

*«Hvilken betydning har bruk av livshistorier til personer med demens,
for å tilrettelegge for individtilpassede aktiviteter på sykehjem?»*

Kandidatnummer:1028

Diakonhjemmet Høyskole

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull 11SYKHEL

Antall ord: 10 445

Dato: 13.3.2014

Innhold

Abstrakt	4
1.0 Innledning.....	5
1.1 Begrunnelse for valg av tema	5
1.2 Redegjørelse for valg før forståelse og faglig ståsted.....	6
1.3 Formålet med oppgaven og presentasjon av problemstilling	6
1.4 Begrepsavklaring.....	6
1.4.1 Individtilpassede aktiviteter	7
1.4.3 Livshistorier.....	7
1.5 Avgrensning av oppgaven	7
2.0 Teori.....	9
2.1 Hva er demens	9
2.2 Forekomst av demens	9
2.3 Ulike typer demens.....	10
2.4 Ulike grader av demens.....	11
2.4.1 Mild grad av demens	11
2.4.2 Moderat grad av demens	11
2.4.3. Alvorlig grad av demens	11
2.5 Symptomer på demens	12
2.5.1 Kognitive symptomer	12
2.5.2 Atferdsmessige symptomer	13
2.5.3 Motoriske symptomer.....	14
2.6 Menneskets behov for aktivitet	14
2.6.1 Behovet for aktiviteter hos personer med demens.....	15
2.7 Sykepleie til personer med demens	16
2.8 Bruk av livshistorier i sykepleien	17
3. 0 Metode	20
3.1 Litteraturstudie som metode	20
3.2 Fremgangsmåte.....	20
3.2.1 Kriterier for valg av faglitteratur og forskningsartikler	21
3.2.2 Valg av faglitteratur og forskningsartikler	21
3.3 Søkestrategi.....	21
3.4 Kildekritikk.....	22
3.5 Analyse av funn	23

3.6 Etiske vurderinger	23
4.0 Presentasjon av funn	24
4.1 Transkriberingsskjema.....	24
4.1.1 Kjennskap til pasientens behov	27
4.1.2 Bedre relasjoner mellom pasienten, deres familie og pleiepersonalet	27
4.1.3 Personorientert omsorg.....	27
4.1.4 Ser pasienten som en person.....	27
4.1.5 Pasientens stemme blir hørt.....	28
4.1.6 Bruk av livshistorie som en aktivitet	28
5.0 Drøfting.....	29
5.1. Kjennskap til pasientens behov	29
5.2 Bedre relasjoner mellom pasienten, deres familie og pleiepersonalet	30
5.3 Personorientert pleie	31
5.4 Se pasienten som en person	31
5.5 Pasientens stemme blir hørt	32
5.6 Bruk av livshistorie som en aktivitet.....	33
5.7 Livshistorie har terapeutisk effekt.....	36
6.0 Oppsummering	38
Litteraturliste.....	39
Vedlegg.....	39

Abstrakt

Bakgrunn: Tallene på demenssykdom i samfunnet vårt er stadig økende. De fleste pasientene som bor på sykehjem har demenssykdommer. Livet på sykehjemmet er preget av for lite aktivitet tilpasset pasientene.

Hensikt: Hensikten min med denne oppgaven er å rette lyset mot hvilken betydning livshistorier har for omsorgspraksis og hvordan livshistorier kan brukes til å aktivisere personer med demens på sykehjemmet, samt hvordan sykepleieren kan forbedre deres hverdag slik at de kan få et bedre liv.

Metode: Litteraturstudie

Resultater: Pleiepersonnellets kjennskap til beboerne økte slik at de lettere kunne se personen bak pasienten og stemmen til pasienten ble hørt. Samtidig ble relasjonen mellom omsorgsgiver, pasientene og deres familie styrket. Livshistoriearbeid har potensiale til å styrke pleiepersonalets kunnskap om pasienter med demens, og gir større mulighet til å yte personorientert omsorg.

Diskusjon: Drøfte funnene og teorien.

Konklusjon: Livshistoriearbeid er en viktig del av omsorgsarbeid i møte med personer med demens. Samtidig hjelper det sykepleier å anerkjenne vedkommende som en person, samt evnen til å lytte og vise empati blir vektlagt.

1.0 Innledning

I Norge er det i dag ca. 70 000 personer som har demens (Helsedirektoratet, 2014). Bak disse tallene er implisitt et stort antall pårørende som også rammes i større og mindre grad, når noen i nær familie får denne diagnosen. Sykepleierens arbeid omfatter mange ulike funksjonsområder som; å fremme helse og forebygge sykdom, å hjelpe syke som er under behandling i tillegg til å lindre og trøste ved den smerte som inntreffer når det ikke er muligheter til bedring (Smebye 2004, s. 188). Disse grunnleggende elementene går igjen og blir ført videre i sykepleie til eldre (ibid). I følge Helse- og omsorgstjenester loven av § 1- 1 2011 sikres den enkelte og få mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i felleskap med andre. Videre sier loven at tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet. Denne rettigheten gjelder alle pasienter.

Sykepleieren som jobber med demente skal ha egenskaper til å ivareta den enkelte pasients integritet, omsorg, rett til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket og samtidig vise respekt og omsorg for pårørende (Rammeplan for sykepleieutdanning 2008).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Temaet for oppgaven handler om demens og er relevant for sykepleiere som jobber med dementrammede pasienter. I løpet av sykepleierstudiet har jeg fått en økt interesse for demens og aktivitet. Jeg ble spesielt interessert i å undersøke hvordan sykepleieren kan tilnærme seg denne pasientgruppen og øke deres livskvalitet gjennom deres livshistorie. Temaet for denne oppgaven er derfor mennesker med demens og deres liv på sykehjem. Jeg er interessert i å finne ut hvilke typer meningsfulle aktiviteter som har betydning for personer med demens slik at de har det best mulig. I følge «Demensplan 2015: den gode dagen» står det at på grunn av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, vil tallet på mennesker med forskjellige demenslidelser fordobles i løpet av 35 år. Den sterkeste veksten vil skje om 10- 15 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Livshistoriearbeid kan også være til hjelp i praksis i demensomsorgen både nå og i framtiden.

1.2 Redegjørelse for valg før forståelse og faglig ståsted

Sykepleierutdanningen har forsterket min forståelse og mine holdninger til ulike pasientgrupper, og ikke minst den økende gruppen med demente. Jeg har arbeidet med mennesker som har demens i ca. 4 år på sykehjem. I tillegg har jeg også hatt praksiserfaring med denne pasientgruppen fra sykepleierstudiet. Disse erfaringene har gitt meg mer interesse for å jobbe med demente i framtiden. Oppgaven min er relevant til sykepleiefaget fordi sykepleiere møter personer med demens både i spesialisthelsetjenester og kommunehelsetjenester samt på sykehjem. I følge (helsedirektoratet, 2014) har ca. 80 % av pasientene som bor på sykehjem demens.

Mitt utvalgte tema og min førforståelse er basert på min arbeids- og praksiserfaring med demente pasienter. Det har økt nysgjerrigheten min til å finne ut mer om hvordan demente har det i sykehjem og hva slags aktiviteter som kan gi mening. I mitt fremtidige arbeid som sykepleier ønsker jeg å bidra til at demente skal ha et meningsfylt og verdig liv. Etter at jeg har jobbet med eldre med demens i fire år, har jeg blitt mer opptatt av deres liv og hvordan sykepleier kan tilnærme seg denne pasientgruppen slik at de kan bli møtt med forståelse og respekt. I løpet av perioden jeg arbeidet med demente, erfarte jeg at pasienter kunne bli sittende passive store deler av dagen. De hadde svært få aktivitetstilbud. Min opplevelse er derfor at pasientenes reelle behov sannsynligvis kunne vært møtt på en bedre måte. På denne bakgrunnen ønsker jeg å drøfte mulighetene for at sykepleier kan bidra til at demente pasienter tar del i meningsfulle aktiviteter ved bruk av deres livshistorier.

1.3 Formålet med oppgaven og presentasjon av problemstilling

Oppgavens formål er å kartlegge betydningen anvendelse av livshistorie har med tanke på tilretteleggelse av individuelle, meningsbærende aktiviteter hos personer med demens.

Problemstilling: *«Hvilken betydning har bruk av livshistorier til personer med demens, for å tilrettelegge for individtilpassede aktiviteter på sykehjem?»*

1.4 Begrepsavklaring

Jeg beskriver her to hovedbegrep i problemstillingen; «individtilpasset aktivitet» og «livshistorie». Begrepet «demens» vil få en utdypende forklaring senere i teoridelen.

1.4.1 Individtilpassede aktiviteter

Det finnes mange stimulerende aktiviteter for pasienter med demens, og i denne sammenhengen presiseres det at begrepet *aktivitet* omfatter både fysiske og mentale tiltak (Skaug 2011, s, 270).

Aktivitet er et mangetydig begrep og på engelsk differensierer mellom *activity* og *occupation*. I det daglige livet bruker vi aktivitet som oppgaver og handling, men aktivitetsbegrepet kan oppfattes som bredere enn det. Når oppgaver og handlinger blir oppfylt med bestemte mål, kan de være meningsfulle (Tuntland, 2005, s. 182). Når begrepet aktivitet anvendes i denne oppgaven forstås det som:

«Menneskelige aktiviteter er mer enn bare enkeltstående fysiske og mentale handlinger eller funksjoner. Aktivitet er virksomhet som opptar et menneske, fyller tiden og har personlig betydning og mening»

(Tuntland 2005: 14).

1.4.3 Livshistorier

Livshistorier har potensiale til å åpenbare menneskets identitet, hvordan man oppfatter seg selv, og den forteller menneskets livsløp og hvordan de har blitt til den de er. De kan vise oss hvordan mennesker identifiserer seg selv, sin egen atferd, og hva som gir den enkelte verdighet og selvaktelse (Fossland og Thorsen 2010).

Begrepet livshistorie brukes i denne oppgaven som: *«menneskers muntlige eller skriftlige selvbiografier, basert på deres egne fortellinger om livsløpet»*

(Fossland og Thorsen, 2010:16).

1.5 Avgrensning av oppgaven

Jeg har begrenset meg til pasienter med demens som bor på sykehjem. Jeg har ikke valgt å begrense meg til grader av demens eller hvilke type demens. For å variere språket i oppgaven, bruker jeg uttrykkene «personer med demens», «pasienter», «vedkommende» og «beboerne»

som betyr det samme. Beskrivelsene «pleiepersonell», «omsorgsgiver», «ansatte» og «sykepleier» blir også brukt om tjenesteyterne.

2.0 Teori

I følge demensplan 2015 « Den gode dagen » (Helsedepartement 2011) står det at ingenting er viktigere enn å føle seg sett og verdsatt. En god demensomsorg handler om å se og lære enkeltmenneskers historie, slik at vi kan legge til rette for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk på tross av sykdom og funksjonssvikt. Demens endrer mennesker men personer med demens er ikke mindre verd. Vedkommende må møtes med respekt og forståelse.

2.1 Hva er demens

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer hvor hippokampus, talamus og storhjernens tinninglapper og områdene i nærheten av den tredje hjerneventrikkel er skadet. Skader i isselappene og pannelappene kan medføre demens (Engedal & Haugen, 2009, s.28). Dette fører til at hjernens funksjoner blir nedsatt hvor pasienter får kognitiv svikt, nedsatt hukommelse, evnen til å utføre daglige gjøremål er redusert og endring i sosial atferd, endret personlighet og nedsatt orienteringsevne og språkfunksjon (Engedal & Haugen, 2009, s. 17). I Norge bruker vi International Classification of Diseases, versjon 10 forkortet til ICD- 10 for å diagnostisere demens. Tilstanden må ha en varighet på minst seks måneder for å kunne bli diagnostisert som demens (Engedal & Haugen, 2009, s. 18).

Engedal og Haugen (2009, s. 20) beskriver demens hos eldre personer slik:

«En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid».

2.2 Forekomst av demens

Forekomsten av demens er høyest blant mennesker i høy alder. For personer i aldersgruppen 80-84år er forekomsten av demens 17 %, mens den i aldersgruppen over 90år er mer enn 40 %. Med tanke på befolkningsutviklingen i Norge vil antall personer med demens nesten fordobles fra 70 000 i dag til om lag 135 000 innen 2040 (Helsedirektoratet 2014).

2.3 Ulike typer demens

Demenssykdommer blir delt i forskjellige grupper etter årsaksforhold: degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens (Engedal & Haugen 2009, s.28).

Degenerativ demens er kjennetegnet ved at hjerneceller dør litt etter litt, på grunn av sykdommer med ukjent natur (Engedal & Haugen 2009, s. 19). Demens ved Alzheimers sykdom, demens med Lewylegemer og Frontotemporallappsdemens tilhører denne gruppen. Aldersdemens kommer inn under denne gruppen som oppstår i høy alder, og er irreversibel og progressiv (ibid). De fleste som rammes av demens, har Alzheimers sykdom og redusert hukommelse og problemer med å finne ord (Berentsen 2010, s. 363). Demens med Lewylegemer rammer ca.10 % -15 % av alle som har demenssykdom. Pasienten får symptomer som ved både Parkinson og Alzheimers sykdom. Skadene ligger ved Frontotemporallappsdemens lokalisert i pannelappene, eventuelt også i tinningslappen. Den rammer både kvinner og menn. Symptomene for de som er rammet er mangel på initiativ og at de kan bli sittende og evne til å gjennomføre handlinger er nedsatt. Problemer med talen, tilbaketrekning, passivitet, likegyldighet til egen hygiene er også vanlig. Pasienten har som regel ingen sykdomsinnsikt. Det er vanlig at pasienten mister hemninger og handler impulsivt uten å tenke på hvilken innvirkning det har på andre mennesker i omgivelser (Berentsen 2010, s. 364).

Vaskulær demens har flere årsaker. Sykdommer i hjernens blodårer som fører til demens, klassifiseres som vaskulær demens. De vanligste årsakene skyldes både store og små (multiinfarkt demens) og sykdommer i arterioler dypt i hjernevevet. Det skyldes også skader i hjernens blodårer eller manglende blodtilførsel til hjernen (Engedal & Haugen 2009,s. 125).

Sekundær demens oppstår av ulike sykdommer som Normaltrykkshydrocephalus, ubehandlet alvorlig vitamin B12- mangel, aids, langvarig stort alkoholforbruk, hjerneskrader, svulster eller encefalitt (Berentsen 2010,s. 363).

- *Alkoholist betinget demens*
- *Vitaminmangel (B1, B2, B12)*
- *Encefalitt og demens- Herpes, Lues, AIDS, Borrelia*
- *Creutzfeldt-Jakobssykdom*
- *Hodetraume og demens (boksers demens)*
- *Hjernesvulst og demens*

- *Hematomer i hjernen og demens*
- *Normaltrykkshydrocephalus og demens*
- *Endokrine sykdommer og demens*
- *Organsvikt og demens*

(Engedal & Haugen 2009, s. 19).

2.4 Ulike grader av demens

Demenssykdommer er en tilstand som endrer og forverrer seg over tid. Omsorgsbehovet for personer med demens endrer seg, det er derfor viktig at omsorgsgiveren forstår og tilpasser seg til dette.

2.4.1 Mild grad av demens

I den tidlige fasen opplever både pasienten og de pårørende at glemsomheten som påvirker det daglige livet, begynner å komme. For eksempel begynner pasienten å glemme avtaler han eller hun har gjort, innkjøp av mat og betale regninger i tide. Vedkommende klarer ikke å følge med på tiden og hvilken dag det er, og språket er ikke like flytende lenger. Pasienten klarer seg hjemme med litt tilrettelegging, påminnelse og hjelp (Berentsen 2010, s.355).

2.4.2 Moderat grad av demens

Pasientens hukommelse blir dårligere og det kan bli vanskeligere å løse problemer. Daglige gjøremål som klesvask, påkledning og matlaging blir kompliserte oppgaver for pasienten. Oppmerksomheten for omgivelsene er nedsatt og pasienten kan oppleve at tilværelsene er kaotisk. Vansker med kommunikasjon og orientering blir større og pasienten kan gå seg vill. Følelsen av å miste flere funksjoner kan føre til angst, redsel, fortvilelse, depresjon og sinne (Berentsen 2010, s. 355).

2.4.3. Alvorlig grad av demens

Hukommelsen til pasienten er meget svekket slik at pasienten bare husker hendelser fra tidligere i livet. Han eller hun husker ikke familien og klarer ikke å kjenne igjen stemmen og

ansiktet til sine nærmeste. Pasienten er ikke orientert om tid, sted og situasjon. Vedkommende har vansker med å forstå hva de andre sier og språket til pasienten er svært begrenset.

Pasientens opplevelse av kaos og manglende evne til å sortere stimuli gjør det usikkert om pasienten kan tolke sanseinntrykk. Vedkommende blir inkontinent for urin og avføring, har problemer med å styre motoriske bevegelser og er avhengig av hjelp døgnet rundt (Berentsen 2010, s. 355).

2.5 Symptomer på demens

Det finnes ulike symptomer på demens. Den mest vanlige måten å dele de inn på er:

2.5.1 Kognitive symptomer

Pasientens evne til å fokusere og være oppmerksom er nedsatt allerede tidlig i demensutviklingen. For eksempel egenskapen til å lese, skrive, lage mat og høre på radio eller å se på tv, krever oppmerksomhet og fokusering. Pasienten vil ha problemer med å gi oppmerksomhet til flere ting på en gang, som for eksempel bilkjøring (Berentsen 2010, s. 356).

Hukommelsen er nedsatt og evnen til å lære nye ting vil være svekket fordi læring krever oppmerksomhet til å forstå, handle og oppfatte objekter. Pasienten vil ha redusert korttidshukommelse og vil for eksempel ikke huske hva som skjedde for 20 minutter siden.

Apraksi er handlingssvikt som gir manglende evne til å utføre praktiske helsemessige handlinger. Vedkommende vil ha nedsatt evne til å huske hva forskjellige gjenstander skal brukes til. Pasienten kan for eksempel bruke tannbørsten til å gre håret (Berentsen 2010, s. 358).

Handlingssvikt kan være vanskelig å skille fra apraksi i praksis. Pasienten vil mangle oversikt over situasjoner, og egenskapen til å tenke abstrakt er svekket. Vedkommende klarer ikke å gjennomføre praktiske handlinger som for eksempel å planlegge og orientere seg i rom og tid (Berentsen 2010, s. 359).

Agnosi er manglende evne til å forstå eller oppfatte meningen med sanseinntrykk. Pasienten vil for eksempel ikke kjenne igjen gjenstander eller lyder, selv om pasienten ser og hører normalt. Vedkommende kan få taktil agnosi eller synsagnosi som betyr nedsatt egenskap til å

kjenne igjen gjenstander som hun eller han har tatt og kjent på. Taktil agnosi betyr tatt eller kjent på uten å se på, og synsagnosi betyr å ha sett gjenstanden uten å vite hva det er. Pasienten kan også få hørselsagnosi som betyr at pasienten ikke kjenner igjen lyder (Berentsen 2010, s. 359).

2.5.2 Atferdsmessige symptomer

Depresjon kan forekomme hos pasienter som har mild eller moderat demens. Pasientene opplever tap av funksjoner og mister evner og egenskaper han/hun hadde før. Dette fører til at de isolerer seg og trekker seg tilbake fra det sosiale samfunnsliv. Endringene i livet kan ha stor betydning når det kommer til det å utvikle depresjon (Berentsen 2010, s. 359).

Mange pasienter med demens føler seg engstelig, men de vet ikke helt hvorfor. Når de mister oversikten over sine liv og befinner seg på sykehjem hvor de ikke kjenner seg igjen, og samtidig har problemer med språket til å uttrykke følelsene sine, kan det oppstå angst (Berentsen 2010, s. 360).

Vrangforestillinger og hallusinasjon kan forekomme hos personer som har demens (Berentsen 2010, s. 361). Mistenksomhet mot andre mennesker kan også oppstå i denne situasjonen. Hallusinasjoner betyr at man ser eller hører ting som ingen andre opplever og som i realiteten ikke er der. Det kan være vanskelig å oppdage at demente har hallusinasjoner, på grunn av deres begrensede ordforråd. Illusjoner er et begrep som betyr mistolking av sanseintrykk, og særlig synsinntrykk kan oppstå for noen som har demens (ibid).

Mange demente kan virke rastløse og vandrer rundt uten mål og mening. De kan være urolige og klarer ikke å sitte i ro. Enkelte pasienter kan sitte og rope det samme budskapet om og om igjen og kan være vanskelig å avbryte. I mange situasjoner kan det være vanskelig å tolke endret atferd (ibid). Personer med demens kan også være passive gi uttrykk for manglende interesse eller initiativ til å delta i aktiviteter. Apati forekommer ofte ved alvorlig grad av demens (ibid).

Pasienter som har skader i frontallapene er ofte irritable eller aggressive. Det skyldes at pasienten mangler evnen til å kontrollere impulsene sine. Denne type skade medfører endring av personlighet. Pasienten kan være voldelig og språket til vedkommende kan være uten kontroll (Berentsen 2010, s. 362).

Tidsforskyvning er vanlig hos personer med demens og må skilles fra vrangforestillinger. Pasienten opplever at ting som har skjedd for lenge siden har oppstått på nytt. For eksempel hvis pasienten vil hjem og gjøre noe annet, kan det gjøre at pasienten blir urolig og vandrer mye (Berentsen 2010, s. 362).

2.5.3 Motoriske symptomer

Pasienten kan ha problemer med å koordinere bevegelsene sine, for eksempel når vedkommende skal stelle seg, kle på seg eller smøre brødkiver. Det kan også medføre at de har problemer med å bruke kniv og gaffel når de skal spise. Balanseevnen blir redusert, og dette kan føre til at pasienten er i fare for å falle og skade seg. Inkontinens kan også forekomme hos demente. Inkontinens betyr at pasienten ikke lenger har kontroll over urinblære og lukkemuskler i tarm, og mangler styring på avføringen og diurese (Berentsen 2010, s. 36).

2.6 Menneskets behov for aktivitet

Alle mennesker har behov for aktivitet. Aktivitet er nødvendig for at alle kroppens organsystemer skal fungere normalt. Menneskets behov for aktivitet er imidlertid mangfoldig og omfatter både fysisk, mental og sosial aktivitet. Med fysisk aktivitet mener vi at muskler, ledd og skjelettet er i bevegelse i forskjellige grader (Skaug 2011, s. 270). Mental eller kognitiv aktivitet innebærer blant annet funksjoner som intelligens, oppmerksomhet, læring og hukommelse, språk, resonneringsevne og fleksibilitet (Rokstad 2004, s. 528). Aktiviteter er nødvendige og er kilden til velvære og er viktig til å fremme helse. Fysiske aktiviteter er viktig for alle mennesker og har en positiv virkning på helsen. For å oppsummere; Aktiviteter, både sosialt, fysisk og mentalt, fremmer helse, forebygger, behandler, lindrer og rehabiliterer og i tillegg har det også effekt på den mentale helsen (Skaug 2011, s. 271- 272).

Hippokrates (referert i Skaug 2011, s. 271) formulerte aktivitetens betydning slik:

«Det er ikke nok å spise for holde mennesket friskt, det må også mosjonere. For på tross av at mat og mosjon har motsatte kvaliteter, arbeider de sammen for å fremme helse»

(Skaug 2011, s. 271).

For å kunne gi riktig omsorg til pasienter med demens må pleiepersonell tilpasse seg til pasientens behov. Det er ikke rutiner eller kultur som skal regulere vedkommendes behov. Det er viktig å forstå at pasientens evne til abstrakt tenkning ofte er redusert og når helsepersonell ikke klarer å tilpasse seg til dette, kan vedkommende oppleve det som avisning i stedet for omsorg (Jakobsen 2007, s, 11).

Dorothea Orem definerer egenomsorg som:

«Utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til å utføre på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære»

(Orem 1995, s. 104).

Orem deler egenomsorg inn i tre kategorier: de universelle, de utviklingsmessige og de som er forbundet med helsesvikt. Hun beskriver åtte universelle omsorgs- behov, men her vil jeg nevne et av hennes universell egenomsorgs-behov som er relevant for min oppgave:

- *Opprettholdelse av balanse mellom aktivitet og hvile. Hun utdyper følgende punkter:*
- *Å velge aktiviteter som stimulerer, engasjerer og opprettholder balansen mellom fysisk bevegelse, følelsesmessig respons, intellektuelle evner og sosial interaksjon*
- *Å oppfatte og reagere på behovet for hvile og aktivitet*
- *Å utnytte personlige evner, interesser, verdier og kulturelle normer for å utvikle et personlig aktivitets- og hvilemønster*

(Orem 1995, s. 193).

2.6.1 Behovet for aktiviteter hos personer med demens

Pasienter med demens har samme behov som andre mennesker når det gjelder aktivitet, men på et mer tilrettelagt nivå og etter hva slags ressurser de besitter. På grunn av demenssykdommen blir pasienten påvirket i stor grad slik at hans/hennes muligheter til å involvere seg i aktiviteter vil variere (Søndergaard 2004, s. 43). Men pasienten har rett til sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfull tilværelse. Det finnes ulike typer aktiviteter eller stimulering for personer med demens. Trim, dans, musikk og håndarbeid skal de ha god nytte av. Disse aktivitetene skal ha virkning i forhold til sosial fungering, uro og generell trivsel (Engedal & Haugen 2009, s. 300).

Beboerne på sykehjem har som oftest ønsker om å være i aktivitet. Utfordringen er blant annet at de ansatte nødvendigvis ikke kjenner til hva slags behov og ønsker beboerne har. Det kan da oppstå en undervurdering av viljen til beboerne sier studie til Haugland (2012).

Aktivitetene skal bygge på bekreftelse fra tidligere roller, muligheter og interesser hos den enkelte pasienten. Aktivitets-tilbudene skal ikke være resultatorienterte, men man skal ha fokus på og verdsette selve prosessen og det meningsfulle i kontakt og samhandling. Når man legger opp til stimulering eller aktiviteter for personer med demens, skal det tas utgangspunkt i livshistorien deres. Aktiviteten bør basere seg på pasientens tidligere erfaringer og interesser slik at man unngår stimulering som virker forvirrende og uforståelig for pasienten (Engedal & Haugen 2009, s. 295).

2.7 Sykepleie til personer med demens

Å tilrettelegge for aktivitet og stimulering for personer med demens, kreves interesse og involvering i det enkelte mennesket. Det er viktig at sykepleieren tar initiativ og deltar aktivt i tilretteleggingen og oppfølgingen av aktivitetene. Holdningene til sykepleier er viktig i møtet med vedkommende. Det er også viktig at omsorgsgiverne har egenskaper til å ivareta den enkelte pasients integritet, omsorg og rett til medbestemmelse. Man skal også verne om den dementes rett til det å ikke bli krenket, samtidig som man viser respekt og har omsorg for de pårørende (Rammer for sykepleieutdanning 2008). Dorothea Orem skiller mellom tre ulike sykepleiesystemer:

- *Helt kompenserende sykepleiesystemer*
- *Delvis kompenserende sykepleiesystemer*
- *Støtte/ undervisende sykepleiesystemer*

(Orem 1995, s. 306).

Hvor mye hjelp de forskjellige pasientene trenger er avhengig av individuelle behov. I forhold til oppgaven min passer «delvis kompenserende sykepleiesystemer» fint, hvor både pasienten og sykepleieren utfører handlinger sammen. Pasienten selv er aktiv i det de klarer. I denne situasjonen må pasienten delta i og utføre det han mestrer, mens sykepleieren kompenserer i den delen av svikten som pasienten mangler ressurser til å ivareta. Orem skiller tre generelle områder for ressursvikt:

- *manglende eller utilstrekkelig forståelse og kunnskap,*

- *svikt i evne til å vurdere, bedømme og beslutte*
- *og svikt i evne til å iverksette og gjennomføre målrettet handling*

(Orem 1995, s. 236).

Denne forståelsen er det viktig at sykepleieren har i møte med pasienter som har demens. Zingmark (referert i Nygaard 2006, s. 85) definerer fire grunnleggende elementer som omsorgsgivere må søke å ivareta for å fremme et godt liv for personer med demens. Disse grunnleggende elementene er bekreftelse, fortrolighet, fellesskap og selvfølelse. Personer med demens har behov for å oppleve bekreftelse og bli godtatt som en person. Fortrolighet innebærer nærhet i hverdagen og følelse av tilhørighet. Det å bli hørt og forstått og å ha en opplevelse av fellesskap er viktig for vedkommende. Gjennom samtale med pasienten skal sykepleier vise evne til å lytte aktivt og gi positiv oppmerksomhet, samt vise at man er tilstede for ham eller henne (Eide & Eide 2007; 23). Det er også viktig at sykepleierne kjenner til hva slags spesielle behov personer med demens har. Kitwood (2003) nevner fem store psykologiske behov for personer med demens og disse er; trøst, tilknytning, inkludering, beskjefligelse og identitet. Dersom omsorgspersoner er bevisst på disse behovene vil det fremme kvaliteten på omsorgen til vedkommende (Kitwood 2003, s. 89-92).

2.8 Bruk av livshistorier i sykepleien

Hvert enkelt menneske har sin egen livshistorie som er helt unik. Livshistorier gir oss derfor en sjelden mulighet til å lese og høre om andre menneskers opplevelser og refleksjoner fra deres eget liv (Fossland og Thorsen 2010). Menneskets livshistorie er en fortelling om livets innhold og kontekst, og om personens verdier, tanker, meninger og følelser. I en livshistorie får man høre om drømmer og håp, om nedturer og oppturer. Det blir vist hvordan mennesket oppfatter seg selv og sine egne verdier. Å jobbe med menneskers livshistorier er ikke bare et mål for å forstå den objektive sannhet, men det handler også om å forstå sin egen fortid (ibid).

Hvilken betydning har bruk av livshistorier for å aktivisere personer med demens på sykehjem? Studien til Russell & Timmons (2009) sier at pasienten med demens er sosial ekskludert og det er lett slik at deres behov ikke blir møtt. Personer med demens er ikke en homogen gruppe, men unike individ, og alle har ulike måter å fortelle historiene sine på. For å kunne se personer med demens som en unik og individuell person og få innsikt til deres liv, er det av stor betydning å høre historiene de foreller (ibid). Det er utfordrende å kommunisere

med personer som har demenssykdommer, men dersom omsorgspersoner er til stede og bruker tid på kommunikasjon, hvor pasienter tar initiativ og leder samtalen, kan dette skape mestringsfølelser hos personer med demens (ibid). Studien til Hill, Kolanowski & Kürüm (2010) sier at fysisk aktivitet og kognitiv aktivitet ikke er tilstrekkelig for personer med demens, med tanke på å tilrettelegge aktiviteter som gir mening. På grunn av helsetilstanden til vedkommende, vil personer med demens ha nedsatt evne til å delta i slike ting. Derfor skal det tas hensyn til pasientens premorbide personlighet, dennes livshistorie og hva pasienten likte eller mislikte tidligere, samt nåværende preferanser. (Premorbid; slik vedkommende var før han/hun ble syk). Dette vil komme til å øke engasjementet til vedkommende. Målet med dette er at aktivitetsnivået skal tilpasses til personer med demens, slik at aktiviteten blir meningsbærende. Det krever at omsorgsgiver tar hensyn til den individuelle beboeren sine behov (Hill, Kolanowski & Kürüm 2010). En annen studie til Wills & Day (2008) beskriver livshistorie arbeid slik:

“ A term given to biographical approaches in health and social care settings that gives people time to share their memories and talk about their life experiences”

Når beboerne på sykehjemmet opplever at det er noen som lytter til på dem, og omsorgspersonell er til stede mens de forteller sine livshistorier, så kan dette gi dem opplevelse av mestring.

Å arbeide med pasienters livshistorie, innebærer å arbeide med en pasient og deres familie, for å finne informasjon fra deres liv. Ved at familien og pasienten samarbeider med personalet kan informasjon om pasientens livshistorie, livsløp, livserfaringer, identitet, verdier, normer, sosiale nettverk, opplevelser og ønsker komme frem (Fosslund & Thorsen 2010 s.160). Selv om det for mange pasienter kan være en positiv opplevelse å dele sin livshistorie, er det også noen pasienter som ikke vil huske tilbake på deres tidligere liv. (Fosslund & Thorsen 2010, s.144). Disse pasientene vil helst leve i nåtiden istedenfor å tenke tilbake på alt det gamle.

Å arbeide med noens livshistorie som utgangspunkt, kan også kalles *livsbøker* hvor man samler inn informasjon i form av bilder, ord som personer selv har skrevet ned, materiale som tilhører vedkommendes liv og livshistorie (Wills & Day 2008). Videre står det at bilder og minner kan bli brukt i terapi for å forbedre kommunikasjon mellom ansatte, beboerne og deres familier (ibid).

Livshistorien er menneskets egen fortelling som det bare finnes en av. I demensomsorgen er kjennskap til den enkeltes livshistorie avgjørende for å kunne gi et personorientert tilbud (Jakobsen 2007, s.92). Personer med demens har en redusert evne til å gjenkalle minner som er en trussel for deres identitet og integritet. Derfor er det omsorgsgiver sin oppgave å skape kontinuitet i vedkommendes liv og livshistorie (Eikel referert i Jakobsen 2007, s. 93). Det er viktig å ha fokus på mennesket og forstå deres subjektive verden og ikke bare på selve sykdommen i demensomsorgen (Cheston & Bender referert i Engedal & Haugen 2009, s. 51).

3.0 Metode

Metoder er et redskap for hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for å velge en bestemt metode er at vi mener den vil gi oss gode data og belyse spørsmålet vårt på en faglig interessant måte.

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder»

(I Dalland 2013, s. 111 opprinnelig fra sosiologen Vilhelm Aubert).

Metoden kan enten være kvalitativ eller kvantitativ. De kvalitative metodene dreier seg om når en tar sikte på å fange opp mening og de som er undersøkt, opplever virkeligheten. Kvantitative metoder går ut på å avdekke så sikker og gyldige kunnskap som mulig, slik at de kan telles, måles, veies i dataen. Da er det mulig å utføre ulike regneoperasjoner og føre statistikk over funn man gjør (Dalland 2013, s. 112).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er blitt valgt for å belyse problemstillingen min, fordi det tidligere har blitt gjort mye forskning innen dette feltet. Man bruker litteraturstudie i de tilfeller hvor det foreligger tilstrekkelig forskning allerede. Ved bruk av litteraturstudie samler man inn data som allerede er skriftlig publisert om emnet som en har valgt å fordype seg innen. Men jeg har også valgt å ta med min egen erfaring med personer med demens, fra jobb og praksis på sykehjem. Erfaringen skal belyse og forklare det jeg ønsker å understreke, ved det å bruke livshistorier aktivt i arbeidet med personer som har demens. Ved litteraturstudie blir dataene samlet inn systematisk, det vil si at litteraturen er funnet, vurdert og utvalgt på en systematisk måte. I en litteraturbasert oppgave skal man ikke ta sikte på å fremskaffe ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan komme frem. (Magnus & Bakketeig 2000, s. 37-38).

3.2 Fremgangsmåte

Her vil kriterier som er brukt til å finne forskningsartikler og faglitteratur til problemstillingen min bli presentert.

3.2.1 Kriterier for valg av faglitteratur og forskningsartikler

- ✓ Den skal være relevant i forhold til problemstillingen min.
- ✓ Artiklene må handle om demens.
- ✓ Den skal ikke være utgitt før år 2000.
- ✓ Den skal være på engelsk eller et skandinavisk språk.
- ✓ Artiklene skal være tilgjengelige i fulltekst eller PDF format.
- ✓ Artiklene må være gratis å lese.

3.2.2 Valg av faglitteratur og forskningsartikler

For å velge relevant faglitteratur har jeg vært i kontakt med høyskolens bibliotek. Veilederen min har gitt meg råd angående litteratur og forskning som ville være relevant for oppgaven min og tipset meg om boken til Fossland og Thorsen.

Biblioteket hjalp meg til å få tak i viktige bøker som omhandler demens. Det var en stor utfordring å finne relevante artikler til oppgaven min og ikke minst å lese gjennom dem for å forstå hva de handlet om. Jeg søkte i databasene Pub Med og Cinahl da jeg fant relevante artikler som jeg synes virket passende til oppgaven min. Deretter ordnet jeg det slik at jeg fikk tilgang til fullutgaven av artiklene ved å snakke med biblioteket på skolen. For å vurdere artiklene har jeg brukt Kirsti Malterud sin veiledning for vurdering av kvalitative artikler (Frederiksen & Beedholm 2013, s. 51). Skjemaet kommer i vedlegg. Malteruds vurderingsskjema er en sjekklister for kritisk lesing av kvalitative studier (ibid). Jeg brukte den for vurderingen av forskningsartiklene mine fordi denne sjekklisten gir et grunnlag for å vurdere både innhold og kvalitet av artiklene jeg valgte å bruke til min problemstilling (Frederiksen & Beedholm 2013, s.49).

3.3 Søkestrategi

Når jeg skulle finne relevante artikler til oppgaven min søkte jeg igjennom to databaser hvor jeg brukte disse søkeordene: «Dementia», «Life story», « Life history», « Life story work», «Nursing home» og « Nursing home staff».

Resultatene ble:

Database: Cinahl

“Dementia “AND “Life story” 363 treff

“Dementia” AND “Life story “AND “Nursing home staff” 22 treff

Database: Pubmed

“Dementia “AND “Life history” 60 treff

“Dementia” And “Life story” AND “Nursing home staff” 4 treff” – Ingen relevante

“Dementia” AND “Life story “AND “Activities” – 4 treff “– ingen relevante

Jeg leste igjennom abstraktene til 22 artikler hvor mange av dem ikke handlet om min problemstilling. Deretter valgte jeg å lese gjennom 10 artikler av de 22 forskningsartiklene som ble funnet fra databasen Cinahl for å se om jeg kunne finne relevant forskning til problemstillingen min. Til slutt endte jeg opp med tre forskningsartikler fra databasen Cinahl som var relevante for oppgaven min siden alle tre handlet om at livshistorier har betydning i utøvelse av omsorgspleie.

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann som betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes (Dalland 2013, s. 67). Den skal vise at jeg er i stand til å forholde meg kritisk til det kildemateriale som jeg bruker i oppgaven min og hvilke kilder som jeg har benyttet under utvelgelsen (Dalland 2013, s. 72). Jeg som er leseren skal få en oversikt over litteratur og hva som er vedlagt som kriterier under valg av dem (ibid).

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie i oppgaven min. Det vil si at jeg bruker forskning som allerede eksisterer. Ved innhenting av litteratur og forskningsartikler skal man ha en så nøye vurdering som mulig i forbindelse med valg av problemstilling (Dalland 2013, s. 78).

Det er viktig å stille seg kritisk til bruk av foreldet litteratur siden det stadig er ny forskning i et raskt voksende fagfelt som demens (Dalland 2013, s. 73). Jeg har valgt å bruke forskning som ikke er eldre enn 10 år. Ved bruk av faglitteratur har jeg valgt å benytte noen bøker som er foreldet. Jeg brukte blant annet en bok som er skrevet av Orem i 1995 som primærkilde i oppgaven min. Dalland sier at dersom man skal bruke sekundærkilder er det viktig å være kritisk siden teksten kan ha blitt tolket og bearbeidet av en annen enn den opprinnelige forfatteren (ibid).

3.5 Analyse av funn

For å få oversikt over forskningsartiklene som kom frem i det systematiske litteratursøket har jeg startet med lese fulltekst for å vite konkret hva forskningsartiklene inneholdt. Det første jeg gjorde var å gå gjennom artiklene en gang til og markerte setninger som beskrev hvilken betydning bruk av livshistorie har overfor personer med demens. Alle setninger som hadde blitt understreket ble nok en gang sett på i forhold til problemstillingen og i og med at det var et stort antall samlet jeg dem inn under hovedkategorier. Disse kategoriene danner utgangspunkt for både presentasjon av funnene og drøftingen av data.

3.6 Ethiske vurderinger

Oppgaven min er basert på en litteraturstudie og derfor er det viktig for meg til å finne forskningsartikler som er etiske godkjent fra forskjellige forskningsetiske komite (Olsen & Sørensen 2003, s. 56) Meningen med etiske vurderingen til forskning er at den gruppen som de å forske på eller vedkommende som blir undersøkt er sårbare grupper og dersom de inngår i forskningsprosjekter skal de har vern i ulike regelverk som konfidensialitet, taushetsplikt og anonymisert. Konfidensialitet og taushetsplikt innebærer sikkerhet som er med i undersøkelser. Konfidensialitet betyr den informasjonen som forskerne får fram til datasamling, ikke blir spredd til andre slik at vedkommende blir gjenkjennes (ibid). Alle mine forskningsartikler jeg bruker i oppgaven har gjennomgått etiske komiteer og blitt godkjennes. I Norge har vi Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM).

4.0 Presentasjon av funn

Resultatene av funnene fra artiklene presenteres i et transkriberingsskjema som ifølge Dalland (2013) vil si å skrive ned informasjonen ordrett. Deretter presenteres funnene i forhold til kategoriene jeg kom frem til i analysen av dataene.

4.1 Transkriberingsskjema

Title: The use of lifeworldwork with people with dementia to enhance person –centered care.
Forfatter, land og årstall: Jane McKeown, Amanda Clarke, Christine Ingleton, Tony Ryan og Julie Repper. Storbritannia 2010
Hensikt: Undersøker hvordan livshistorier blir forstått og utviklet i praksis, hvordan historiene blir opplevd av deltakerne og hvordan dette har betydning for utførelsen og utbytte av pleieomsorg
Metode: Semi-strukturerte intervju, observasjon og samtaler
Utvalg: 4 personer med demens, deres familier og pleiepersonell, hvor 21 intervjuer over 100 timer ble gjennomført.
Hovedfunn: Livshistoriearbeid har potensialet til å styrke personorientert pleie til eldre personer med demens, og deres pårørende.
Etisk vurdering: studien fått godkjenning fra lokale forskningsetiske komité (REC).

Tittel: Life History Collages: Effects on Nursing Home Staff Caring for Residents with dementia
Forfatter, land, årstall: Bill Buron, USA (Nordvest Arkansas) 2010

<p>Hensikt: Undersøker effekten av livshistoriecollages på pleiepersonalet og sertifiserte pleieassistenters kunnskap om individuelle beboere med demens og ansatte sine perfektiver på utøvelser av praksisen. Målet med denne studien var å sammenligne endringen på perspektivene til pleiepersonalets kunnskap om de individuelle beboerne og deres perspektiver til å bli kjent med personen, personalet til beboerne og kommunikasjonen før og etter eksponering av livshistorie collages.</p>
<p>Metode: Litteratur review, pilot studie og kvasi eksperimentelt design ble brukt.</p>
<p>Hovedfunn. Livshistoriecollages hjelper pleierpersonelet og øker deres kunnskap og styrker deres perspektiver på beboerne med demens. Deretter fremmes også personorientert omsorg og relasjonen mellom dem og pasientene og ikke minst pårørende blir tettere.</p>
<p>Etisk vurdering: Studien ble godkjent av universitetets Institutional Review Board</p>

<p>Tittel: Seeing the person behind the dementia: enhancing the care of older people using a biographical approach.</p>
<p>Forfatter, land, årstall: Amanda Clarke, Elizabeth Jane Hanson og Helen Ross. Storbritannia 2003.</p>
<p>Hensikten: Studien skal finne ut av om en biografisk tilnærming i form av livshistorier kan bidra til å bedre personalets forståelse for eldres nåværende behov og bekymringer. I tillegg skal den oppmuntre personorientert omsorg i det daglige arbeidet.</p>

Metode: Kvalitativ metode. For pasienter og pårørende: Semi-strukturerte intervju med pasienter og pårørende med intervjuguide og åpne spørsmål, før og etter prosjektet startet. Observasjon for pleiepersonellet: fokusgruppe.
Utvalg: Studien forgikk på et sykehjem og forløp over 6 måneder. Åtte pasienter med familier deltok, i tillegg til seks pleiere.
Hovedfunn: Bruk av biografisk tilnærming oppmuntret personalet til å se personen bak pasienten. Den styrker og hjelper relasjonen mellom pasienten og deres pårørende.
Etisk vurdering: Studien er etisk godkjent.

4.1.1 Kjennskap til pasientens behov

Livshistorier kan styrke identitetsfølelsen og relasjoner og pleiekulturen kan påvirkes positivt ved at også personalet aktivt bruker livshistorier som arbeidsredskap. Kunnskap om pasienten og livshistorien skal gi pleiepersonellet økt forståelse for pasienten og vedkommendes reaksjonsmåter og atferd (Buron 2010, Clarke *et al* 2003 og McKeown *et al* 2010).

4.1.2 Bedre relasjoner mellom pasienten, deres familie og pleiepersonalet

Relasjonen mellom pleiepersonalet og pasienter blir styrket ved bruk av livshistorier. Videre pekes det på at livshistorier har potensial til å øke forståelsen for personen med demens og deres familier. (Buron 2010, Clark *et al* 2003 og McKeown *et al* 2010). For å kunne utvikle en positiv relasjon mellom pleierne og pårørende, og for å styrke positive og konstruktive relasjoner mellom personene rundt den eldre er livshistorier en forutsetning (Clarke *et al* 2003).

4.1.3 Personorientert omsorg

Alle tre artiklene (Buron 2010, Clark *et al* 2003 og McKeown *et al* 2010) sier at det å se personer med demens som mennesker med livserfaring og en livshistorie er viktig i omsorgsarbeidet. Det kommer også frem at det er viktig å kjenne pasientens livshistorie siden det fører til at sykepleiere i større grad ser pasienten som et unikt individ og dermed kan forbedre den personorienterte omsorgen (ibid).

4.1.4 Ser pasienten som en person

Livshistoriearbeid fører til at pasienten blir sett på som en person (Clark *et al* 2003 og McKeown *et al* 2010). Å kjenne livshistorien til en pasient skal hjelpe omsorgsgiver til å se personen og ikke bare demenssykdommen, og derfor etter å ha blitt kjent med en pasients livshistorie skal de kunne se vedkommende på en annen måte, som en person, og ikke lenger bare som en pasient (ibid).

4.1.5 Pasientens stemme blir hørt

Funnene viser at ved å bruke livshistorier i arbeidet med personer som har demens får vedkommendes stemme muligheten til å bli hørt (Clark *et al* 2003). Det ga også pasientene glede å få lov til å fortelle sin egen livshistorie (Clarke *et al* 2003, McKeown *et al* 2010). Livshistoriearbeid gir pasienten mulighet til å snakke og bli hørt av pleiepersonellet (McKeown *et al* 2010). Det å lytte aktivt til en vedkommendes livshistorie er en kraftfull måte å vise dem at de er unik på (ibid).

4.1.6 Bruk av livshistorie som en aktivitet

De tre forskningsartiklene fra funnene mine har alle forskjellige vinklinger på at pasienter med demens ble aktivisert ved bruk av deres livshistorie, og at livshistorien ga vedkommende mulighet til å snakke og delta (Buron 2010 Clark *et al* 2003 og McKeown *et al* 2010). I studien til Buron(2010) ble det benyttet livshistoriecollages og i studien til Clark (2003) ble det benyttet en biografisk tilnærming hvor både pasienten og familien fikk delta og fortelle om pasientens tidligere liv. I studien til McKeown (2010) ble det benyttet livshistoriebøker. Når pleiepersonellet kjenner pasientens livshistorie kan dette hjelpe dem til å tilrettelegge hva slags aktiviteter som er kjent og behagelig for beboeren (Buron 2010).

5.0 Drøfting

Begrepet drøfting betyr; «å drøfte er å diskutere og ta for seg og granske noe fra forskjellige sider» (Dalland 2013, s. 143). Drøftingen skal altså vise hvilken sammenheng det er mellom de teoretiske perspektivene som er brukt under arbeidet med problemstillingen og resultatene fra undersøkelsen (ibid). På den måten blir drøftingen grundig og fanger opp alle sider av undersøkelsene. Her vil jeg drøfte samme kategorier som i funnene mot min teori som handler om livshistoriearbeid som en aktivitet for personer med demens. Til slutt vil jeg drøfte om livshistorie har terapeutisk effekt for denne gruppen.

5.1. Kjennskap til pasientens behov

For at omsorgsgiver skal kunne dekke pasientens behov på best mulig måte skriver Buron (2010) i sin forskningsartikkel at det er viktig å kjenne til pasientens livshistorie. På den måten kan informasjon om pasientenes tidligere liv; som for eksempel hva slags jobb de har hatt, hva de liker, ikke liker, og hva de er interessert i, bidra til at omsorgsgiverne kan gi bedre pleie til pasienten (ibid).

I samsvar med dette kommer det fram i teorien at kjennskap til den enkeltes livshistorie i demensomsorgen er avgjørende for et godt personorientert tilbud. For å yte god omsorg og skape god kontakt med mennesker som har demens bør denne typen kunnskap brukes aktivt (Jakobsen 2007, s.92). Helsepersonellet skal tilpasse seg vedkommendes individuelle behov, slik at pasienten skal oppleve det som en tilfredsstillende omsorg (Jakobsen 2007, s. 11).

Livshistoriecollages ble brukt i studien til Buron (2010) for å undersøke om dette kunne øke omsorgsgivers kunnskap om beboerne på sykehjemmet. Samarbeid med pasientens familie var viktig i denne prosessen. Grunnen til det er at relasjonen mellom sykepleier og pasient styrkes når omsorgspersonalet kjenner til pasientens livshistorie (Buron 2010). Kunnskap om beboerne kan være nyttig på en rekke måter. Omsorgspersonen kan for eksempel være i stand til å diskutere med familien for å orientere og roe en beboer som ofte er agitert eller engstelig. Sykepleieansatte kan også bruke beboernes historikk til å se dem som individer med forskjellige unike egenskaper, og dermed heve kvaliteten på omsorgen (ibid).

Informasjon fra livshistorien kan vises på ulike måter: en livshistoriebok, som består av en bok med bilder, tekster og andre minner som er relevante for personens livshistorie (Fosslund

& Thorsen 2010, s.159), eller livshistorie collages som består av en plakat som fremviser tekst og bilder fra pasientens tidligere liv (Buron, 2010).

Slikt livshistoriearbeid kan også ha positiv effekt i dagens omsorgspraksis. I forbindelse med min erfaring fra sykehjem sammen med personer som har demens kan kjennskap om pasientenes tidligere liv hjelpe omsorgsgiver til å engasjere beboerne med aktiviteter som er kjent og behagelig for dem. På denne måten kan relasjonen bygges slik at pasienten kan respondere på en gunstig måte. Omsorgsgiver kan oppleve at det er vanskelig å kjenne beboerne med demens når både kommunikasjon og sosiale ferdigheter er nedsatt. Derfor kan livshistoriecollages, livshistoriebøker benyttes for å forbedre ansattes kunnskap om beboerne med demens.

5.2 Bedre relasjoner mellom pasienten, deres familie og pleiepersonalet

Livshistoriearbeid har et potensial til å styrke relasjonen mellom pleiepersonell og personer med demens og deres familier (Clarke *et al* 2003 og Buron 2010). Dersom pårørende blir inkludert i livshistoriearbeidet kan det påvirke relasjonen mellom pleierne og pårørende (McKeown *et al* 2010). Pårørende er en viktig kilde som kan bidra til å vise pleierne hvem deres familiemedlem en gang var siden de har vokst opp med pasienten og kjenner han best (ibid). Livshistorier kan også være med på å gi familier glede fordi de ser at omsorgsgiver er interessert og bryr seg om deres familiemedlem (Clark *et al* 2003). I forhold til jobberfaringen min fra tre forskjellige sykehjem var det svært sjeldent at pårørende snakket om pasientens tidligere liv. For å bedre relasjonen mellom sykepleier, pårørende og pasientene kan sykepleierne ta initiativ til å planlegge tidspunkt til livshistoriearbeid hvor både beboerne, deres familie og sykepleierne samarbeider sammen. Hensikten vil være å opprettholde tettere relasjon mellom alle tre parter. Det er da også viktig at pårørende til pasienten blir møtt med respekt og blir godt ivaretatt (Yrkesetiskes retningslinjer for sykepleier 2011).

Det å samarbeide med familien til pasienter er viktig sier også teorien til Fossland og Thorsen (2010). Det at de pårørende kan bidra til å fortelle hvem pasienten var før sykdommen utviklet seg er aktuelt i hverdagens praksis for at personer med demens og deres familiemedlemmer blir tatt på alvor og får respekt av pleiepersonellet (Rammeplan for sykepleieutdanning 2008).

5.3 Personorientert pleie

Livshistorier har betydning for individuell omsorg viser studien til (Buron 2010, Clark *et al* 2003 og McKeown 2010). De mener videre at livshistoriearbeid har potensiale til å styrke pleieres evne til å yte omsorg til personer med demens ved at pleierne forstår beboerne bedre og kan derfor forbedre relasjonen til dem. Omsorgsgiveren kan også bidra til å styrke pasientens identitet når de er bedre kjent med livshistorien deres (ibid). Livshistoriearbeid har potensiale til å styrke pleiepersonalets kunnskap og gir større mulighet til å yte personorientert omsorg. Funnene fra litteraturstudien sier at pasienter med demens som oftest opplevde det som positivt å dele sin livshistorie, og på den måten bli sett og hørt av pleiepersonalet (Clark *et al*, 2003). Alle mennesker er unike og enestående. Demenssykdommen fører til at vedkommende endrer seg både personlig, atferden sin og språket sitt. Livshistorier er viktig for å gi omsorg og støtte til personer som er rammet av demenssykdommen slik at de kan være seg selv, sier Fosslund og Thorsen (2010). Demenssykdommen truer menneskets identitet, det er derfor helsepersonellets oppgave å hjelpe pasienten med identiteten deres ved hjelp av deres egen livshistorie (Kitwood 2003,s.92).

5.4 Se pasienten som en person

Å kjenne livshistorien til en pasient hjelper omsorgsgiver til å se personen bak demenssykdommen. Livshistorien til en pasient kan hjelpe pleierne til kunne se vedkommende på en annen måte, og omtale vedkommende som en person, og ikke lenger bare som en pasient (McKeown *et al* 2010). Sykepleiers syn på og holdninger til pasientene kan bli styrket ved å kjenne deres livshistorie. Det å bruke en biografisk tilnærming oppmuntrer pleiepersonellet til å se personen bak pasienten (Clarke *et al*, 2003). Dette bekreftes i litteraturen til Engedal & Haugland som opprinnelig var skrevet av Cheston & Bender hvor det står at det er viktig å ha forståelse og respekt for personen slik vedkommende er i utøvelse av pleien. Det er den subjektive opplevelsen til pasienten som skal settes i fokus, ikke sykdommen (Engedal & Haugen 2009, s. 51). I følge demensplan (2015) står det at god demensomsorg handler om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette individuelle tilrettelagte tjenester basert på innsikt i den enkeltes livshistorie og sykdomshistorikk. Personer med demens er like verdig som alle andre. For at personer med demens som bor på sykehjem skal få et bedre liv er det de ansattes ansvar og gi pasientene god nok omsorg. Zingmark (referert i Nygaard 2006, s.85) definerer fire grunnleggende elementer som pleiepersonellet må ha for å fremme et godt liv for vedkommende. Disse er bekreftelse,

fortrolighet, felleskap og selvfølelse. Personer med demens har behov for bekreftelse og å bli godtatt som en person. Fortrolighet innebærer nærhet i hverdagen og følelse av tilhørighet. Det å være sosial og være en del av et felleskap er viktige behov for personer med demens. Gjennom livshistoriearbeid kan sykepleieren bidra til å vise at beboerne er like mye verd som før de fikk demens sykdommen. Gjennom samtale med pasienten skal sykepleier vise evne til å lytte aktivt og gi positiv oppmerksomhet, samt vise at man er tilstede for ham eller henne (Eide & Eide, 2007; 23). Det er også viktig at sykepleierne kjenner til hva slags spesielle behov personer med demens har. Kitwood (2003) nevner fem store psykologiske behov for personer med demens og disse er; trøst, tilknytning, inkludering, beskjefligelse og identitet. Dersom omsorgspersonene er bevisst på disse behovene vil det fremme kvaliteten på omsorgen til vedkommende (Kitwood, 2003, s. 89-92). Sykepleierens arbeid skal kunne dekke disse behovene som vedkommende har behov for.

5.5 Pasientens stemme blir hørt

Studien til McKeown *et al* (2010) viser at stemmen til pasienten i større grad blir hørt ved bruk av livshistorier. Pasientene har glede av å bidra i slikt arbeid når de kan fortelle om seg selv (ibid) i tillegg til at det øker bevisstheten for pleiepersonellet og gir bedre forståelse for vedkommendes reaksjonsmåter og atferd (ibid). Det å bli hørt av andre mennesker er viktig for alle, men særlig for personer rammet av demenssykdom. Språkvansker og svikt i kommunikasjon er vanlig hos dem (Berentsen 2010 s. 356). Pasienten kan bli mer engasjert i samtale ved å fortelle livshistorien sin til andre, men det er ikke behagelig for alle pasienter. Årsakene kan være mange, og vi som sykepleiere skal respektere dette (Clarke *et al*, 2003).

I relasjon til min problemstilling og min erfaring med pasienter, har jeg opplevd at enkelte kunne oppleve det meningsfylt å ha en samtale om hva de har gjort tidligere i livet. For at vedkommendes stemme skal bli hørt må vi som sykepleiere ha tid til å gi oppmerksomhet og lytte til dem. Jeg mener derfor at aktiv lytting er essensielt og at det krever omtanke fra omsorgsgiver. Her vil jeg støtte meg til Eide & Eide (2007) som skriver at evnen til aktiv lytting kanskje er en av de viktigste og mest grunnleggende og komplekse ferdigheter i profesjonell og hjelpende kommunikasjon (Eide & Eide, 2007, s. 23).

Noe av det viktigste en sykepleier kan gjøre i en støttende rolle ovenfor personer med demens er å lytte omtensomt og rolig og samtidig anerkjenne dem. Dette kan bidra til å gi pasienten en mulighet til å fortelle sin historie. For å kunne bruke livshistorier for personer med demens

på sykehjem er det viktig at sykepleier tar initiativ til planlegging med pasienten og familien. Sykepleier skal møte pasienten på deres premisser og gjøre det beste de kan for hver enkelt. Det å vise at omsorgsgiver er interessert og støttende er også vesentlig for å kunne gjennomføre denne aktiviteten sammen. Det støttes med teori til Rokstad (2004) at å tilrettelegge for aktivitet og stimulering for personer med demens krever interesse og involvering i det enkelte mennesket. Det er viktig at sykepleieren tar initiativ og deltar aktivt i tilretteleggingen og oppfølgingen av aktivitetene.

5.6 Bruk av livshistorie som en aktivitet

Orem har beskrevet åtte ulike universelle egenomsorgsbehov. Jeg valgte et av de åtte som var mest aktuell i forhold til temaet for denne oppgaven hvor mennesket trenger balanse mellom aktiviteter og hvile som er viktig. Orem beskrev dette slik:

«Utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til å utføre på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære»

(Orem 1995, s. 104).

Her kommer det fram til at hvorfor aktivitet er viktig i forbindelse med å opprettholde liv, helse og velvære. Dette gjelder for alle mennesker samt personer med demens. Mennesker klarer ikke alltid å fullføre disse kravene på grunn av helsetilstanden sin. Orem nevner tre ulike ressursvikter hos personer som ikke klarer å kunne fullføre egenomsorg. Det er manglende forståelse eller kunnskap, svikt til å vurdere, bedømme eller beslutte og svikt i evne til å iverksette og gjennomføre målrettet handling (Orem 1995, s. 236). Personer med demens har disse sviktene og derfor er det viktig at sykepleier forstår dette for å kunne gi dem riktig hjelp.

Ved «delvis kompenserende sykepleiesystemer», hvor både pasienten og sykepleieren utfører handlinger sammen også er viktig i livshistoriearbeid. Pasienten vil da selv være aktiv i det han eller hun klarer og bruke de ressursene de har. I denne situasjonen deltar vedkommende i og utfører det han mestrer, mens sykepleieren kompenserer i den delen av svikten som pasienten mangler ressurser til å ivareta (Orem 1995, s.306). På denne måten blir pasientens behov dekket på den best mulige måten.

I forskningsartikkelen til Clark(2003) står det at «livshistoriearbeid er en lav kostnadsintervensjon som kan innarbeides i hverdags aktiviteter og dermed bedre

livskvaliteten til beboerne, og gi selvtillit til helsearbeiderne» hevder Pietrukowicz & Johnson (referert i Clarke *et al* 2003). Det viser seg at en biografisk tilnærming har positive effekter på holdningene til de ansatte overfor eldre pasienter de har omsorg for (Clark *et al* 2003).

Noen ganger kan det være utfordrende for pleiepersonalet å finne aktiviteter som pasientene har lyst å delta i. Studien til Willy & Days (2008) sier at arbeid med livshistoriebøker har positiv effekt på vedkommende når de selv kunne bidra og dele sine tidligere erfaringer med andre. Når personalet vet livshistorien fra pasientens tidligere liv, hva de liker og ikke liker og hva de er interessert i, kan de bidra til å skape meningsfylte aktiviteter for dem (Buron 2010).

Aktivitetstilbudene skal ikke være resultatorienterte, men verdsette selve prosessen og det meningsfulle i kontakt og samhandling. Stimulering og aktiviteter kan foregå i grupper, men bør være tilrettelagt etter funksjonsnivå. I enkelte tilfeller kan pasienten kun nyttiggjøre seg av stimulering ved individuell kontakt (Rokstad 2004, s. 584). Dette bekreftes studien til Kolanowski & Kürüm (2010) som sier at når man skal ta hensyn og bruke aktiviteter som gir mening til personer med demens er for eksempel bruk av deres livshistorie viktig. Målet er å ta hensyn til vedkommende og deres tilstand til å delta og samtidig gi betydning til dem.

Alle mennesker er unike, dette gjelder også pasienter med demens. Det er viktig å forstå dette i utøvelse av omsorgsarbeidet. personer med demens lett kan behandles som en homogen gruppe, men de er unike uansett diagnose, fysiske, åndelige eller følelsesmessige behov de har (Russell & Timmons 2009). Selv om ideer til aktiviteter kan være mange for personer med demens, skal aktivitetene så langt det er mulig bygge på bekreftelse av tidligere roller og ta hensyn til behov, muligheter og interesser hos den enkelte. Aktivitetstilbudene skal ikke være resultatorienterte, men verdsette selve prosessen og det meningsfulle i kontakt og samhandling. Stimulering og aktiviteter kan foregå i grupper, men bør være tilrettelagt etter funksjonsnivå. I enkelte tilfeller kan pasienten kun nyttiggjøre seg av stimulering ved individuell kontakt (Rokstad 2004, s. 584). Derfor kan livshistoriearbeid være en meningsfull aktivitet for enkelte beboere man skal ta hensyn og bruke aktiviteter som gir mening til personer med demens er for eksempel bruk av deres livshistorie viktig. Målet er å ta hensyn til vedkommende og deres tilstand til å delta og samtidig gi betydning til dem (Kolanowski & Kürüm 2010).

Det er viktig å kjenne til pasientens tidligere liv og at arbeid med deres livshistorie kan bringe med seg mange positive ting både til seg selv, familien og de ansatte. Dette er en aktivitet i

seg selv fordi det gir mening for pasienten (Johannesen 2005, s.21). I studien til Haugland (2012) kommer det fram at vår oppgave som sykepleier er å ta hensyn til hva pasienten liker og hva som gir mening for dem med tanke på å tilrettelegge riktige aktiviteter. Det kan være utfordrende for pleiepersonalet å finne aktiviteter som pasientene har lyst å delta i. Studien til Willy & Days (2008) sier at arbeid med livshistoriebøker har positiv effekt på vedkommende når de selv kunne bidra og dele sine tidligere erfaringer med andre.

Resultatet fra funnene til Clark et al (2003) sier at det å fortelle om fortiden sin ikke alltid er behagelig for alle pasienter. Dette bekrefter også faglitteraturen til Fosslund og Thorsen (2010). Derfor er det viktig at sykepleierne tar hensyn til dette og respekterer pasientens valg.

Bruk av livshistorier har betydning i omsorgspraksisen. Artikler fra Wills & Day (2008), Russell & Timmons (2009), Buron (2010), Clark (2003) og McKeown (2010) viser hvordan livshistorier kan benyttes for beboerne. Livshistoriebøker, collages og narrative tilnærminger og biografisk tilnærming ble brukt for personer med demens for å samle inn informasjon om deres tidligere liv og hvem de har vært i disse studiene. Alle artiklene sier at livshistorier har stor betydning i pleieomsorg. Det samsvarer med teorien min som sier at livshistorier kan beskrives gjennom viktige episoder, gjennom tilstander, bilder og tekster. Det viktigste er på finne frem til personen bak sykdommen for å kunne bekrefte tilhørighet og identitet (Jakobsen 2007, s. 92). Men tilstedeværelse av pleiepersonellet og det å bruke god tid til å lytte til pasienten mens de foreller om sin livshistorie er også viktig. Det er viktig at sykepleier viser respekt til pasienten når de forteller om sin egen fortid og ikke minst nåværende opplevelse av sin situasjon. Evne til empati og respekt fra sykepleier kreves i slikt arbeid. Respekt uttrykkes ved holdning, blikk, berøring og stemme. Gjennom arbeid med livshistorier til beboerne kan relasjonen skapes dersom sykepleier viser empati (Eide & Eide 2007).

Hippokrates sier hva aktivitetens betydning.

«Mennesker kan ikke holde seg frisk bare ved å spise men må kombinere dette med mosjon for å fremme helse»

(Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2011, s 271).

Stimulering og aktivitet er en forutsetning for at mennesker kan fungere normalt både fysisk og mentalt. Men det er ikke nok bare å gi mulighet til aktivitet eller vente til at personen med demens selv tar initiativ. Det trengs at omsorgsgiver støtter dem slik at de starter og bidrar i

aktiviteten. Aktiviteter skal hjelpe dem i sosial fungering, uro og gi dem generell trivsel (Engedal og Haugen 2009, s. 300).

Dette gjelder også når det kommer til hvordan livshistorier kan bidra til å aktivisere personer som har demens. Gjennom livshistorier kan mennesket kjenne seg selv igjen og gjennom dette få følelsen av å være hovedpersonen i sitt eget liv, dette er nødvendig for opplevelse av selvbilde og identitet (Jakobsen 2007, s. 92). Identiteten til personer med demens kan opprettholdes ved hjelp av livshistorien deres (Kitwood 2003, s. 92). Etter min arbeidserfaring kan jeg si at bruk av livshistorier kan aktivisere personer med demens. Det er fordi at de kan dele opplevelsene sine med andre og at vi som omsorgsgivere gjennom dette kan hindre kjedsomheten til pasienten.

En av de viktigste tingene sykepleier kan gjøre i en støttende rolle ovenfor personer med demens er å lytte og anerkjenne dem. At sykepleier har evnen til å lytte omtenksomt og rolig er en egenskap som er nyttig for en som jobber med vedkommende. Denne egenskapen kan bidra til å gi pasienten mulighet til å fortelle sin historie (Russell & Timmons 2009).

5.7 Livshistorie har terapeutisk effekt

Livshistoriene til de enkelte beboerne er alle forskjellige, men de gir et signal om hva vedkommende er opptatt av, og jeg som kommende sykepleier må ha stor respekt for dette. En studie utført av Wills & Day (2008) sier at det er essensielt viktig med livshistoriearbeid fordi det kan ha stor betydning for pasienten. Studien til Wills & Day (2008) ble gjort i Irland hvor deltakerne til denne studien fikk delta i livshistoriebokarbeid. De fikk fortelle deres roller i samfunnet, sosiale roller, deres forhold til familie og omgivelser og ikke minst deres religiøse verdier. Livshistoriearbeidet brakte dem tilbake i tid og den fanget verden de vokste opp i. Gjennom arbeidet med livshistorier diskuterte deltakerne om deres tidligere jobb og roller. Dette ga dem en stor betydning for samfunnet de levde i og ikke minst, det bekreftet deres identitet. I tillegg snakket de om hva som er viktig for dem som familier og tro. Åndelighet og religion spilte en viktig rolle i beboernes fortid og nåtid, og hadde en viktig innflytelse i utformingen av deres verdier og roller (ibid). Kitwood (2003) nevnte at identitet er et viktig behov for personer med demens og at det er to essensielle måter å hjelpe vedkommende på og det var ved hjelp av kjennskap til deres livshistorie og vise empati (Kitwood 2003, s. 92).

I forhold til min jobberfaring som pleiepersonell for personer med demens, kan livshistorier ha effekt på vedkommende når de selv får delta og fortelle om sitt eget liv.

Jeg har også opplevd at eldre mennesker liker å snakke om sine erfaringer fra det lange livet de hadde hatt. Noen ganger kunne helsepersonellet oppleve det som negativt siden de fortalte dette om og om igjen. Som jeg har sagt at tidligere er respekt og verdighet viktig for personer med demens. Når vedkommende syntes at minnet er en verdifull skatt de besitter og ville dele det til andre, er det verdt at sykepleier tar seg tid til å høre på. For mange pasienter kan minnene gi dem styrke til å mestre livet videre. Derfor kan jeg si at ferdigheten til å lytte er essensielt i møte med pasienten (Eide & Eide 2007, s. 23). Det blir nevnt tidligere at sosial kontakt er viktig for personer med demens. Hensikten med dette er å hindre symptomer som tilbaketrekning og initiativløshet samtidig som sykdommen utvikler seg (Engedal & Haugen 2009, s. 303). Livshistoriearbeid kan være en god forutsetning til å tilrettelegge for dem når de er sosiale med andre. Sykepleiere skal ta initiativ og lede gruppen hvis det er mulig i slikt arbeid. Det å kunne dele sin historie til andre er positivt for mange (Will & Days 2008). Hvis dette ikke går kan pasienten få individstilbud sammen med familien sin. Personer med demens trenger ikke profesjonell psykoterapeut som samtalepartner. Det behovet de trenger er å formidle opplevelser og følelser i forhold til hukommelsessvikten. I hverdagen deres er det samvær og samtaler som betyr mest (Engedal & Haugen 2009, s. 304).

6.0 Oppsummering

Forskningsartiklene jeg har valgt viste at livshistorier er et viktig redskap i omsorg til personer med demens som bor på sykehjem. Livshistorier har stor betydning i pleieomsorg og gjennom bruk av livshistorier blir kjennskap av pasientens behov sett, vedkommende blir sett som en person og ikke bare lenger som pasient. I tillegg blir deres stemmer hørt og livshistorier styrker også relasjonen mellom pleiepersonellet, pasienten og deres familier. Livshistorier er et utgangspunkt til å aktivisere personer med demens som bor på sykehjemmet hvor de selv kan være aktiv og delta i å fortelle om sitt eget liv.

Studiene sier også at det er lite aktiviteter for pasientene på sykehjemmene og at pasientene har lite å gjøre. Gjennom livslivshistoriearbeid får pasienten mulighet til å dele informasjon om sitt liv til andre og det gir mestringsfølelse for pasienten som bor på sykehjem.

Livshistorier er en aktivitet som gir betydning til eldre og fremmer også glede. Omsorgsgiver kan hente inn informasjon fra pasientens tidligere liv og erfaringer for å finne identiteten til pasienten ut i fra deres livshistorie. Dette er viktig for å kunne yte omsorg som tilpasses den enkelte personen og bidra til å fremme personorientert omsorg. Utfordringen til sykepleier og annet pleiepersonell er å gi personer med demens mening i livet hvor aktivitet har betydning. Det å lage livshistoriebøker, collages og narrative fortellinger er de aktivitetene som har positiv effekt for sykepleiens fag og praksis. Det går igjen i litteraturen som Orem (1995) skriver at det å balansere mellom aktivitet og hvile er viktig for å bidra til å fremme liv, helse og velvære.

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg sett nytten av å bruke livshistorier for å aktivisere personer med demens. Det gir større mulighet for at pasientene blir sett og hørt. For omsorgsgiver var det positivt å samarbeide med familiemedlemmene til vedkommende hvor de fikk tettere relasjon til pasientens pårørende. Pårørende var viktig i livshistoriearbeidet da de kjente pasienten før sykdommen hadde utviklet seg siden personen med demens hadde mistet mye av sin personlighet og seg selv. Jeg vil til slutt nevne ordet «respekt» som er menneskets grunnleggende verdi. Det er viktig at vi aldri mister respekten for mennesker med demens og passer på at de blir sett og behandlet med den verdigheten de fortjener og sørger at vedkommende opplever livet sitt meningsfylt.

Litteraturliste

Buron, B. (2010) *Life history collages: effects on nursing home staff caring for residents with dementia. Journal of Gerontological Nursing*[2010, 36(12):38-48] Hentet fra Cinahl (lest 10. februar. 2014).

Clarke, A. Hanson, J.E. og Ross, H. (2003). Seeing the person behind the patient: enhancing the care of older people using a biographical approach. *Journal of Clinical Nursing*,12(5), 697-706. Hentet fra Cinahl (lest 14. Februar 2014).

Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving* 5.utg. 2.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Eide, H. og Eide, T. (2007) *Hva er hjelpende kommunikasjon? Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* .Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

Engedal, K. og Haugen, K, P. (2009) *Demens- Fakta og utfordringer*. 5. utgave. Tønsberg. Aldring og Helse Forlaget.

Fossland, T. og Thorsen, K. (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Frederiksen, K. og Beedholm, K. (2012). Forskjellige metodiske tilgange: Litteraturreview. I: S. Glasdam (red.). *Bachelorprosjekter inden for det sundhedsfaglige område: indblik i videnskabelige metoder*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. s. 47-53

Gjerstad, L., Fladby, T. og Andersson, S (2013) *Demens- sykdom årsaker, diagnostisk og behandling*. Oslo. Gyldendal Akademisk.

Haugland, Ø. B. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjem. *Sykepleien forskning*, s. 42-49. DOI: 10.4220/sykepleienf.2012.0030 (Lest 30.1.2014).

Helse og omsorgsdepartementet (2011). Den gode dagen. *Demensplan 2015*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf (lest 10. februar 2013).

Helsedirektoratet. (2014, februar 18). Hentet februar 20, 2014 fra Demens: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> (lest 17. Februar 2014).

Hill, N.L., Kolanowski, A. og Kürüm, E. (2010) Agreeableness and activity engagement in nursing home residents with dementia. *Journal of Gerontological Nursing* , (36(9):45-52). Hentet fra Cinahl (lest 15. Februar 2014).

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Karoliussen, M. og Kari L. S.(2004). *Eldre, aldring og sykepleie*. Gyldendal Norsk Forlag AS 2000

Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, H.A. (2010) *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. 1. utgave, 3.opplag: Oslo. Gyldendal Akademisk

Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens- personen kommer i første rekke*. 1.utg.2.opplag. København: Munksgaard Danmark.

Kristoffersen, J. N., Nortvet, F. og Skaug, A. E. (2011). *Grunnleggende sykepleie 2 . 2* utgave, 1. opplag Oslo: Gyldendal akademisk

Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester m.m. (helse - og omsorgstjenesteloven) av 24.juni 2011 nr.30. Hentet fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30> (lest 16. Februar 2014)

Magnus, P., & Bakketeig, S. L. (2000). Prosjektarbeid i helsefagene. I Magnus, B. Per, & L. S, *Å systematisere kunnskap: litteraturprosjektene og utredningene* (ss. 37-38). Oslo: Gyldendal Akademisk.

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. og Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5 148-158. Hentet fra Cinahl (lest 18. Februar 2014).

Norsk sykepleieforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere: ICNs etiske regler*. Oslo: NSF

Nygaard, A. H. (2006). Et godt liv i sykehjem for gamle med demens. I E. M. Kruger, *Evige utfordringer: Helsetjenester og omsorg for eldre* (s. 85). Tønsberg: Aldring og Helse Forlaget.

Olsson, H. og Sörensen, S. (2003). Forskningsetiske aspekter og ulike verdi-og normsystemer i samvirke. I: H. Olsson, og S. Sörensen, *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiver* (s. 56). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Orem, E. D. (1995) *Nursing Concepts of Practice* St.Louis: Mosby - Year Book, Inc.

Rammeplan for sykepleieutdanning 1. august 2008. Hentet fra 20. februar 2014 fra: http://www.regjeringen.no/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Russel, C. og Timmons, S. (2007). Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing Older People*. 21(4) 28-32. Hentet fra Cinahl (lest 18.Februar 2014)

Søndergaard, M. (2004). *Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv*. 1 utgave, 1. opplag. Systime Academic

Tuntland, H. (2005) *forebygging, rehabilitering og omsorg*. 1. opplag. København: N.W. DAMM & SØN AS

Will,T. og Day, R. M. (2008) Valuing the person's story: use of life story books in a continuing care setting. *Clinical Intervention in Aging* 3(3) 547-552. Hentet fra Pubmed (lest 15. februar 2014)

Vedlegg

Skjemaet er hentet fra Boken «Bachelorprosjekter inden for det sunhedsfaglige område- indblik vedenskabelige metoder- sider 51».

Sjekkliste for kritisk lesing av kvalitativ studien, Malterud (16)			
	Ja	komm	Nei
Problemstilling			
Er forskningsspørsmålet relevant?			
Er problemstillingen tilstrekkelig avgrenset og fokusert?			
Gir artikkelen tittel et dekkende inntrykk av innholdet?			
Refleksivitet			
Har forskeren presentert motiver, bakgrunn, perspektiver og antakelser?			
Er konsekvensen av forforståelse drøftet tilfredsstillende?			
Metode og design			
Er kvalitative metoder egnet for utforskning av artikkelens problemstilling?			
Har forskeren valgt den mest adekvate kvalitative design?			
Datainnsamling og utvalg			
Har forskeren presentert sin utvalgsstrategi (oftest strategisk eller teoretisk, ikke representativ eller tilfeldig)?			
Er dette tilfredsstillende begrunnet?			
Er dette en utvalgsstrategi som er best mulig egnet til å belyse problemstillingen?			
Har forskeren drøftet konsekvensene av sin utvalgsstrategi i forhold til alternative valg?			
Presenteres betydningsfulle kjennetegn ved utvalget tilstrekkelig til at leseren kan forstå konteksten for gjennomføring av studien?			
Teoretisk referanseramme			
Presenteres de teoretiske perspektivene som studien bygger på?			
Er den teoretiske referanseramme adekvat i forhold til			

prosjektets problemstilling?			
Forklarer forfatteren hvordan teorigrunnlaget har formet analysen?			
Analyse			
Beskrives prinsipper og prosedyrer for bearbeiding og analyse av data tilstrekkelig til at leseren for innsyn i veien fra rådata til resultater?			
Forklarer forfatteren hvordan kategoriene i reusultatdelen ble etablert stammer de fra teorigrunnlag eller er de utviklet med bakgrunn i de empiriske data?			
Forklares prinsippene for organisering av resultatpresentasjonen?			
Presenteres strategier for resultatvalidering (f. eks. alternative fortolkninger, informantvalidering, triangulering) i metodepresentasjonen eller diskusjon?			
Resultater			
Gir resultatene relevante svar på problemstilling?			
Lærer vi noe nytt ved å lese resultatene?			
Er resultatpresentasjonen en overbevisende fremstilling av funn utviklet fra det empiriske materialet som noe annet og noe mer enn forskerens forforståelse og teoretiske referanseramme?			
Brukes sitater på en adekvat måte til å understøtte og berike forskerne sammenfatning av mønstre identifisert og gjenfortalt fra systematisk analyse av materialet?			
Diskusjon			
Drøftes spørsmål om intern validitet (hva handler egentlig studien om)?			
Drøftes spørsmål om ekstern validitet (overførbarhet av funn eller begrepet)?			
Drøftes spørsmål om refleksivitet (forskerne rolle, perspektiver og posisjoner)?			
Finner vi selv kritiske overveielse om konsekvenser av en valgte design?			

Drøftes studien begrensninger, samtidig som forskerne tar ansvar for de valg de har gjort?			
Drøftes funnene i lys av aktuelle teoretiske og empiriske referanse?			
Peker forskerne på noen utvalgte implikasjoner av de funn som er presentert?			
Presentasjon			
Er teksten velorganisert og lettlest?			
Kan leseren skjelne mellom informantenes stemmer og forskernes stemme?			
Referanse			
Er sentrale og spesifikke referanse på feltet tilfredsstillende dekkende og presentert?			