten sin selv. Får dekket rundt. Det er også en aktivitet. Og den er meningsfull»

Det å delta i middagsforberedelser blir beskrevet å være meningsfylt, men dette dersom det er av interesse for den enkelte. Alle deltakerne forteller om beboernes muligheter til å være med på å handle inn til, samt delta i matlagingen. En av helsefagarbeiderne forteller om en beboer som har glede av å skrive handleliste i samarbeid med personalet, samt at selve innkjøpet i butikken også blir beskrevet som meningsfylt. Selv om matlaging er et populært emne blant deltakerne, virker det dog ikke som om det er en aktivitet mange av beboerne har interesse for:

«Hos oss akkurat nå er det ikke så veldig mye husmoderlige instinkter. Det er ikke så meningsfylt for så mange. Men vi har jo hatt perioder hvor det var noen som var veldig interessert i å skrelle poteter. Altså, det å gjøre i stand til maten og være med på det å dekke bordet. Men det er jo helt avhengig av hvem som bor der. Akkurat nå så har vi ikke så mye i gang med den slags. For det er ikke det som er interesse-feltet»

Selv om det er mange eksempler på ulike meningsfylte hverdagslige aktiviteter, er det stor enighet om at dette er individuelt, og må vurderes underveis. Under intervjuene kommer det frem tre ulike faktorer som deltakerne mener er med på å gjøre hverdagslige gjøremål meningsfylte for beboerne; opprettholdelse av funksjonsnivået, mestring og det å føle seg nyttig. Deltakerne i to av gruppene trekker frem at hverdagslige gjøremål kan bidra til å opprettholde funksjonsnivået til beboeren. En deltaker forklarer at det å selv kunne utføre personlig hygiene er et eksempel på dette. En annen trekker frem at man ved å brette kluter og håndklær bruker armene, hvilket også er med på å opprettholde funksjonsnivået. Mestring er et annet begrep som kommer frem i forbindelse med hverdagslige gjøremål, og som blir beskrevet som avgjørende for at beboeren skal oppleve aktiviteten som meningsfylt. De

forteller herunder om hvordan beboere kan reagere med frustrasjon dersom en aktivitet ikke er tilstrekkelig tilpasset den enkeltes ressurser og interesser. Herunder eksempelvis i forbindelse med matlaging, hvorav det å skrelle poteter kunne oppleves som for vanskelig for noen. En av deltakerne forteller derimot om en beboer som selv tok initiativ til å re sin egen seng, hvilket medførte mestring og gav mening i aktiviteten. Å føle seg nyttig er den siste faktoren som blir trukket frem i forbindelse med hverdagslige aktiviteter. Deltakerne forteller at det å kunne delta i hverdagslige gjøremål er med på å skape en følelse av at man bidrar i gruppen. De forklarer at mange av beboerne tidligere kanskje følte seg «unyttige» som følge av sykdommens progresjon og konsekvensene dette har hatt for gjennomføring av slike aktiviteter. Ved da å kunne delta i tilrettelagte omgivelser, kunne det å eksempelvis skrelle poteter eller vanne blomstene bidra til at enkelte gjenvant en slik følelse. Dette da i tillegg til å kunne føle at man kan leve et liv som ligner mer det vanlige liv.

3.1.3 Å gjøre ting sammen

Stort sett alle aktiviteter som tilbys ved sykehjemmet, både individuelle og felles aktiviteter, foregår i en sosial kontekst. Flere av deltakerne trekker frem viktigheten av også å kunne gjøre noe sammen med andre. Herunder skaper måltidene muligheter for sosial samhandling, mestring og hygge. Dette ved at de sammen med andre beboere og personalet forbereder måltider, spiser og snakker sammen:

«Et godt måltid, hvor alle sitter sammen. Spiser middag sammen og snakker om mat, om været, slike nøytrale temaer. Det er jo en veldig fin stund da»

Måltidene på den enkelte avdeling kan altså være noe som fremmer sosial interaksjon mellom beboere og ansatte. Dog blir også familie trukket inn som viktig i forbindelse med beboerens mulighet for sosialt samvær. Restauranttilbudet blir herunder beskrevet å være en aktivitet flere beboere og deres pårørende drar nytte av, og som skaper en sosial arena. Videre kan meningsfylte sosiale aktiviteter som gjennomføres på avdelingen også være det å spille ulike spill eller lese avisen sammen. Demensdukken er igjen et eksempel, som også kan beskrives som en sosial aktivitet. Dukkene bidrar til at enkelte får mulighet å gi omsorg, hvorav informantene forteller om hvordan enkelte beboere snakker, stiller og passer på disse, som om de er ekte barn.

3.2 Å kjenne den enkelte som utgangspunkt for tilrettelegging av meningsfulle aktiviteter

På spørsmål om hvordan deltakerne arbeider for å tilrettelegge for og gjennomføre meningsfylte aktiviteter for beboerne, understreker de viktigheten av kartlegging av interesser og ressurser. Dette gjennomføres allerede i forbindelse med innflytning, og da i samarbeid med pårørende. De får herunder utdelt skjema hvor de kan fylle inn bakgrunnsopplysninger om beboeren. Den enkeltes livshistorie utarbeides. Hvilke interesser den enkelte har er dog ikke alltid konstant, flere av deltakerne opplyser herunder om at de aktivitetene den enkelte interesserte seg for på 1960-tallet ikke nødvendigvis er av interesse den dag i dag. De anser det derfor som viktig at man hele tiden vurderer hvilke aktiviteter som kan være passende for den enkelte beboer. De ulike gruppetilbudene som tilbys ved sykehjemmet er aktiviteter basert på interesser og hobbyer, eksempelvis jazzklubb og maleklubb. Hvilke klubber som passer den enkelte er noe primærkontakten vurderer i samarbeid med den enkelte beboer og aktivtøren. I tillegg tilbyr aktivtør ulike fellesaktiviteter som konserter, bussturer og bowling. Deltakerne opplyser om at det i hovedsak er frivillige og aktivtør som planlegger og gjennomfører disse aktivitetene, men at personalet ved avdelingen av og til må hjelpe til. Dette da spesielt i forbindelse med fellesturer. Individuelle aktiviteter og aktiviteter som foregår inne på den enkelte avdeling er det dog stort sett de ansatte som tilrettelegger for og gjennomfører.

Deltakerne understreker at beboerens deltakelse i ulike aktiviteter er frivillig, og at de ikke sjelden ser at enkelte beboere ikke ønsker å delta. Tidligere har det blant annet vist seg at manglende interesse for aktivitet har vært en frykt for ikke å strekke til. De forteller at beboerne da får informasjon om aktivitetene, da dette kan bidra til å motivere til deltakelse. En helsefagarbeider trekker frem at også gruppeaktivitetens kontekst kan ha noe å si på den manglende interessen, dette ved at aktiviteten nå blir gjennomført i ukjente omgivelser og med fremmede mennesker. Til tross for at det tilbys rikelig med felles aktiviteter ved sykehjemmet, er det altså ikke alltid slik at aktivitetene er tilpasset alle. Dette er noe de ansatte vurderer underveis, ved eksempelvis å observere kroppsspråket hos personer som ikke lenger selv kan uttrykke seg selv:

«Hos noen pasienter kan vi kun tolke om aktiviteten gir glede eller ikke. Hvis man kjenner pasienten så kan man observere ganske mye, at pasienten plutselig blir mer aktiv, roligere, nikker eller smiler»

Fellesaktiviteter er ei heller alltid egnet, eksempelvis ved atferdsproblematikk og somatisk sykdom. Hukommelse og dagsform blir dessuten også beskrevet å være påvirkende faktorer til hvorvidt aktiviteter skal gjennomføres eller ei:

«Vi ser også på dagsformen. Det som fungerte for en uke siden, er ikke sikkert at fungerer akkurat nå. Hvis det er smerte, dårlig form eller at de ikke orker, da aksepterer vi det også. Det er noe vi må vurdere underveis»

Noen ganger kan enkelte aktiviteter også skape sterke reaksjoner og vonde følelser hos beboerne, noe som igjen understreker viktigheten av å kjenne bakgrunnshistorien til den enkelte. I tilfeller der fellesaktiviteter ikke lar seg gjennomføre, vurderes det hvorvidt den enkelte ønsker å gjennomføre en til en aktivitet. Herunder eksempelvis tur til et kjøpesenter for å handle og spise mat sammen. Tidligere tilbød også aktivitør aktiviteter på den enkelte avdeling, samt en til en kontakt med enkelte beboere. Dette er noe deltakerne nå savner, da slike aktiviteter er tilpasset de fleste. Ifølge «Sara» falt dette tilbudet bort, hvorav de derfor nå ser at enkelte beboere blir stående igjen uten tilbud:

«Men de kan altså ikke omgås andre mennesker. De har en for spesiell atferd, og dermed får ikke de noe tilbud»

«Sara» opplyser videre om at de meningsfylte aktivitetene som da kan tilbys beboerne, er nærhet og samtale. Deltakerne forteller dog også at det ikke alltid er mulig å planlegge aktiviteter for hver enkelt beboer, men at de heller gjennomføres «på sparket».

3.3 Omgivelsenes betydning for gjennomføring av meningsfulle aktiviteter

Deltakerne trekker frem ulike faktorer ved sykehjemmet som de selv mener kan bidra til å fremme og hemme tilretteleggingen og gjennomføringen av meningsfylte aktiviteter. Disse faktorene er beskrevet innenfor to subkategorier: «faktorer i de fysiske omgivelsene» og «faktorer ved organiseringen og i de sosiale omgivelsene».

3.3.1 Faktorer i de fysiske omgivelsene

De fleste deltakerne oppgir at de ser på sykehjemmets fysiske omgivelser som fremmede for tilrettelegging og gjennomføring av meningsfulle aktiviteter. Herunder blir selve bygningens utforming ansett som fordelaktig for dem selv og deres beboere, hvorav de to atriene blir trukket frem som et eksempel. Hagene er altså «rammet inn» av sykehjemmet, noe deltakerne forteller at gir beboerne mulighet til fritt å kunne gå ut i frisk luft. Videre beskriver deltakerne at atriene fungerer som en sosial arena for beboere, pårørende og ansatte. Beboeres frie tilgang til trygge uteområder er altså vektlagt under intervjuene, men sykehjemmets utforming gir også ansatte mulighet til å kunne hjelpe hverandre på tvers av enhetene. Ved å åpne dører mellom enhetene har de herunder mulighet til å avse personale i forbindelse med eksempelvis aktiviteter eller hendelser utenfor avdelingen.

Det at avdelingene er oversiktlige er dessuten noe som blir verdsatt av de ansatte, da dette bidrar til at beboere kan være ute i hagen, mens de selv er inne på avdelingene. Deltakerne trekker også frem sykehjemmets små boenheter og store fellesområder som positive elementer i forbindelse med arbeidet. Eksempelvis forteller «Trine» at størrelsen på avdelingene skaper muligheter for trygg mobilisering:

«Vi har store avdelinger, der de som kan gå, kan gå på egenhånd. Det er positivt. Vi ser at de går, at de ikke faller. Små beboerrom begrenser muligheten for fysioterapi, men rommene her er ikke små»

Selv om de fleste av deltakerne gir uttrykk for at de fysiske omgivelsene er godt tilrettelagte, blir konstruksjonen også av noen sett på som hemmende. Dette da omgivelsene inne på en av avdelingene gir liten mulighet for stimuli:

«Det er en veldig ribbet avdeling, det er ikke noe hyggelig. Det er ingen punkter i avdelingen som kan være et samtaleemne. Det er grått og trist, og det er betong. Vi må ut av avdelingen for å få stimuli»

3.3.2 Faktorer ved organiseringen og i de sosiale omgivelsene

For å kunne tilrettelegge for og gjennomføre aktiviteter er tilgang på menneskelige ressurser et gjennomgående tema i fokusgruppene. Herunder blir blant annet god ledelse nevnt som

viktig for å kunne tilby meningsfylte aktiviteter. Dette da det var avdelingssykepleier som tok initiativ til og sørget for tilgang på praktikanter. Tilgang på frivillige, studenter og praktikanter blir beskrevet å bidra til at beboerne i større grad får anledning til eksempelvis å gå tur utenfor sykehjemmet. Praktikanter og studenter bidrar dessuten til å avlaste arbeidsmengden blant de ansatte, ved at de også får hjelp i forbindelse med matlaging, under måltidene, samt forbindelse med gruppeaktiviteter.

Til tross for at frivillige og praktikanter blir ansett å være en god ressurs i hverdagen for både ansatte og beboere, blir tilgangen beskrevet som liten. Det er få frivillige som kommer for å bidra, og på en av avdelingene er frivillige fraværende. Mangel på praktikanter og frivillige kan medføre at beboerne ikke får følge i forbindelse med gruppeaktiviteter, i tillegg til at arbeidsbelastningen blant de ansatte ikke reduseres. Deltakerne uttrykker dessuten at nye rutiner og flere arbeidsoppgaver bidrar til mindre tid til meningsfylte aktiviteter som eksempelvis en til en samtaler og høytlesing. En av deltakerne uttrykker et sterkt ønske om å få mer tid, slik at beboerne i større grad kommer i fokus. Andre deltakere trekker dog frem at god planlegging og arbeidsfordeling i begynnelsen av vekten er viktig og kunne skape rom for aktivitet, men at ikke alt allikevel kan planlegges. Som følge av at man arbeider med mennesker vil man naturligvis ikke kunne planlegge dagene fullt ut, da uforutsette hendelser som akutt sykdom kan forekomme. Videre gir en av deltakerne uttrykk for at «forventede» gjøremål som pleie av terminale beboere, dosettlegging og tilkalling i forbindelse med bakvakter også kan skape en tidsklemme. På dager der deltakerne opplever et slikt tidspress hender det at de må ta noen valg som ikke er tidkrevende, noe «Sandra» eksemplifiserer:

«Det er jo noen ganger man velger den lette løsningen, og tar den som sitter i rullestol ned i butikken. Fordi det går fortest. Fordi vi har en travel dag. Det er jo noen ganger man er nødt til å ta de valgene. Sånn er det jo alle steder»

Selv om deltakerne trekker frem høy arbeidsbelastning og tidspress, er det noen meningsfylte aktiviteter de anser som ikke-tidkrevende og som da lar seg gjennomføre på en travel hverdag. Eksempelvis trekker de frem muligheten til å la beboerne delta i hverdagslige aktiviteter som skrelling av poteter, feiing av gulv, tørking av bordene og vanning av blomster.

På spørsmål om hvorvidt deltakerne anser pårørende som en ressurs i forbindelse med arbeidet med å tilrettelegge og gjennomføre meningsfylte aktiviteter, er svaret nyansert. En av deltakerne trekker eksempelvis frem at beboere som får jevnlige samtaler eller besøk av pårørende oftere deltar i aktiviteter, enn beboere som har marginalt med besøk. Hyppigheten av besøk fra pårørende blir dog beskrevet som varierende, og man kan se ulikheter mellom avdelingene. På en av avdelingene blir det eksempelvis observert at det kun er en beboer som tidvis får besøk av familien. Allikevel ser det ut til at pårørende spiller en viktig rolle i de andre avdelingene:

«Noen pårørende er her hver dag og deltar i alle aktivitetene som vi har hos oss. De blir med. Jo vi er heldige, det er mange pårørende som kommer både på formiddagen og ettermiddagen og sitter sammen med gruppen ute. Så det er jo veldig fint»

Pårørende virker dessuten også å være en ressurs for andre medbeboere. Dette da de andre beboere er velkomne til å sitte sammen med dem. I tillegg uttrykker deltakerne at flere pårørende ofte møtes og har en hyggelig tid sammen med hverandre, sine nærmeste og andre medbeboere. Til tross for at pårørende etterstreber inkludering av beboere, oppgir dog en av deltakerne at besøk fra pårørende kan medføre et savn blant de som ikke får besøk. De har observert at beboere i større grad savner sin egen familie.

Videre blir et ønske om mer samarbeid med pårørende nevnt. De opplever at pårørende kommer med forventninger om at det er de ansatte som skal organisere og fullføre aktiviteter, og at beboeren til en viss grad ikke lenger er deres ansvar:

«Det er jo noen ganger man tenker at de liksom, overlater de i kommunens vold»

Dog reflekterer deltakerne over den belastningen pårørende opplevde i forbindelse med det å utøve omsorg overfor en person med demens, og at det er vanskelig å vite hva som kan være årsaken til at pårørende er lite tilstede. De trekker også frem at de selv kanskje også må ta initiativ til økt samarbeid.

4 DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å gi innsikt i sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser av hvilke aktiviteter på sykehjem som kan anses som meningsfulle for beboere med demens, og hvorfor. Men også hvordan de tilrettelegger for og gjennomfører disse, samt hvordan de erfarer at omgivelsene og organiseringen ved sykehjemmet gir mulighet for tilrettelegging og gjennomføringen av slike aktiviteter.

4.1 Hva skal til for at en aktivitet kan anses å være meningsfull?

Resultatene viser at aktiviteter som skaper en følelse av å være til nytte, gir glede, trygghet, mestring og ro, samt bidrar til opprettholdelse av funksjonsnivået, kan beskrives å være meningsfulle for personer med demens. Ved at aktivitetene er gjenkjennbare, sosiale og basert på enkeltindivids interesser, preferanser og evner, kan dette oppnås. Denne beskrivelsen av meningsfulle aktiviteter vil i dette underkapittelet bli diskutert opp mot relevant litteratur på området. Klinisk relevans blir også vurdert.

Denne studien viser at aktiviteten bør være gjenkjennbar for personen med demens, for at den skal kunne beskrives som meningsfull. Dette kan oppnås ved blant annet å tilrettelegge for og tilby hverdagslige aktiviteter som gir mening for enkeltindividet. Hverdagslige aktiviteter blir også i forskning trukket frem som eksempler på meningsfulle aktiviteter for personer med demens, og kan dessuten bidra til økt livskvalitet (Popham & Orrell, 2012; Edvardsson et al., 2013). Videre viser det seg at mange beboere fortsatt har interesse for slike aktiviteter, og at disse kan bidra til en følelse av normalitet og en videreføring av deres hverdagslige liv før innflytting på sykehjem (Haugland, 2012; Milte et al., 2015). På en annen side viser forskning også at hjemlige aktiviteter ikke lenger er like interessant for personer med demens (Menne et al., 2012; Harmer & Orell, 2008). I den forbindelse viser det seg at kun 6% av personene med demens oppgir husarbeid som en foretrukken aktivitet (Menne et al., 2012). Deltakerne i min studie ga uttrykk for at noen av de hverdagslige aktivitetene, blant annet middagsforberedelser, ikke var av interesse for dagens beboergruppe. Hvorvidt slike aktiviteter kan inngå i en personsentrert miljøbehandling kan altså sies å være avhengig av om de er tilpasset den enkeltes evner og interesser (Holthe, 2016b; Kitwood, 1997). Ifølge Harmer og Orell (2008) kan mangel på interesse komme av mangel på motivasjon. I min studie viser det seg dog at hverdagslige aktiviteter kan oppleves som meningsfulle for

beboerne, dersom de bidrar til mestring, opprettholdelse av funksjonsnivået og en følelse av å være nyttig. Mestring blir trukket frem som viktig også i litteraturen, hvorav redsel for å feile i aktiviteter man tidligere mestret kan være en årsak til at man i mindre grad ønsker å delta (Harmer og Orrell, 2008). Dette understøttes av mine funn, der helsefagarbeiderne og sykepleierne anser dette som en mulig årsak til at enkelte beboere ikke ønsket å delta i aktiviteter de tidligere hadde hatt interesse av. Disse resultatene tyder altså på at det er viktig at helsefagarbeidere og sykepleiere etterstreber tilrettelegging av hverdagslige gjøremål som personen med demens mestrer og har interesse av. På denne måten kan man kanskje bidra til at vedkommende får en opplevelse av normalitet og økt livskvalitet.

For at en hverdagslig aktivitet skal kunne sies å være meningsfull for beboeren med demens, mener deltakerne at den også skal bidra til å opprettholde funksjonsnivået. Ifølge Harmer og Orrell (2008) er dette noe ansatte anser som et viktig element, men at beboerne selv vektlegger andre faktorer ved aktiviteten for at den skal kunne oppleves som meningsfull. I en definisjon av meningsfulle aktiviteter beskrevet av Morley, Philot, Gill og Berg-Weger (2014) skal slike aktiviteter bidra til glede, men også skape et engasjement hos den enkelte slik at han/hun forbedrer sitt følelsesmessige velvære, fysiske funksjon, kognitive status eller reduserer problematisk atferd. Ifølge Holthe (2016b) anbefales det dessuten at personer med demens deltar i dagligdagse aktiviteter, fordi dette blant annet kan bidra til å vedlikeholde kroppslige funksjoner. Det kan altså virke som om opprettholdelse av funksjon er et viktig element i forbindelse med ansattes mål for aktiviteten, men at opprettholdelse av funksjon alene, ikke nødvendigvis gjør den meningsfull for beboeren. Det bør dog sies at opprettholdelse av funksjonsnivået er å anse som et viktig element i den helhetlige omsorgen for personen med demens, da beboere på sykehjem ofte kjennetegnes av skrøpelighet og komorbiditet (Den norske legeforening, 2012). Herunder kan eksempelvis tilrettelagt fysisk aktivitet bidra til mestring, redusere de psykologiske tilleggssymptomene ved demens og bevare personens selvstendighet og uavhengighet (Tretteteig et al., 2016).

Det å føle seg nyttig anses i min studie som en viktig faktor for at en aktivitet skal være meningsfull for den enkelte. Dette understøttes av tidligere forskning som viser at mange beboere ønsker å delta i aktiviteter som får dem til å føle seg nyttige (Palacios-Ceña et al., 2016; Harmer & Orrell, 2008; Phinney et al., 2007). Forskning viser videre at det å bidra i avdelingen kan medføre en følelse av å være til nytte, og at dette hjelper dem til å føle seg

verdifulle overfor andre og en følelse av egenverd (Milte et al., 2016; Han et al., 2016). Deltakerne forteller i den forbindelse om at de ved blant annet å inkludere beboerne i middagsforberedelsene gir muligheter for at enkelte får en følelse av at han/hun bidrar til fellesskapet. Dette er noe som igjen tyder på at praktiske gjøremål tilpasset den enkeltes evner og interesser er noe ansatte ved sykehjem bør etterstrebe.

Tidligere forskning beskriver at aktiviteter må bidra til glede for at de skal kunne beskrives som meningsfulle for personer med demens (Harmer & Orrell, 2008; Haugland, 2012; Morley et al., 2014; Phinney et al., 2007). Dette understøttes av resultatene i min studie der deltakerne trekker frem flere eksempler på aktiviteter som er med på å skape glede, deriblant sang og musikk. De forteller at dette ofte foregår i forbindelse med konserter, eller i avdelingen initiert av ansatte eller beboerne selv. Denne aktivitetsformen blir også i litteraturen beskrevet å være meningsfull. Forskning viser herunder at sang og musikk er viktige aspekter i beboernes liv, der det å lytte til musikk kan bidra til bedre humør og konsentrasjon (Harmer & Orrell, 2008). Videre er dette også kjente fritidsaktiviteter for mange, i tillegg til at det ikke er for krevende å gjennomføre for personer med demens (Han et al., 2016). Dette understøttes av mine resultater der deltakerne forteller om at dette er aktiviteter som er av interesse for mange av beboerne, og som lett kan la seg gjennomføre i praksis. Bevisst bruk av musikk kan videre bidra til at minner og språk blir lettere tilgjengelig for beboeren, der eksempelvis innøvde sanger hjelper hjernen til å finne de riktige ordene (Tretteteig et al., 2016, s. 329). Dette er noe deltakerne i min studie også har lagt seg merke ved. De forteller om hvordan personer uten språk plutselig stemmer i når de hører kjente sanger. Musikk kan altså også bidra til å vekke minner (Tretteteig et al., 2016). Dette kan for noen oppleves som godt, men en av helsefagarbeiderne i min studie forteller om hvordan en beboer får vekket sterke, vonde minner ved å delta på visse konserter. Ifølge Tretteteig et al. (2016) kan dog musikk også være et middel for å skape ro for personen med demens, men dette er ikke noe deltakerne i min studie trekker frem. Det å bruke sang og musikk i hverdagen er altså noe ansatte ved sykehjem enkelt kan gjennomføre og som virker å ha en positiv effekt på den enkeltes humør og atferd.

Beroligende aktiviteter er noe deltakerne anser som viktig for at en aktivitet skulle kunne oppleves som meningsfull. Herunder blir bruk av demensdukke og det å se på matprogram på fjernsynet, sett på som eksempler på beroligende tiltak. Dette kan sies å understøttes av

Mitchell, McCormack og McCance (2016) som opplyser om at terapeutisk bruk av dukker kan bidra til å redusere uro, vandring og angst. Det å se på fjernsyn blir av flere personer med demens ansett å være meningsfullt, og er dessuten assosiert med økt velvære (Han et al.; Harmer & Orrell, 2008; Menne et al. 2012). Dog er fjernsyn også trukket frem som en pasifiserende aktivitet som også medfører kjedsomhet, og som av pårørende oppfattes som den eneste kilden til stimuli for beboeren (Palacios-Ceña et al., 2016; Han et al., 2016). På en annen side trekker deltakerne i min studie frem bruk av fjernsyn som et tiltak for å stimulere til sosial interaksjon, der man sammen kan diskutere bevisst valgte fjernsynsprogram. Dette er noe som understøttes av Östlund (2010) som opplyser om at kommunikasjon foran fjernsynet kan utvikles som en del av en omsorgsstrategi. Hun trekker også frem at fjernsynet kan sees på som et sosialt samlingspunkt der generasjoner kan komme sammen. Denne studien er dog gjennomført med hjemmeboende eldre, og det er ikke klart hvorvidt noen av informantene lider av kognitiv svikt. Likevel kan man se dette som en relevant aktivitet på sykehjem, da det viser seg at mange eldre personer, også personer med demens, har hatt og fortsatt har interesse for dette (Östlund, 2010; Menne et al., 2012). I tillegg til at fjernsynsprogrammer kan være et tiltak for sosial interaksjon, bidrar også terapeutisk bruk av dukke og robotkjæledyret «Paro» til bedre kommunikasjonsevne, men også kommunikasjon med andre (Mitchell et al., 2016; Tretteteig et al., 2016). Ifølge Mitchell et al. (2016) kan man dessuten se hvordan personer med demens blant annet vugger, snakker og koser med, bærer på og synger for dukkene. Dette er noe som også blir observert av deltakerne i min studie. Ifølge Mitchell et al. (2016) er overnevnte atferd assosiert med lek, mens det i min studie blir sett på som beboerens mulighet for utøvelse av omsorg overfor dukken.

Brooker (2007) understreker viktigheten av at ansatte sørger for et støttende sosialt miljø, der man bidrar til at mennesker med demens får et beriket sosialt miljø som både kompenserer for svakhetene deres og som foster muligheten til personlig vekst. Stort sett alle aktivitetene som blir tilbudt på sykehjemmet i min studie, foregår altså i en sosial kontekst, hvorav det sosiale aspektet anses som viktig for at en aktivitet kan beskrives å være meningsfull. Tidligere forskning understreker viktigheten av sosial kontakt, og at opplevelsen av sosiale relasjoner en viktig faktor i forhold til personens livskvalitet (Eriksen et al., 2016). Ifølge Han et al. (2016) er behovet for sosial kontakt uavhengig av demensens grad, hvorav eksempelvis beboere med moderat til alvorlig demens ga uttrykk for en frykt for å være alene, og for ensomhet. Dette da som følge av et sosialt isolert liv på sykehjem. Deltakerne i min studie

virker dog å være bevisst viktigheten av sosial interaksjon. De beskriver blant annet hvordan de tilrettelegger for sosiale stimuli i avdelingen, ved blant annet skape hygge rundt matbordet, og hvor enkle, hverdagslige samtaleemner bidrar til at de fleste kan delta. Det å være sammen med familien, blir av deltakerne ansett som svært meningsfullt for beboerne. De uttrykker at det jo er disse som kjenner beboerne best og som virker å ha en positiv innvirkning på den enkeltes hverdag. Deltakerne forteller om at beboerne virker å se frem til og glede seg over besøk av familien, men at også enkelte beboere uttrykker savn etter dem, spesielt dersom de ser at andre får besøk. Dette kan sies å understøtte tidligere forskning, der sosiale aktiviteter sammen med familie anses å være viktige for personer med demens (Phinney et al., 2007). Harmer og Orrell (2008) forteller videre at det å fortsatt ha kontakt med, og snakke om familie kan bidra til at beboerne opprettholder en følelse av å ha en forbindelse mellom viktige nåværende og tidligere relasjoner. Deltakerne trekker videre frem at deltakelse i fellesaktiviteter og klubber kan være meningsfullt for beboerne. Det er dog noe inkonsistens når det kommer til sykehjemmenes tilbud om fellesaktiviteter, og hvorvidt disse kan defineres som meningsfulle. I Popham og Orrell (2012) sin studie kommer det frem at ansatte mener gruppeaktiviteter er et tilstrekkelig aktivitetstilbud for beboerne, til tross for at disse ikke nødvendigvis imøtekommer den enkelte beboers behov. Dette understøttes av Harmer og Orrell (2008) som skriver at fellesaktiviteter i større grad vektlegges av pårørende og ansatte, enn av beboerne selv. På en annen side viser Haugland (2012) til at beboere har interesse av fellesaktiviteter, hvilket understøttes av Lawrence et al. (2012) og Han et al. (2016) som opplyser om at aktivitetsdeltakelse sammen med andre kan bidra til en følelse av inklusjon og tilhørighet. Ifølge deltakerne i min studie er det noen beboere som ikke ønsker å delta i slike aktiviteter, dette som følge av manglende interesse. De reflekterer over at dette kan komme av en redsel for ikke å strekke til. Dette understøttes dessuten av Harmer og Orrell (2008) som trekker frem hvordan beboere opplevde en ambivalens til å engasjere seg i aktiviteter de tidligere hadde interesse av, dette da som følge av en frykt for å feile. Dette kan altså tyde på at fellesaktiviteter må være tilpasset den enkeltes evner og interesser for at de skal oppleves som meningsfulle for beboeren (Han et al., 2016). Denne studiens resultater understøtter altså mye av den tidligere forskningen om at betydningen av sosiale relasjoner er viktig for personer med demens, og at aktiviteter sammen med andre er viktig for å kunne oppleve dem som meningsfulle. Det at bruk av fjernsyn blir trukket frem som en meningsfull aktivitet kan beskrives som interessant, da dette i liten grad trekkes frem i forskningen. Dette kan tyde på at helsepersonell fortsatt anser dette som en pasifiserende og lite meningsfull aktivitet, og at man

ikke tar den nye generasjonen eldre i betraktning. Allikevel er det viktig at bruk av fjernsyn som en meningsfull aktivitet vurderes individuelt, og at man er oppmerksom på at denne formen for aktivitet kan virke forstyrrende på andre i fellesmiljøet. Dette da fjernsynet kan skape støy, hvilket igjen kan bidra til en urolig atmosfære og stress for personen med demens (Holthe, 2016a).

I min studie viser det seg at trygghet kan skapes gjennom deltakelse i gjenkjennbare aktiviteter. Herunder blir det å delta i aktiviteter man tidligere hadde interesse av og deltok i, beskrevet av personer med demens som viktig for at de skal kunne oppleves som meningsfulle (Han et al., 2016; Phinney, 2007; Milte et al., 2016). Ifølge Phinney et al. (2007) og Milte et al. (2016) kan det å delta i kjente aktiviteter bidra til en følelse av kontinuitet og glede for personen med demens. Dog blir «trygghet» i forskningen i liten grad trukket frem som et viktig aspekt ved meningsfulle aktiviteter. Dette kan kanskje komme av hvordan begrepet «trygghet» defineres. Herunder kan kanskje eksempelvis gode sosiale relasjoner og aktiviteter som er gjenkjennbare og som skaper ro anses som aspekter ved trygghet. Trygghet kan kanskje derfor sies å være en implisitt konsekvens av meningsfulle aktiviteter, og at denne følelsen da er noe man etterstreber i forbindelse med deltakelse i beroligende aktiviteter og aktiviteter sammen med andre. Betydningen relasjoner har for opplevelsen av trygghet for personer med demens er noe som understøttes av Eriksen et al. (2016), som også forteller om at gode relasjoner fungerer som en buffer mot angst og depresjon. Til tross for at forskningen altså ikke eksplisitt trekker frem trygghet som et viktig moment i forhold til meningsfulle aktiviteter, er dette allikevel noe som bør etterstrebes i forbindelse med planleggingen av slike aktiviteter for personer med demens. Dette da blant annet angst ofte forekommer blant denne pasientgruppen (Engedal & Haugen, 2016).

4.2 Tilrettelegging for og gjennomføring av meningsfulle aktiviteter for personer med demens

For å kunne beskrive omsorgen som personsentrert, er altså deltakelse i meningsfulle aktiviteter viktig (Edvardsson et al., 2010). Dog er personer med demens ofte avhengig av omgivelsene for å kunne sette i gang med, men også holde på med aktiviteter over tid (Brooker, 2013). I dette underkapittelet vil jeg derfor trekke frem hvordan helsefagarbeidere og sykepleiere tilrettelegger for og gjennomfører slike aktiviteter på sykehjemmet. Disse resultatene vil bli belyst ut ifra tidligere forskning og teori om personsentrert omsorg.

I forbindelse med å skulle tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter for beboere med demens, understreker sykepleierne og helsefagarbeiderne viktigheten av å kartlegge interesser og ressurser, samt utarbeide den enkeltes livshistorie. Viktigheten av å ha kunnskap om enkeltindividets bakgrunn, holdninger, verdier, interesser, preferanser og evner blir også beskrevet i forskning og teori som essensielle faktorer for å utøve personsentrert omsorg, samt for å kunne tilby meningsfulle aktiviteter (McCormack & McCance, 2010; Brooker, 2007; Milte et al., 2016). Det er ut i fra kunnskap om personens bakgrunn, vaner og rutiner at man kan utøve personsentrert omsorg, for dermed å kunne hjelpe personen til å ta valg som støtter personens identitet (Tretteteig & Røsvik, 2016a; Brooker, 2013). Ifølge McCormack og McCance (2017) er det livshistorien som gir mening i den enkeltes verdier, og som dermed gir en styrket forståelse av hva som er viktig for beboeren. Dette bidrar til at man lettere kan integrere personlig informasjon i tiltaksplanen (McCormack & McCance, 2017). Ifølge Brooker (2007) er individuelle tiltaksplaner dessuten et viktig ledd i den personsentrerte omsorgen. For å få innsikt i den enkeltes interesser, preferanser og behov forteller deltakerne at de i forbindelse med beboerens innflytting innhenter denne informasjonen fra beboerens pårørende. De gir ikke uttrykk for hvorvidt beboeren selv er med på denne kartleggingen. Litteraturen tyder på at personer med demens selv kan gi uttrykk for egne meninger, og at man ikke skal gå ut i fra andres antakelser om personens interesser, preferanser og behov (Menne et al., 2012; Kitwood, 1997). Brooker (2013) forteller på sin side om at man jo i utgangspunktet ønsker at personen med demens selv gir uttrykk for dette, men at familie og venner kan bistå dersom vedkommende ikke lenger klarer dette. Videre er det også viktig at man etterstreber personens mulighet for medbestemmelse (McCormack og McCance, 2017). Dette understøttes av Kitwood (1997) som trekker frem viktigheten av å konsultere med den enkelte. I den forbindelse forteller deltakerne i min studie om at de i samarbeid med beboer og aktivitør vurderer hvilke gruppeaktiviteter som kan være aktuelle for han/henne, ut i fra vedkommendes interesser, preferanser og ressurser. Dette i tillegg til at aktivitetene evalueres i samråd med beboeren også underveis. Selv om man altså på et tidspunkt har utarbeidet individuelle tiltaksplaner for den enkelte, trekker Brooker (2007) frem at disse også må evalueres regelmessig. Herunder tyder forskning på at fritidspreferanser gjerne endrer seg over kort tid (Van Haitsma et al., 2016). Dette er noe også deltakerne i min studie virker å være bevisst på, da de gir uttrykk for at eksempelvis sykdom kan påvirke beboernes evne til deltakelse i aktiviteter. De trekker dessuten frem at den enkeltes interesser og preferanser også kan endre seg over tid, men at dette er noe de evaluerer hyppig.

En mulig årsak til at beboere ikke blir nevnt som kilder til informasjon ved innflytting, kan være at jeg ikke spurte spesifikt om dette under intervjuene. Og at dette er noe de ansatte allikevel gjør i samarbeid med beboerne, men at pårørende kommer med supplerende informasjon. Dog var det ingen i fokusgruppene som trakk frem dette, hvilket kan tyde på at dette allikevel kan være tilfellet, og at rutiner derfor kanskje burde revurderes for å bidra til økt medbestemmelse. Dette begrunnes med at dersom man kun har samtale med pårørende, så risikerer man å få manglende informasjon om interessene og preferansene vedkommende har i dag, for heller å få innsikt i de han/hun hadde for flere år tilbake. Ansatte vil derfor kanskje ikke kjenne den enkelte godt nok, og kanskje også undervurdere deres evne og vilje til å være aktive (Haugland, 2012). Uavhengig av hva som er årsaken til at mine resultater viser at beboerne ikke deltar i denne kartleggingen, er det essensielt at man etterstreber innhenting av beboerens egen oppfattelse av hva som er viktig for han/hun nå. Dette i tillegg til at man samarbeider med pårørende for å kunne få supplerende informasjon.

I min studie forteller deltakerne om at fellesaktiviteter planlegges og gjennomføres av aktivitør og frivillige, mens pleiepersonalet i hovedsak har ansvar for de individuelle aktivitetene. Det er dog noe inkonsistens i forhold til hvilke individuelle aktiviteter det da tilrettelegges for. Deltakerne forteller at de kan tilby en til en aktivitet som eksempelvis biltur til et kjøpesenter, men gir siden uttrykk for at det eneste de kan tilby er hverdagslige aktiviteter på avdelingen. Dette kan ha sammenheng med tilgangen på menneskelige ressurser, men i og med at denne tilgangen beskrives av ansatte, som marginal i utgangspunktet stiller jeg spørsmålstegn ved akkurat dette. Det er lite forskning på hvordan individuelle aktiviteter planlegges for og gjennomføres av ansatte, men deltakerne i min studie opplyser om at planlegging ei heller alltid lar seg gjøre. De forteller om at man for enkelte beboere må ta aktivitetene «på sparket», dette da ut i fra kjennskap til beboeren, samt vedkommendes dagsform og humør. Ifølge Tretteteig et al. (2016) ligger kjennskap til beboeren i bunnen for også det spontane, og at spontanitet omhandler at man observerer når en beboer kan sies å være mottakelig for dette. Deltakerne i min studie forteller dog også om at enkelte beboere «faller utenfor» aktivitetstilbudet, dette da som følge av atferdsproblematikk. Ifølge Kitwood referert i Brooks (2013, s. 15) bør utfordrende atferd først og fremst ses på som et forsøk på kommunikasjon. Tretteteig (2016b, s. 274) opplyser herunder at denne atferden kan være en reaksjon på udekkede behov, eller det at omgivelsene stiller urimelige krav. Det kan også komme av en reaksjon på somatisk sykdom, smerte eller

fortvilelse (Tretteteig, 2016b). Aktiviteter i grupper kan herunder være et forhold som innvirker på atferden, da dette blant annet kan skape uro og andre stimuli (Tretteteig, 2016b). Ifølge deltakerne ville disse beboerne hatt større glede av aktiviteter tilbudt på avdelingen, men at de sjelden får tilbud om dette. Dette kan dermed medføre at de sosiale og fysiske behovene ikke imøtekommes, hvilket igjen kan bidra til en slik atferd (Tretteteig, 2016b).

Resultatene tyder altså på at det bør tilrettelegges for flere skreddersydde aktiviteter til beboergruppen som «faller utenfor» aktivitetstilbudet som tilbys ved sykehjemmet. Dette for å imøtekomme udekkede behov, men også fordi personsentrert omsorg innebærer at alle individer som bor og arbeider ved sykehjemmet skal verdsettes (Brooker, 2013). Det å da tilby aktiviteter for én gruppe beboere, er derfor ikke helt i tråd med denne filosofien.

4.3 Hvordan sykehjemmets omgivelser og organisering beskrives å påvirke muligheten for meningsfulle aktiviteter

Hvorvidt personsentrert omsorg lar seg gjennomføre i praksis eller ei, kan sies å være avhengig av flere faktorer. Herunder kan organiseringen av sykehjemmet, sykehjemmets fysiske og sosiale omgivelser, samt personen som yter omsorgen, sies å kunne innvirke på dette (Brooker, 2013; Kitwood, 1997; McCormack & McCance, 2010). I dette underkapittelet trekker jeg derfor frem sykepleieres og helsefagarbeideres beskrivelser av hva de selv mener bidrar til å hemme og fremme tilretteleggingen for og gjennomføringen av meningsfulle aktiviteter for beboerne. Dette diskuteres opp mot relevant litteratur.

Den fysiske utformingen av omgivelsene blir i litteraturen beskrevet å kunne ha en direkte innvirkning på individets mestring og trivsel i hverdagen og fungerer som ramme for aktiviteter og miljøbehandlingstiltak (Røsvik & Tretteteig, 2016b, s. 292). Herunder blir små boenheter med et oversiktlig, hjemlig og gjenkjennelig miljø ansett som viktige prinsipper i forbindelse med tilretteleggingen av det fysiske miljøet (Holthe, 2016a). Deltakerne opplyser om at de fysiske omgivelsene er fremmende på arbeidet deres med å tilrettelegge for og gjennomføre meningsfulle aktiviteter. De trekker frem hvordan avdelingens oversiktighet bidrar til at de kan hjelpe hverandre på tvers av enheter, i tillegg til at beboerne i større grad kan utøve trygg mobilisering, samt være ute i atriene mens ansatte selv er inne på avdelingen. Oversiktligheten blir beskrevet å være et resultat av at avdelingene er store, hvilket er noe de altså anser som fremmende ved de fysiske omgivelsene. I litteraturen blir store rom beskrevet

som lite heldig i forhold til støy og mindre mulighet for fleksibilitet (Holthe, 2016a), men jeg er usikker på hvorvidt fellesområdene på dette sykehjemmet er av en slik størrelse.

Boenhetene på sykehjemmet beskrives av deltakerne å være små, da de har mellom fem og åtte beboere per enhet. Ifølge Marquardt et al. (2014) kan små boenheter ha en positiv effekt på sosiale evner, funksjonsevne og velvære, som også trekker frem at hjemlige omgivelser kan bidra til færre episoder med atferdsforstyrrelser, opplevelse av høyere livskvalitet og økt interaksjon med hverandre og ansatte. McCormack og McCance (2017) trekker dog frem at omgivelsene i helsevesenet, i stor grad, fortsatt bærer preg av å være kliniske, ensformige, deprimerende og sjelløse. De forteller dog om et økende fokus på omgivelser som er tenkt å skulle bidra til å maksimere den enkeltes autonomi og selvstendighet, i tillegg til å skape en hjemlig atmosfære (McCormack & McCance, 2010). Hjemlige omgivelser blir også av Edvardsson et al. (2010) beskrevet som viktig for å kunne utøve personsentrert omsorg. Dette understøttes av Brooker (2013) som opplyser om at velkjente gjenstander kan bidra til å skape trygghet for personen med demens. Deltakerne i min studie forteller om hvordan de etterstreber det hjemlige ved å gjøre mye av husarbeidet selv, og i samarbeid med beboerne. Eksempelvis vasker de tøy og lager mat inne på den enkelte enhet. Videre er korridorer og fellesområder dekorert med bilder, bokhyller og møbler, hvilket også skaper en følelse av hjemlighet. Dog kommer det ikke frem hvordan de ellers sørger for å etterstrebe gjenkjennelige omgivelser for den enkelte. Dette forklares med at dette ikke var et emne som ble forfulgt under intervjuene.

Sykepleierne og helsefagarbeiderne trekker videre frem atriene som fremmede for beboernes tilgang til meningsfulle aktiviteter. Det å kunne gå ut etter eget ønske, blir også i forskningen, ansett av beboere som viktig (Milte et al., 2016). Til tross for dette er dog tilgang til trygge uteområder, ikke alltid sidestilt med muligheten for fri tilgang. Ifølge Popham og Orrell (2012) opplever eksempelvis beboerne at de til tross for sykehjemmets tilgang til trygge hager, i liten grad får lov til å oppholde seg der uten følge av besøkende eller personal. Ifølge deltakerne i min studie blir dog atriene også ansett å være en kilde til sosial interaksjon for beboerne, dette da mellom beboerne selv, pårørende og ansatte. Viktigheten av å kunne ha fri tilgang til trygge uteområder er noe som understøttes av Marquardt et al. (2014), som opplyser om at dette dessuten kan bidra til en reduksjon av agitert atferd blant personer med demens. Den fysiske utformingen av sykehjemmet kan altså beskrives å ha en innvirkning på ansattes mulighet for tilrettelegging og gjennomføring av meningsfulle aktiviteter. Ved at de

fysiske omgivelsene oppleves som oversiktlige av ansatte, har beboerne i større grad frihet til alene å kunne å bevege seg både innen- og utendørs. Dette kan tyde på at fri tilgang til trygge uteområder er noe som bør etterstrebes på sykehjem, da dette anses å være svært viktig både for beboere og ansatte.

Flere studier trekker frem viktigheten av deltakelse i meningsfulle aktiviteter, men det viser seg allikevel at beboere på sykehjem i liten grad får mulighet til dette (Edvardsson et al., 2013; Popham & Orrell, 2012; Hancock et al., 2006). Deltakerne i min studie forteller om hvordan flere arbeidsoppgaver og nye rutiner er med på å skape et tidspress som virker hemmende på muligheten for å tilby meningsfulle aktiviteter. Som følge av at de nå skal lage alle måltider og vaske alt tøy selv, skaper altså dette en ekstra bølge på allerede tyngede skuldre. Flere studier trekker herunder frem lignende oppfatninger av hverdagen på sykehjem, hvorav bemanning er beskrevet å være en mulig årsak til manglende aktivitetstilbud (Harmer & Orrell, 2008). Videre forteller Edvardsson et al. (2013) om at mulige årsaker til at få beboere deltar i aktiviteter kan være oppgaveorientering, høy arbeidsbelastning, samt mangel på fleksibilitet i organisasjonen. Smit et al. (2016) forteller dog på en annen side at det ikke nødvendigvis er organisatoriske begrensninger som er hovedårsak til mangel på aktivitet. Det kan heller være manglende kunnskap om viktigheten aktiviteten har for den enkeltes livskvalitet, samt hvordan de skal stimulere til dette overfor personer med alvorlig demens (Smit et al., 2016). Dette kan sies å understøttes av annen forskning som trekker frem at det å tilby skreddersydde aktiviteter krever kunnskap blant ansatte om personsentrert praksis (Lawrence et al., 2012). Dette i tillegg til at ansatte også ser ut til å mangle tilstrekkelige ferdigheter til å kunne identifisere og tilby aktiviteter som beboerne kan prestere å delta i (Harmer og Orrell, 2008). Deltakerne i min studie forteller om at de til tross for tidspress etterstreber aktiviteter som skaper mening for den enkelte, men som allikevel ikke er tidkrevende. Dette er spesielt aktiviteter som kan beskrives å være hverdagslige, men også aktiviteter som det å snakke og synge med, samt lytte til musikk er gjennomførbare på travle dager. De forteller også om hvordan de samarbeider med beboerne om ulike arbeidsoppgaver i avdelingen, og at beboerne følger med de ansatte store deler av dagen. Dette er eksempler på aktiviteter som også forekommer i forskningen når det gjelder ansattes opplevelse av mangel på tid og ressurser. Lawrence et al. (2012) og Edvardsson et al. (2010) trekker dessuten frem andre eksempler som det å lytte til musikk under stell eller å spise utendørs. Edvardsson et al. (2010) forteller også om hvordan hverdagslige aktiviteter kan være den eneste muligheten

beboerne har til å delta i aktiviteter som er kjente for dem, som de kan mestre og som kan fremme livskvalitet.

Kunnskap om og kompetanse innen personsentrert omsorg er altså viktig for å kunne utøve dette i praksis, og ansattes mangel på dette kan være til hinder for beboernes tilgang til meningsfulle aktiviteter. Deltakerne i min studie, virker å være bevisst hvordan de i størst mulig grad skal kunne tilrettelegge for og gjennomføre meningsfulle aktiviteter for den enkelte. De trekker også frem hvordan de hele tiden evaluerer hvorvidt en aktivitet er av interesse, og at de etter beste evne tilpasser disse underveis. Dette krever kunnskap om demens, samt ferdigheter innen kommunikasjon. Dette understøttes av Brooker (2013) som opplyser viktigheten av at man følger med på den enkeltes kroppsspråk og reaksjoner i nye situasjoner, for å undersøke hva som fungerer nå. Deltakerne i min studie forteller om at noen beboere ikke lenger kan uttrykke seg verbalt, noe som da krever at de i større grad fokuserer på den non-verbale kommunikasjonen. Ifølge McCormack og McCance (2017) innebærer personsentrert kommunikasjon om at hver enkelt interaksjon er avhengig av personene som er involvert, hvorav man kommuniserer ut ifra hva man vet om individene som personer. Ved at deltakerne kjenner den enkelte beboer godt, har de et bedre utgangspunkt for å kunne forstå og kommunisere med disse. I min studie forteller «Sara» og «Brita» om hvordan de, ved å kjenne den enkelte, viser nærhet og samtaler om temaer som for den enkelte personen med demens kan beskrives som meningsfulle.

Ifølge Brooker (2013) er det viktig at alle menneskene innad organisasjonen verdsettes. Et underbemannet personale kan utsettes for umulige situasjoner dersom de skal forsøke å yte personsentrert omsorg overfor sårbare personer med demens (Brooker, 2013). Hun forklarer videre at hvordan pleierne behandles, nødvendigvis også har innvirkning på omsorgen de selv utøver (Brooker, 2013, s. 26). Altså må personsentrert omsorg være en del av hele organisasjonen. Deltakerne i min studie opplyser om at ledelsen støtter opp under de personsentrerte tiltakene som gjennomføres på sykehjemmet. De forteller videre at avdelingssykepleieren valgte å ta initiativ til å imøtekomme behovet for ekstra ressurser i avdelingen. Selv om det kanskje ikke er økonomiske ressurser til ekstra personal, har vedkommende altså sørget for at de av og til får hjelp av praktikanter. Tilgang på praktikanter, frivillige og studenter blir av deltakerne beskrevet å virke fremmende for tilretteleggingen og gjennomføringen av meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. Dette begrunnes med at de

hjelper til under måltider og i forbindelse med gjennomføring av både individuelle og fellesaktiviteter. Dette i tillegg til at de kan ta seg tid til å sette seg ned med den enkelte beboer for en samtale. Tilgang på frivillige trekkes også frem i litteraturen som et positivt supplement til det offentlige (Tretteteig, 2016a). Herunder kan frivillige blant annet bidra til at beboeren får økt sosial kontakt og opprettholdelse av hverdagslige aktiviteter (Tretteteig, 2016a; Lawrence et al., 2012). På en annen side er det viktig å legge seg merke ved at ikke alle beboere ønsker tilbud om eksempelvis besøksvenn (Haugland, 2012).

Rognstad et al. (2015) skriver om pårørende som en ubrukt ressurs, og hvordan de savner det å kunne bli inkludert i omsorgen av sine nærmeste. I min studie blir pårørende beskrevet å være en ressurs i forbindelse med det å tilrettelegge for og gjennomføre meningsfulle aktiviteter for beboerne. De forteller om hvordan pårørende gir ansatte innsikt i den enkeltes bakgrunnshistorie, samt hvordan mange bidrar til hyggelige samtaler i fellesområdene der også andre medbeboere får delta. De forteller om pårørende som tar med seg sine nærmeste på turer utenfor sykehjemmet, men også på ferie. Dog kommer det også frem at flere beboere sjelden eller aldri får besøk av sine nærmeste. Ansatte trekker herunder frem et ønske om økt samarbeid med pårørende, der også de kan være med på å tilrettelegge for og delta i aktiviteter sammen med sine nærmeste. Ifølge Rognstad et al. (2015) gir pårørende uttrykk for et ønske om å kunne få muligheten til å delta i dette arbeidet, men at pårørenderollen oppleves som uklar. Dette skaper usikkerhet i forhold til hvilke forventninger ansatte har til deres involvering, noe som igjen kan være en konsekvens av manglende dialog mellom ansatte og pårørende (Rognstad et al., 2015). Dette er også noe deltakerne i min studie reflekterer over, og at de kanskje i større grad bør ta opp ønsket om økt samhandling med pårørende allerede ved innflytting.

Mine resultater viser altså at bemanningen ved avdelingene kan påvirke ansattes mulighet for å bidra til meningsfulle aktiviteter for beboerne, og at lav bemanning derfor medfører færre skreddersydde meningsfulle aktiviteter for den enkelte beboer. Ansattes kunnskap og kompetanse innen kommunikasjon og demens, samt god kjennskap til beboerne gir dem allikevel en mulighet til å tilby aktiviteter som lar seg lett gjennomføre på travle dager. For å kunne etterstrebe en personsentrert praksis, må personverden til de ansatte også respekteres, hvis ikke vil de kanskje over tid kunne finne det vanskelig å bevare respekten overfor beboerne (Brooker, 2013). Ved at frivillige og praktikanter trekkes inn som ressurser kan

dette kanskje bidra til å redusere arbeidsbelastningen til de ansatte, og er derfor noe som bør prioriteres og verdsettes av kommune og sykehjemmets ledelse. Videre tyder resultatene på at ansatte i større grad bør inkludere pårørende i beboernes liv, da dette kan bidra til at de ansatte får større innsikt i hva den enkelte beboer opplever som meningsfullt, samt at pårørende selv kan gjennomføre meningsfulle aktiviteter sammen med beboeren.

4.4 Meningsfulle aktiviteter som middel for å imøtekomme psykologiske behov

Kitwood (1997) trekker frem seks psykologiske behov alle mennesker har, men som personer med demens kan trenge hjelp til å dekke. Dersom man dekker det ene behovet vil man til en viss grad også bidra til å dekke de andre (Kitwood, 1997). Det å delta i meningsfulle aktiviteter kan sies å relateres til behovene for identitet, inklusjon, tilknytning og beskjeftigelse, men også trøst (Kitwood, 1997). Det siste behovet er kjærlighet, og er det sentrale behovet. Ifølge Kitwood (1997) kan det å trøste en person være med på å skape trygghet og dempe angst. Ved å tilby gjenkjennelige aktiviteter, samtaler og aktiviteter som eksempelvis terapeutisk bruk av dukke, kan kanskje dette behovet møtes. Bruk av dukke kan også bidra til økt kommunikasjon og dermed sosial interaksjon med andre personer. Dette kan bidra til at behovet for inklusjon vektlegges. Inklusjon innebærer at personen med demens blir gjort en del av det sosiale fellesskapet, hvor man tilrettelegger for deltakelse og bidrar til en følelse av å være en del av gruppen (Kitwood, ref. i Brooker, 2013). Behovet for inklusjon kan også imøtekommes i forbindelse med deltakelse i fellesaktiviteter, måltider sammen med andre, i tillegg til sang og musikk. Tilknytning er et behov som omhandler blant annet relasjoner, tillit og det å knytte bånd (Kitwood, ref. i Brooker, 2013). Ved at de ansatte lærer den enkelte beboer å kjenne, har de et bedre utgangspunkt for å kunne skape trygghet i situasjoner som oppleves som fremmede. Besøk på restaurant sammen med familie kan dessuten bidra til ivaretagelse av relasjonen dem imellom. Det å kjenne den enkelte beboer blir av Kitwood (1997) beskrevet som svært viktig i forbindelse med det å kunne imøtekomme behovet for identitet. Som følge av at demens er en progredierende lidelse, vil det ofte være slik at det er de som omgås vedkommende, som gir personen identitet. Identitet handler om å vite hvem man er og at man har en tilknytning til fortiden (Kitwood, ref. i Brooker, 2013, s. 72). Dette behovet kan imøtekommes ved at man utarbeider livshistorier ut i fra personen med demens og pårørende sine fortellinger. Ved å kartlegge personens interesser, evner og preferanser kan man også imøtekomme behovet for beskjeftigelse. Dette ved at man tilbyr og oppmuntrer til deltakelse i tilrettelagte aktiviteter. Dette kan dessuten bidra til at

beboeren selv har mulighet til å gjennomføre disse, hvorav vedkommende opplever å få makten tilbake i egne hender. Aktiviteter som skaper en følelse av å være nyttig, som eksempelvis å bidra med hverdagslige gjøremål, kan også bidra til å møte behovet for beskjeftigelse.

4.5 Hvordan gjenspeiler deltakernes beskrivelser sykehjemmets personsentrerte omsorgsfilosofi?

Sykehjemmet har, som tidligere nevnt, en omsorgsfilosofi basert på personsentrert omsorg. Ut i fra deltakernes beskrivelser av meningsfulle aktiviteter, får man også en viss innsikt i hvorvidt denne omsorgsfilosofien er gjenspeilet i deltakernes beskrivelser av praksis. Personsentrert praksis innebærer blant annet å gi beboeren mulighet for medbestemmelse. Herunder ble medbestemmelse ofte trukket frem under fokusgruppeintervjuene, dette da spesielt i forhold til deltakelse i aktiviteter (McCormack & McCance, 2010). Ut ifra sykepleiernes og helsefagarbeidernes beskrivelser av hvordan de arbeider for å lære den enkelte å kjenne, samt hvordan de etterstreber aktiviteter tilpasset den enkelte, får man dessuten et inntrykk av de fokuserer på en personsentrert praksis. Dette da beskrivelsene reflekterer individuell omsorg, hvilket Brooker (2013) omtaler som et av de sentrale elementene innen denne omsorgsfilosofien. Videre kan sykehjemmets ledelse beskrives å være pådrivere for en slik praksis, da de fokuserer på en opplevelse av normalitet i hverdagen for personer med demens. De har herunder blant annet sørget for at alt av husarbeid gjennomføres på den enkelte boenhet. Ledelsen har også vektlagt kompetanseheving blant ansatte, dette ved at de for eksempel har sørget for at noen har fått kursing innen DCM (Brooker, 2013). Det at ledelsen også rekrutterer frivillige og praktikanter, kan kanskje være en måte å vise at de anerkjenner tidspresset ansatte opplever i hverdagen. På en annen side uttrykker også ansatte et tidspress som medfører at individuelle aktiviteter nedprioriteres. Dersom man over tid opplever underbemanning kan dette hemme en personsentrert praksis (Brooker, 2013). Videre er det usikkert hvorvidt og i så fall hvorfor beboerne ikke trekkes inn i forbindelse med kartleggingen av interesser, preferanser og behov ved innflytting. Dette kan også hemme en personsentrert praksis, dersom personen selv er i stand til å gi uttrykk for dette.

5 AVSLUTNING

Resultatene viser at sykepleiere og helsefagarbeidere anser meningsfulle aktiviteter som viktige for personer med demens, og at ansatte etter beste evne etterstreber dette i hverdagen. For at aktiviteter skal kunne beskrives som meningsfulle bør de bidra til en følelse av å være nyttige, samt skape glede, mestring og ro. Dette samsvarer med funn i tidligere forskning, der man dessuten også kan se at deltakelse i meningsfulle aktiviteter blant annet kan bidra til økt velvære og livskvalitet hos personer med demens (Harmer & Orrell, 2008; Smit et al., 2016). I tillegg mener deltakerne i denne studien at også følelsen av trygghet og opprettholdelse av funksjonsnivået er viktige elementer. Dette er imidlertid et aspekt som ikke virker like tydelig beskrevet i litteraturen, og er dermed et nytt bidrag til kunnskapen om betydningen av meningsfulle aktiviteter for personer med demens. Trygghet kan beskrives som viktig for personer med demens, da eksempelvis angst ofte forekommer blant denne pasientgruppen (Engedal & Haugen, 2016). Opprettholdelse av funksjon er et viktig aspekt av omsorgen i sykehjem, da beboerne som bor der ofte er eldre, skrøpelige og har flere kroniske sykdommer. Ved eksempelvis å tilby deltakelse i tilrettelagt fysisk aktivitet, kan man bidra til å bevare personens selvstendighet og uavhengighet i dagliglivet (Tretteteig et al., 2016). Helsefagarbeiderne og sykepleierne beskriver flere eksempler på ulike aktiviteter som kan sies å være meningsfulle for personer med demens, deriblant hverdagslige aktiviteter, turgåing, sang og musikk, samt bevisst bruk av fjernsynsprogram og demensdukke.

Resultatene viser videre at aktivitetene som tilbys bør være gjenkjennbare for personen med demens, sosiale og basert på den enkeltes tidligere og nåværende interesser og preferanser. Dette understøttes av tidligere forskning, som også vektlegger viktigheten av kartlegging av interesser, preferanser, ressurser og behov (Brooker, 2007; Edvardsson et al., 2010; Milte et al., 2016). Denne kartleggingen bør gjøres i samarbeid med personen med demens og pårørende som kjenner han/hun godt. Hva vedkommende foretrekker og har behov for, er ikke statisk. Derfor bør man evaluere dette regelmessig.

Tidspress er en følelse mange som arbeider på sykehjem sannsynligvis kan kjenne seg igjen i, og som beskrives å være hemmende i forhold til det å kunne tilrettelegge for og gjennomføre meningsfulle aktiviteter. Tilgang på praktikanter og frivillige blir herunder beskrevet som verdifulle ressurser i forbindelse med beboernes tilgang til meningsfulle aktiviteter. Økt tilgang på disse ressurspersonene er derfor noe sykehjemmenes ledelse bør etterstrebe, da

forskning viser at personer med demens på sykehjem i liten grad deltar i meningsfulle aktiviteter i løpet av dagen (Edvardsson et al., 2013; Popham & Orrell, 2012; Hancock et al., 2006). På travle dager kan man allikevel tilby aktiviteter som lett kan la seg gjennomføre, som eksempelvis det å kaste søppel, vanne blomster, tørke støv, bidra i middagsforberedelsene eller lytte til kjent musikk. Det er allikevel viktig at disse kan mestres og er av interesse for beboeren.

Resultatene tyder på at ansatte verdsetter pårørendes deltakelse i beboerens liv, og at de i større grad ønsker at pårørende inkluderes i planleggingen og gjennomføringen av meningsfulle aktiviteter. Det kan herunder være essensielt at ansatte etterstreber inklusjon av pårørende allerede ved innflytting, og at dette samarbeidet blir ivaretatt under hele oppholdet. På denne måten kan man kanskje bidra til at den enkelte beboer opplever å ha en kontinuitet i hverdagen, i tillegg til at det sosiale aspektet ivaretas. Ansatte får kanskje en større innsikt i personen bak pasienten, mens pårørende får mulighet til i større grad å bli inkludert i beboerens liv.

Denne studien har begrensninger ved at den er gjennomført av en masterstudent uten tidligere erfaring fra forskningsfeltet, at den er avgrenset til ett sykehjem, og med 11 deltakere. Dog var antall sykehjem et bevisst valg, da det var ønskelig å innhente beskrivelser fra ansatte med erfaring fra arbeid på sykehjem med en omsorgsideologi basert på personsentrert omsorg.

Implikasjoner for videre forskning

Som følge av at jeg ikke har kartlagt hvorvidt sykehjemmet faktisk arbeider personsentrert, mener jeg det er aktuelt med videre forskning der dette er utført. Det å gjennomføre en studie basert på observasjon av praksis kan herunder gi verdifull informasjon om hvordan ansatte arbeider for å kunne tilrettelegge for og gjennomføre meningsfulle aktiviteter på sykehjem.

Det er videre aktuelt å undersøke hvilken betydning «trygghet» har, i forbindelse med meningsfulle aktiviteter, dette i tillegg til hvorvidt ulike fjernsynsprogram kan fungere som meningsfylte aktiviteter for personer med demens på sykehjem.

LITTERATURLISTE

Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag. (2010). Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag. Hentet fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Kvalitativ-forskning/>

Brooker, D. (2007). *Person-centred dementia care. Making services better*. London: Jessica Kingsley.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Den norske legeforening. (2012). *Godt å bli gammel i Norge? Fra ord til handling i eldreomsorgen* (Statusrapport 2012). Hentet fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Statusrapporter/Godt-a-bli-gammel-i-Norge/>

Duggleby, W. (2005). What About Focus Group Interaction Data. *Qualitative health research*, 15(6), 832-840.

Edvardsson, D., Fetherstonehaugh, D. & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), 2611-2618. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03143.x

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. & Sandman, P-O. (2013). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269-276. doi: 10.1111/opn.12030

Engedal, K., & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka*.

Lærebok for helse- og omsorgspersonell (s. 13-38). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Eriksen, S., Helvik, A-S., Juvet, L. K., Skovdahl, K., Førsum, L. H., & Grov E. K. (2016). The Experience of Relations in Persons with Dementia: A Systematic Meta-Synthesis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 42(5-6),342-368. doi: 10.1159/000452404

Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). *Demenssykdommer. Årsaker, diagnostikk og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.

Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Han, A., Radel, J., McDowd, J. M. & Sabata, D. (2016). Perspectives of people with dementia about meaningful activities: a synthesis. *American Journal of Alzheimer's Disease & other dementias*, 21(2), 115-123.

Harmer, B. J. & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging & Mental Health*, 12(5), 548-558.

Haugan, G., Woods, R., Høyland, K. & Kirkevold, Ø. (2015). *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Kunnskapsstatus*. Oslo: SINTEF akademiske forlag.

Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 42-49.

Helsebiblioteket.no. (2012, 20. juni). Hva betyr «publiseringsnivåer»? Hentet 05.

november 2016 fra: <http://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringniv%C3%A5er>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015a). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015b). *Nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/frivillighetsstrategi/id2429965/?q=frivillig>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015c). *Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/omsorg-2020/id2410456/HI>

Holthe, T. (2016a). Betydningen av et tilrettelagt fysisk miljø. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 311-323). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Holthe, T. (2016b). Dagliglivets aktiviteter som miljøbehandling. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 301-309). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Høyland, K., Kirkevold, Ø., Woods, R., & Haugan, G. (2015). *Er smått alltid godt i demensomsorgen? Om bo- og tjenestetilbud for personer med demens*. Oslo: SINTEF akademiske forlag.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered. The person comes first*. Buckingham: Open University Press.

- Kjøs, B Ø., & Høvig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes- a change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 330-339. doi: 10.1111/scs.12249
- Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Moniz-Cook, E. & Murray, J. (2012). Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work. *British Journal of Psychiatry*, 201(5), 344–351. doi: 10.1192/bjp.bp.111.101402
- Lundman, B., & Graneheim, U. H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning i hälso- och sjukvård*. (s. 187-201). Lund: Studentlitteratur AB.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mansbach, W. E., Mace, R. A., Clark, K.M., & Firth, I. M. (2016). Meaningful activity for long-term care residents with dementia: a comparison of activities and raters. *The Gerontologist*, 00(00), 1-8. doi: 10.1093/geront/gnv694
- Marquardt, G., Bueter, K., & Motzek, T. (2014). Impact of the design of the built environment on people with dementia: an evidence-based review. *Health Environments Research & Design Journal*, 8(1), 127-157.
- McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). A framework for person-centred practice. I B. McCormack & T. McCance (Red.), *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care. Theory and Practice* (s. 13-61). Chichester: Wiley-Blackwell.

- Menne, H. L., Johnson, J. D., Whitlatch, C. J., & Schwartz, S. M. (2012). Activity preferences of persons with dementia. *Activities, Adaptation & Aging, 36*(3), 195-213. doi: 10.1080/01924788.2012.696234
- Milte, R., Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Ratcliffe, J., & Crotty, M. (2016). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: the importance of personhood. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 63*, 9-17. doi: 10.1016/j.archger.2015.11.007.
- Mitchell, G., McCormack, B., & McCance, T. (2016). Therapeutic use of dolls for people living with dementia: A critical review of the literature. *Dementia, 15*(5), 976-1001. doi: 10.1177/1471301214548522
- Morley, J. E., Philot, C. D., Gill, D., & Berg-Weger, M. (2014). Meaningful activities in the nursing home. *JAMDA, 15*(2), 79-81.
- Palacios-Ceña, D., Gómez-Calero, C., Cachón-Pérez, J. M., Velarde-García, J. F., Martínez-Piedrola, R., & Pérez-De-Heredia, M. (2016). Is the experience of meaningful activities understood in nursing homes? A qualitative study. *Geriatric Nursing, 37*(2), 110-115. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2015.10.015>
- Phinney, A., Chaudhury, H., & O'Connor, D. L. (2007). Doing as much as I can do: the meaning of activity for people with dementia. *Aging & Mental Health, 11*(4), 384-393. doi: 10.1080/13607860601086470
- Popham, C. & Orrell, M. (2012). What matters for people with dementia in care homes? *Aging & Mental Health, 16*(2), 181-188.
- Rognstad, M-K., Sagbakken, M., & Nåden, D. (2015). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: en studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. *Nordic Journal of Nursing Research, 35*(1), 57-64. doi: 10.1177/010740831456047

- Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J., & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life at different stages of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20(1), 100-109. doi: 10.1080/13607863.2015.104911
- Stevens, P. E. (1996). Focus Groups: Collecting Aggregate-Level Data to Understand Community Health Phenomena. *Public Health Nursing*, 13(3), 170-176.
- Tretteteig, S. (2016a). Frivillige som en ressurs. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 469-479). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S. (2016b). Utfordrende atferd. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 273-289). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S., & Røsvik, J. (2016a). Personsentrert omsorg. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 227-239). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S., & Røsvik, J. (2016b). Miljøbehandling- introduksjon. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 291-299). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Tretteteig, S., Tangen, G. G., & Storjord, M-B. (2016). Miljøbehandling- ulike arbeidsformer og aktiviteter. I S. Tretteteig (Red.), *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell* (s. 325-365). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Van Haitsma, K., Reid, A. R. & Abbott, K. M. (2016). The consistency of self-reported preferences for everyday living: implications for person-centered care delivery. *Journal of Gerontological Nursing*, 40(10), 34-46. doi: 10.3928/00989134-20140820-01
- Wyller, T. B. (2012). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Östlund, B. (2010). Watching television in later life: a deeper understanding of TV viewing in the homes of old people and in geriatric care contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(2), 233-243. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00711.

Informasjonsskriv vedrørende masteroppgave og rekruttering av informanter.

Bakgrunn og formål

Jeg heter Wenche Tolpinrud, er sykepleier og mastergradsstudent i Klinisk helsearbeid, studieretning geriatrisk helsearbeid, ved Høgskolen i Sørøst-Norge. I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke hva ansatte mener meningsfylte aktiviteter for beboere med demens innebærer, og hvordan de arbeider for å tilrettelegge for dette. Det er dessuten ønskelig å undersøke hva ansatte opplever kan virke hemmende og/eller fremmende ved sykehjemmets organisering og omgivelser, for å kunne gjennomføre slike aktiviteter. Undersøkelsen er tenkt å være til nytte for prosjektet «xxxxxx», men skal også bidra til mer kunnskap om meningsfylte aktiviteter for personer med demens på sykehjem.

Problemstillingen for denne studien er:

Hvordan arbeider ansatte med å tilrettelegge for meningsfylte aktiviteter for sine beboere? Og hvordan opplever de at sykehjemmets omgivelser og organisering gir mulighet for et slikt arbeid?

Rekruttering av informanter

Jeg har i søknaden til NSD gitt informasjon om at rekrutteringen vil foregå gjennom institusjonssjef og/eller avdelingssykepleiere.

Jeg ønsker å gjennomføre fokusgruppeintervjuer av hjelpepleiere/helsefagarbeidere og sykepleiere som har minst ett års erfaring på dette sykehjemmet, og med en stillingsbrøk på 75% og høyere. Det er ikke ønskelig å intervjuere ledere eller nattevakter.

Antall personer per fokusgruppe: tre til fem.

Antall fokusgrupper: tre.

Det er tilstrekkelig med ett intervju per fokusgruppe.

Informasjonsskriv med samtykkeerklæring deles ut blant ansatte som møter kriteriene for deltakelse. Ansatte som herunder kan tenke seg å delta tar direkte kontakt med meg enten per e-post eller mobil.

Gjennomføring og tidsperspektiv

Det er ønskelig at intervjuene foregår ved sykehjemmet, i et skjermet rom. Hvert enkelt intervju vil vare i ca. 1 time, og spørsmålene vil omhandle hvilke opplevelser og erfaringer ansatte har, i forhold til tilretteleggingen og utførelsen av meningsfylte aktiviteter for beboere med demens. Under intervjuene vil jeg bruke lydopptaker.

Det er ønskelig med oppstart av intervjuer i september 2016.

Hva skjer med informasjonen om ansatte?

Resultatene vil bli publisert i form av en masteroppgave. Det kan være aktuelt også å publisere en vitenskapelig artikkel fra arbeidet.

Det er kun jeg som har tilgang til ansattes personopplysninger. Disse vil bli behandlet konfidensielt. Under arbeidet med oppgaven vil opplysninger som kan identifisere informantene bli anonymisert, og det skal ikke være mulig å bli gjenkjent i selve

Vedlegg 1

publikasjonen. PCen jeg kommer til å anvende under arbeidet, skal være passord beskyttet, og lydfilene lagres på Høgskolen i Sørøst- Norge sin forskningsserver.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.mai. 2017. Lydfilene vil bli lagret frem til 30. november samme år, da det kan forekomme forsinkelser i arbeidet. Lydfilene vil så destrueres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og informantene kan når som helst trekke sitt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom en ansatt trekker seg, vil alle opplysninger om vedkommende bli slettet. Ettersom personopplysninger vil bli anonymisert under arbeidet, vil det dog ikke være anledning til å trekke seg etter selve intervjuet.

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Ved spørsmål til studien, ta kontakt med:

Wenche Elvedal-Blokkhus Tolpinrud (student): 940 52 856. e-post: blokkhus@gmail.com.

Linn Hege Førsund (veileder og prosjektleder): linn.hege.forsund@hbv.no

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Meningsfulle aktiviteter for beboere med demens på sykehjem. En kvalitativ studie av ansattes erfaringer og opplevelser.

Bakgrunn og formål

Jeg heter Wenche Tolpinrud, er sykepleier og mastergradsstudent i Klinisk helsearbeid, studieretning geriatrisk helsearbeid, ved Høgskolen i Sørøst-Norge. I min masteroppgave ønsker jeg å undersøke hva dere som personal mener meningsfylte aktiviteter for beboere med demens innebærer, og hvordan dere arbeider for å tilrettelegge for dette. Det er dessuten ønskelig å undersøke hva dere opplever kan virke hemmende og/eller fremmende ved sykehjemmets organisering og omgivelser, for å kunne gjennomføre slike aktiviteter. Undersøkelsen er tenkt å være til nytte for prosjektet «xxxxxxx», men skal også bidra til mer kunnskap om meningsfylte aktiviteter for personer med demens på sykehjem.

Problemstillingen for denne studien er:

Hvordan arbeider ansatte med å tilrettelegge for meningsfylte aktiviteter for sine beboere? Og hvordan opplever de at sykehjemmets omgivelser og organisering gir mulighet for et slikt arbeid?

Hva innebærer deltakelse i studien?

Deltakelse i dette prosjektet innebærer at jeg ønsker å gjøre gruppeintervju, med deg og noen av dine kollegaer. Intervjuet vil vare i ca. 1 time, og spørsmålene vil omhandle hvilke opplevelser og erfaringer dere som ansatte har, i forhold til tilretteleggingen og utførelsen av meningsfylte aktiviteter for beboere med demens. Det er herunder viktig å overholde taushetsplikten overfor beboere under intervjuene.

Under intervjuene vil jeg bruke lydopptaker.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Resultatene vil bli publisert i form av en masteroppgave. Det kan være aktuelt også å publisere en vitenskapelig artikkel fra arbeidet.

Det er kun jeg som har tilgang til deres personopplysninger. Disse vil bli behandlet konfidensielt. Under arbeidet med oppgaven vil opplysninger som kan identifisere deg bli anonymisert, og det skal ikke være mulig å bli gjenkjent i selve publikasjonen. PCen jeg kommer til å anvende under arbeidet, skal være passord beskyttet, og lydfilene lagres på Høgskolen i Sørøst- Norge sin forskningsserver.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.mai. 2017. Lydfilene vil bli lagret frem til 30. november samme år, da det kan forekomme forsinkelser i arbeidet. Lydfilene vil så destrueres.

Vedlegg 2

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Ettersom opplysninger om deg vil bli anonymisert under arbeidet, vil det dog ikke være anledning til å trekke seg etter selve intervjuet.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Wenche Elvedal-Blokkhus Tolpinrud (student): 940 52 856. Linn Hege Førund (veileder og prosjektleder): linn.hege.forsund@hbv.no

Studien godkjennes av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide til fokusgruppeintervju

Introduksjon: Introduksjon av moderator og sekretær, herunder bakgrunn og hvilken rolle disse har under intervjuet. Presentasjonsrunde. Navnelapper.

OBS! Vennligst ikke sett ting (eks kaffekopper) hardt ned på bordet, ei heller tromme på bordet med penner eller fingre. Ikke røre rundt i koppen med en skje. Øredøvende støy på opptaket.

Hensikt med masteroppgaven: ønsker deres perspektiver på hvordan dere arbeider for å kunne oppnå meningsfylte aktiviteter for deres beboere. Ønsker også å undersøke hva ved arbeidsplassen dere tenker hemmer og eller fremmer mulighet for et slikt arbeid. Dette sykehjemmet er valgt da dere beskrives å arbeide ut i fra et personsentrert fokus.

Fokusgruppeintervju: Dette er en type intervju som er annerledes enn det man normalt forbinder med å bli intervjuet, der intervjueren stiller mange spørsmål. Nå er det mest dere som skal snakke og diskutere med hverandre. Jeg er her for å lære av dere

Jeg ønsker at dere diskuterer sammen omkring spørsmålene. Når jeg ser at vi har fått god informasjon omkring et tema, kommer jeg inn med et nytt. Dere leder altså selv diskusjonen. Hvis den sporer av eller hvis dere blir tomme for noe å si, eller hvis ikke alle blir hørt, så er det fint om noen fra gruppen gjør noe med dette, hvis ikke skal jeg gripe inn. Forestill dere at det er som å sitte hjemme hos en av dere og snakke over kaffen eller teen. Gi hverandre oppfølgingsspørsmål.

Jeg er først og fremst interessert i deres egne erfaringer, opplevelser og fortellinger, ikke kun holdningene deres. Jeg ønsker konkrete fortellinger, fremfor hva du pleier å gjøre. Kom gjerne med konkrete eksempler underveis i samtalen (bare husk taushetsplikt). Alle eksempler er like viktige. Alle opplevelser er like ok. Det finnes ikke riktige eller feil svar. Alle sine erfaringer og perspektiver er viktige.

Varighet: 50-60 minutter.

Lydopptaker, personvern, taushetsplikt. Mulig å trekke seg underveis i intervjuet.

Introduksjonsspørsmål: Hvilke aktiviteter får beboerne tilbud om å delta på?

- Hvem arrangerer disse?
- Hvordan foregår disse?

Hovedspørsmål 1: Hvordan forstår dere uttrykket meningsfylte aktiviteter?

- Hva vil dere si kjennetegner en meningsfylt aktivitet; hva vil dere si at skiller en vanlig aktivitet fra en meningsfylt en?

Hovedspørsmål 2: Hvordan arbeider dere for å tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter?

- Hvordan vurderer dere hvilke aktiviteter som passer for den enkelte beboer?
- Når og hvor ofte vil dere si at dere vurderer den enkeltes interesser og preferanser?

Hovedspørsmål 3: Hvordan gjennomføres meningsfylte aktiviteter i praksis?

- Hvordan opplever dere at dere har mulighet til å delta i aktiviteter sammen med beboere? (Og hvem deltar hvis ikke dere kan?)
- Hvor ofte får beboerne mulighet til å delta i meningsfulle aktiviteter?
- Hvordan vil dere beskrive beboernes mulighet for aktivitet utendørs?

Hovedspørsmål 4: På hvilken måte gir arbeidsplassen dere mulighet til å tilrettelegge for meningsfylte aktiviteter?

- Erfaringer knyttet til mulighetene for gjennomføring av slike aktiviteter?
- Hva mener dere at fremmer og/eller hemmer arbeidet?
- På hvilken måte vil dere si at organisasjonens rammer¹ påvirker arbeidet?
- Hvordan opplever dere at rammene påvirker gjennomføringen av disse aktivitetene?
- På hvilken måte vil dere si at sykehjemmets fysiske omgivelser² påvirker arbeidet med å tilrettelegge for og gjennomføre meningsfylte aktiviteter?

¹ Organisasjonens rammer: eks. bemanning, arbeidstid, kompetanse, rutiner

² Fysiske omgivelser: eks korridorer, skilting hjemlighet, tilgang på uteareal

Vedlegg 3

Hovedspørsmål 5: Hvilke erfaringer har dere med at pårørende og frivillige får mulighet til, og deltar i dette arbeidet?

- Tilgangen på frivillige og pårørende?

Avslutning:

Er det noe annet dere ønsker å tilføye? Har dere noen spørsmål?

Linn Hege Førsumd

Institutt for sykepleievitenskap (Drammen) Høgskolen i Buskerud og
Vestfold

Postboks 7053

3007 DRAMMEN



Vår dato: 23.06.2016

Vår ref: 48846 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.06.2016.

Meldingen gjelder prosjektet:

*48846 Meningsfulle aktiviteter for beboere med demens på sykehjem. En
 kvalitativ studie av ansattes erfaringer og opplevelser*

Behandlingsansvarlig Høgskolen i Sørøst-Norge, ved institusjonens øverste leder

Daglig ansvarlig Linn Hege Førsumd

Student Wenche Tolpinrud

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av
personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31.

Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med
opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets
kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter.
Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vedlegg 4

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.11.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Wenche Tolpinrud blokkhus@gmail.com

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 48846

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

For at personvernulempen skal minimeres og for å forsikre frivillig deltakelse, legger personvernombudet til grunn at rekruttering skjer ved at ansatte får utlevert informasjonsskriv via nærmeste leder og dernest kontakter eventuelle informanter student direkte angående deltakelse.

Personvernombudet legger til grunn at student etterfølger Høgskolen i Sørøst-Norge sine regler for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal sendes elektronisk eller lagres på mobile enheter, skal dette kun skje etter de retningslinjer Høgskolen i Sørøst-Norge har vedtatt.

Forventet prosjektslutt er 30.11.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak

Viser for øvrig til de forskningsetiske retningslinjer:

<https://www.etikkom.no/forskningsetiskeretningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>

