

UNIVERSITETET I
NORDLAND

Bacheloroppgave i sykepleie

Tema: Livskvalitet

Problemstilling:

”Hvordan kan vi som sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens, på en skjermet sykehjemsavdeling?”



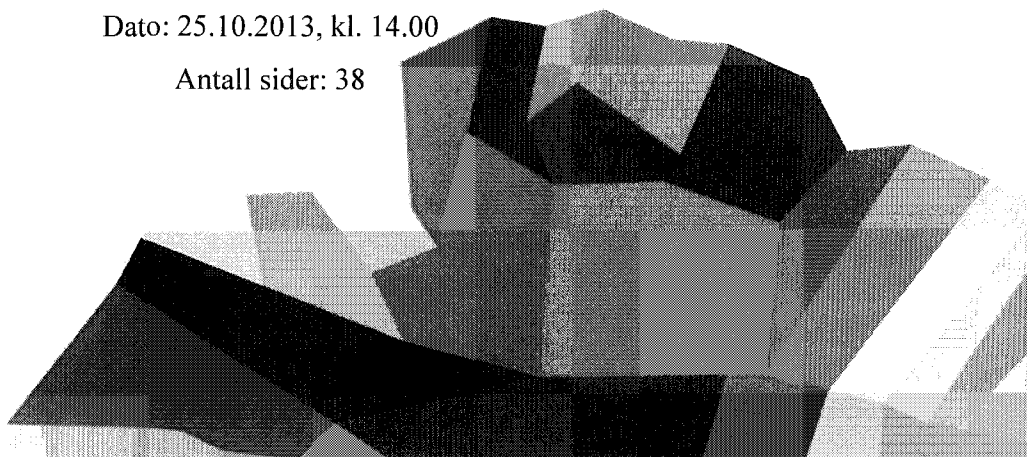
[Øvergård, Raine
Jørgensen, Wenche]

Emnekode: SYN 180H

Kandidatnummer: 51 og 59

Dato: 25.10.2013, kl. 14.00

Antall sider: 38



INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 Innledning.....	2
1.1 Presentasjon av tema og problemstilling.....	2
1.2 Begrunnelse for valg av tema.....	2
1.3 Avgrensning av oppgaven.....	3
1.4 Oppgavens hensikt.....	3
1.5 Begrepsavklaring.....	3
1.6 Oppgavens oppbygging.....	4
2.0 Metode.....	4
2.1 Intervjustudium som metode.....	5
2.2 Intervjuet.....	5
2.3 Ethiske overveielser.....	6
2.4 Presentasjon av litteratur.....	6
2.5 Forskning på området og kildesøk.....	7
2.6 Vitenskapelig redegjørelse.....	7
2.7 Kildekritikk.....	8
3.0 Teori.....	9
3.1 Sykepleieteori – Joyce Travelbee.....	9
3.2 Tom Kitwood sin sykepleieteori.....	10
3.3 Livskvalitet.....	12
3.4 Demens.....	14
3.5 Kommunikasjon med personer med demens.....	15
3.6 Kommunale sykehjem i nåtidens samfunn.....	16
3.7 Sykepleiefaglige utfordringer.....	17
3.8 De fire prinsipper – Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet.....	18
3.9 Pårørendes rett til informasjon og medvirknin.....	19
4.0 Drøfting.....	19
5.0 Konklusjon.....	30
Litteraturliste.....	31
Vedlegg.....	35

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Vår problemstilling som er

”Hvordan kan vi som sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens, på en skjermet sykehjemsavdeling ?”

ble til ved at vi hadde opplevd en del gode og dårlige fremgangsmåter hos sykepleierne i møte med disse pasientene.

Vi vil prøve å belyse hva som kan gjøres for å bedre livskvaliteten til disse pasientene og hvordan det kan gjøres på en profesjonell og etisk forsvarlig måte.

Antall ord: 9511

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Vi har valgt dette temaet for bacheloroppgaven i sykepleie, fordi vi har gjennom praksisperiodene fått ta del i et område, hvor det viser seg at man som sykepleier må være seg bevisst på de avgjørelser som tas, når det gjelder samarbeid gjennom omsorg, empati og sykepleie som man må yte for personer med demens på en lukket avdeling. Møte med denne pasientgruppen har gjort sterkt inntrykk på oss og hensikten for valg av temaet er å øke våre kunnskaper, samt få en bedre innsikt i hva det vil si å arbeide med personer med demens. Som ferdigutdannede sykepleiere ønsker vi at kunnskapen vi tilegner oss gjennom oppgaven, vil være med på at vi blir mer bevisst på våre egne holdninger, væremåte og at vi jobber mer positivt og kvalitetsrettet slik at beboere på lukkede avdelinger får verdifulle og gode livskvaliteter. utfordringen er å skape relasjon, samhandling og kommunisere med pasientene, slik at vi som sykepleiere kan legge til rette for at de får en god livskvalitet. Ved å fordype oss i dette temaet, har vi som mål å få en bedre forståelse av demens, og personer med demens sin opplevelse av sykdommen, hvilke behov de har for å få en bedre hverdag/livskvalitet og hva som kan være årsakene til utagerende adferd. Dette for at vi som sykepleiere kan være i forkant å forebygge/legge til rette, slik at det kanskje kan bli mindre utagering og at de får en bedre hverdag.

Vi vil lære oss å møte personer med demens hvor vi kan skape gjensidig tillit, respekt og bygge gode relasjoner. Vi vil få mer kunnskap om hvordan sykepleiere kan bedre livskvaliteten ved å legge til rette og håndtere utagerende atferd og ikke minst etiske problemer knyttet til dette på en profesjonell måte.

1.3 Avgrensning av oppgaven.

I oppgaven ønsker vi å ta for oss mennesker som har utviklet demens og som bor på skjermede sykehjemsavdelinger, som er en avdeling med et avgrenset antall beboere og litt høyere bemanning enn en vanlig sykehjemsavdeling. Livskvaliteten for denne gruppen mennesker er sentralt i vår oppgave, også hvordan vi som sykepleiere kan være med på å skape gode dager for de som bor der. Da må vi også se litt på sykepleierens holdninger, etikk og vår rolle i arbeidet. Vi kommer også til å nevne viktigheten med det å ha god tid til hver enkel beboer, og hvor viktig det er å se mennesket bak sykdommen.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten er å få frem hvor viktig det er for sykepleiere å være bevisst på hvordan vi behandler personer med demens og hvordan skape verdifulle og gode dager for beboere ved slike institusjoner. Et viktig formål gjennom planlegging og gjennomføring med denne oppgaven er at vi vil fordype oss i forskning, ideer og nytenkning rundt sykepleie ved skjermede avdelinger. Finne ut hva som skal til for at beboerne skal føle seg verdifulle og få meningsfulle dager.

1.5 Begrepsavklaringer

Skjermet avdeling: Er en sykehjemsavdeling med få beboere (6-8) og et forsvarlig antall ansatte med god kompetanse innen det å jobbe med personer med demens. Det skal være oversiktlig, ha få personer å forholde seg til, få mer individuell behandling enn i vanlig sykehjemsavdelinger og det skal gis mulighet til trygghet, ro og fred (Karoliussen og Smebye,1997).

Beboer/ personer med demens: Vi velger å bruke betegnelsen som beboer og personer i oppgaven vår. Beboer fordi det blir brukt på sykehjem for dem som bor der enten for en korttids eller langtidsperiode. Personer blir brukt, fordi det ikke er lov å sette mennesker som har utviklet demens i en egen kategori og kalle dem ”de demente”.

Demens: Ifølge Engedal og Haugen (1996): Er demens en sykdom som svekker mental kapasitet og svikt i de psykologiske prosessene som læring, språk, tenkning og hukommelse. Den er kronisk, kan ikke behandles og forverres over tid (Hummelvoll, 2010).

Livskvalitet: Enkeltmenneskets opplevelse for de grunnleggende behovene og for å ha det godt (Jakobsen, 2006).

Sykepleier: Er et menneske som alle andre, hovedforskjellen er at de innehar spesialiserte kunnskaper som tar sikte på å hjelpe andre mennesker. De skal forebygge og finne mening i sykdom, gjenvinne helse og opprettholde helsetilstanden (Travelbee, 1999).

1.6 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis har vi i denne oppgaven har vi valgt å gå gjennom relevant litteratur, for å kunne svare på problemstillingen vår.

Videre i oppgaven vil vi presentere den metodiske tilnærmingen opp mot litteraturen, egne erfaringer, forsknings – og fagartikler.

Avslutningsvis vil vi drøfte funnene opp mot teorien og våre synspunkter.

Deretter følger litteraturlisten med kildene vi har henvist til i oppgaven.

2.0 METODE

Vi har bruker en kvalitativ tilnærming til problemstillingen vår. I følge Dalland tar det kvalitative sikte på å få frem nyanserte beskrivelser på temaet fra intervjupersonen (Dalland, 2008).

”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 (Dalland 2008:83)”.

Det er to typer metoder; kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode er tall, resultatet av dette blir fremstilt i grafer, tabeller eller statistisk framstilling. Tar sikte på å undersøke flest mulig forekomster. Kvalitativ metode undersøker færre forekomster og undersøker disse grundig. Her får man masse opplysninger om en eller få undersøkelsesenheter. Her kan det fanges opp meninger og opplevelser og disse kan ikke måles eller tallfestes. Denne metoden

bidrar til å forstå samfunnet vi lever i bedre og hvordan grupper, institusjoner og enkeltmennesker handler og samhandler (Dalland, 2008).

2.1 Intervjustudium som metode

For å besvare problemstillingen har vi valgt å benytte oss av intervju som metode i vår oppgave. Ifølge Dalland tar det kvalitative sikte på å få frem nyanserte beskrivelser på temaet fra intervjupersonen (Dalland, 2008). Den kvalitative orienterte metoden tar også sikte på en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan institusjoner, grupper, enkeltmennesker handler og samhandler (Dalland, s 85). Vi har en forståelse av begrepet livskvalitet og hva dette innebærer. Gjennom både intervju, egne erfaringer, litteratur og artikler, ønsker vi å gå mer i dybden for å undersøke problemstillingen vår.

2.2 Intervjuet

Vi ønsket å gjøre et intervju med en leder på en skjermet enhet som hadde kompetanse på det å jobbe med personer med demens. Vi mener ved hjelp av et slikt intervju, kunne få svar på det vi lurte på i forbindelse med vår problemstilling. Problemstillingen vår er: ***"Hvordan kan vi som sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens, på en skjermet sykehjemsavdeling?"***.

Først kontaktet vi undersøkelsesfeltet ved å ta en telefon til avdelingen vi ville undersøke nærmere. Her pratet vi med sonelederen og forklarte hva vi var ute etter og om de var interessert i å stille til intervju, det var de. Vi hadde hatt kontakt med veilederen vår, og fått godkjent intervju som metode. Så avtalte vi tidspunkt for intervjuet.

Da vi kom til avdelingen spurte vi om det var greit at vi tok opp intervjuet på taleopptaker med forsikring om at det bare var oss som ville bruke det og at det ville bli slettet umiddelbart etter at taleopptaket var omgjort til tekst. Vi hadde 8 åpne spørsmål med flere oppfølgingsspørsmål, dette for at informanten kunne svare på ting vi ikke hadde stilt på forhånd, men som vi antok kunne være relevant for vår problemstilling.

Når vi kom til avdelingen ble vi møtt av informanten, som virket imøtekommende og klar for intervjuet. Vi ble vist til et kontor hvor vi satt ved et bord med informanten foran oss. Vi presenterte oss, og pratet litt først løst og fast om andre ting som ikke hadde med intervjuet å gjøre. Så startet intervjuet og vi fikk klare, utfyllende og konsise svar på det vi lurte på.

Vi så og hørte fort at informanten vår satt inne med masse kompetanse og at svarene vi fikk var informative. Denne personen ”brant” virkelig for sine beboere. Siden vi var to personer som intervjuet ble samtalen dypere og det ble utvekslet erfaringer. Da vi dro derifra, følte vi at vi hadde fått gode svar på det vi lurte på.

Når vi hadde renskrevet intervjumaterialet, leste vi igjennom det flere ganger. Vi diskuterte oss frem til essensen og funnene vi hadde gjort i intervjuet. Funnene belyste flere sentrale momenter i teorien vår om emnet. De gav oss en bekreftelse på at informantens teorikunnskap legger grunnlaget for praksis. Intervjumaterialet har i oppgaven vår bidratt til å gi oss svar på problemstillingen.

2.3 Etiske overveielser

Etiske overveielser innebærer ivaretagelse av personvernet. Dette blir ivaretatt igjennom anonymisering og taushetsplikt. Dalland (2008) beskriver at forskning ikke skal gå på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd.

I forberedelsesprosessen av intervjuet fikk vi tillatelse til innhenting av data i det praksisfeltet vi skulle gjøre undersøkelser på, både fra ledelsen og fra personen som ble intervjuet.

Informert frivillig samtykke gir oss en bekreftelse på at informanten er med på undersøkelsen på et fritt og selvstendig grunnlag. Informanten fikk muntlig informasjon om retten til å trekke seg fra deltakelsen i undersøkelsen når som helst i prosessen, uten at dette ville ha negative konsekvenser for informanten. I bearbeidelsen av intervjumaterialet har vi bevart personvernet og taushetsplikten, derfor har vi valgt ikke å legge med intervjumaterialet (Dalland, 2008).

2.4 Presentasjon av litteratur

Vi har valgt Joyce Travelbees menneskesyn i oppgaven vår, vi kommer også til å bruke litt av Tom Kitwoods syn på demensomsorgen. Menneskesynet omhandler hvordan sykepleierens mål og hensikt bare kan nås ved å etablere et godt menneske – til – menneske forhold. Det er et viktig mål slik at man får gitt beboerne et best mulig utgangspunkt for en god livskvalitet. Dallands bok ”Metode og oppgaveskriving for studenter” er brukt som referanse i vårt metodekapittel. Tom Kitwoods bok ”En revurdering af demenspersonen kommer i første rekke” har vi brukt mye i teoridelen for å vise det å være nyskapende i synet med personer med demens, at de skal være i sentrum.

Rustøens bok ”livskvalitet, en sykepleieutfordring har vi brukt for å skrive om livskvaliteten til personer med demens. Til slutt har vi brukt Brinchmanns ”Etikk i sykepleien”, hvor vi

beskriver de etiske rammene. Denne litteraturen har god kvalitet fordi forfatterne er anerkjente innenfor sine områder.

2.5 Forskning på området og kildesøk

I oppgaven viser vi til ulike forskningsartikler som underbygger teorien med drøfting. Vi har brukt forskjellige søkemotorer som BIBSYS, PubMed, helsebiblioteket, ProQuest og Sykepleien.no. Vi har brukt norske søkeord som livskvalitet, skjermet/lukket sykehjemsavdeling/enhet, personer med demens, kommunikasjon, etikk og sykepleierens utfordringer. Vi har brukt engelske ord som Quality of life, quality of life among persons with dementia in nursing homes, welfare among persons with dementia in nursing home, milieu therapy among persons with dementia in nursing home.

Med disse ordene fant vi artikler som var relevant for oss, fordi disse inneholdt teori som kunne hjelpe oss å besvare vår problemstilling. I drøftingsdelen presenteres de artiklene vi fant som var relevant for vår problemstilling.

2.6 Vitenskapelig redegjørelse

Vitenskapen bygger på ulike oppfatninger av hva som er gyldig kunnskap. Hva vi som mennesker opplever som interessant er individuelt. Ved å forstå forskjellige fenomener som handler om mennesker, må man undersøke hva mennesket selv har en opplevelse av. En subjektiv målbar, ikke bare det objektive man kan observere av et fenomen. Vi har valgt å skrive oppgaven ut fra et hermeneutisk perspektiv (Dalland, 2008). Vi ønsker å få enda bedre forståelse for hvordan vi som sykepleiere, kan bedre livskvaliteten til personer med demens ved en skjermet sykehjemsavdeling. Ifølge Dalland, handler hermeneutikk om å forstå og tolke menneskets eksistens, og at denne tilnærmingen er viktig innen forberedelse av arbeid med andre mennesker. Fortolkning er et forsøk på å finne ut av eller gi mening til det uklare og det vi søker svar på. For å kunne behandle menneskekroppen, er kunnskap om menneskers fysiske dimensjoner viktig. Forståelsen av dette forekommer igjennom en hermeneutisk forståelse gjennom de humanistiske og samfunnsorienterte vitenskapene.

”Vi må se mennesket som en enhet som er satt sammen av flere deler av opplevelse. Disse delene knyttes sammen av et felles innhold til en helhet, og utgjør en opplevelse eller en erfaring gjennom et livsløp” (Dalland, 2008:57).

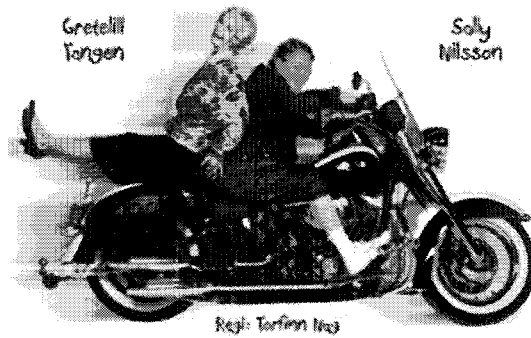
Postholm skriver i boken sin om Kvalitativ Metode, at ved bruk av fenomenologiske studier er intervju den eneste datainnsamlingsstrategien som kan brukes. Vi vil ta utgangspunkt i spørsmål som skal ha fokus på livskvalitet og hvordan vi som sykepleiere best kan legge til rette for dette, for pasienter med demens ved en skjermet sykehjemsavdeling.

Fenomenologisk forskning fokuserer på individet og har som mål å gripe enkeltmenneskets opplevelse, dette vil vi prøve å få frem i intervjuet. Vi har selv også tanker omkring livskvalitet demens og skjermet sykehjemsavdeling ut fra hva vi har sett og lest. Fra dette vil vi forske og diskutere det opp mot litteratur og forskning som er gjort på disse områdene (Postholm, 2010).

2.7 Kildekritikk

Kildekritikken viser at man er i stand til å forholde seg kritisk til de kildene man bruker i oppgaven (Dalland, 2008).

Litteraturen og forskningsartiklene vi har funnet viser en klar endring i tilnærming og en klar interesse for personer med demens og deres livskvalitet i sykehjem, i forhold til det vi tidligere har erfaring med. Det vi har funnet er av stor relevans for vår problemstilling, og det kom klart frem hva informanten mente om det vi spurte om. Vi valgte kun en informant for vårt intervju. Resultatet vi fikk var vi fornøyd med, og mener at materialet har gitt oss en god del svar på problemstillingen vår. Vi innser at informasjon vi har fått baserer seg på en persons meninger. Hadde vi snakket med andre eller med flere personer, kunne vi fått et annet resultat.



(Stavanger.kommune.no)

3.0 TEORI

I dette kapitlet vil vi presentere sykepleieteoretikerne Joyce Travelbee og Tom Kitwood, teori om livskvalitet, kommunikasjon, etikk, lovverk. Vi vil også skrive litt om Marte Meo-metode, som er en metode som blir brukt for å forstå personer med demens og deres kommunikasjonsform. Så vil vi skrive litt om sykepleiefaglige utfordringer og kommunale sykehjem.

3.1 Sykepleieteori – Joyce Travelbee

Joyce Travelbees (1926-1973) filosofi og sykepleietenking har stor innflytelse for norsk sykepleieutdanning. Eksistensialistisk filosofi og humanistisk psykologi er hennes inspirasjonskilde. Hun ser på mennesker som unike individ, og mener at hvert enkelt menneske er enestående og uerstattelig. Å etablere et menneske-til-menneske-forhold er ifølge Travelbee en sykepleiers mål og hensikt, kan kun etableres mellom mennesker ikke mellom roller. Derfor er det viktig at pasienten og sykepleieren ser forbi sine roller og heller ”ser” og forholder seg til hverandre som unike personer. For at dette skal fungere må man ifølge Travelbee gjennom interaksjonsprosessen, denne har flere faser.

Det innledende møte kjennetegnes ved at de ikke kjenner hverandre. Her dannes førsteinntrykket av hverandre som personer. Sykepleieren danner sine oppfatninger om pasienten, pasienten gjør det samme om sykepleieren. Førsteintrykket vil være basert på væremåte, observasjoner, handlinger og språk.

Ut av den empatiske prosessen får vi sympati, vi ønsker å hjelpe pasienten. Mens empati er en nøytral følelse som ikke er knyttet til handling.

Den siste fasen i menneske-til-menneske-forhold skapes en gjensidig og nær forståelse mellom pasient og sykepleier. Det som har skjedd i interaksjonene i de tidligere fasene er et

resultat av dette. At sykepleieren viser forståelse og har et ønske om å hjelpe pasienten, skaper tillit.

Travelbee mener at sykepleierens viktigste redskap er kommunikasjon når man skal etablere et menneske-til-menneske-forhold. Når det skal formidles tanker og følelser til hverandre, må vi bruke kommunikasjon.

Kommunikasjon kan være verbal og non-verbal. Dette viser pasienten og sykepleieren gjennom atferd, holdninger, bevegelser, utseende og ansiktsuttrykk. Denne kommunikasjon kan være bevisst og ubevisst.

For å vite hva som blir kommunisert må sykepleieren ha evner og ferdigheter, slik at kommunikasjonsprosessen blir brukt målrettet. Med dette menes at hun må kunne samhandle og kommunisere for å få oppfylt målet og hensikten med sykepleien. Sykepleieren må ta i bruk teknikker, slik at hun kan forstå og utforske det pasienten kommuniserer.

Kjennetegn på en profesjonell sykepleier er ifølge Travelbee, en som kan bruke seg selv terapeutisk. Det vil si å bruke sin egen personlighet i samhandling med pasienten på en bevisst og hensiktsmessig måte. Med dette fremmes en ønsket forandring hos pasienten, og den er terapeutisk når den reduserer eller lindrer plagene hans. Hvis man skal bruke seg selv terapeutisk må man være oppmerksom på hvordan ens egen atferd virker inn på andre mennesker. Enn må ha selvinnsett og selvforståelse, forstå andre menneskers atferd og ikke minst evnen til å forutse sin egen og andres atferd (Travelbee, 1999).

Travelbee mener at håpet er det som gjør pasienten i stand til å mestre vonde og vanskelige situasjoner, at det gir energi til å overvinne hindringer de møter.

3.2 Tom Kitwoods teori

Synet på demensomsorgen

I en årrekke har Tom Kitwood jobbet mot en ny kultur innenfor demensomsorgen, og mange av hans budskap er forskningsbasert. Hans interesse har blant annet å være nyskapende i synet med personer med demens. Tom Kitwood var særlig opptatt av å ha personer med demens i sentrum. Han mener hele rammen rundt mennesket har noe å si i forhold til selve utviklingen av demens (Kitwood, 1999).

Personsentrert omsorg

Tom Kitwood ser ikke bare på sykdommen demens som et lineært resultat av en nevropatologisk prosess, han mener gitte faktorer som personlighet, livshistorie og den nevrologiske modenhet har en sammenheng. Dette igjen har påvirkning den fysiske helsen og

det sosiale psykologiske miljø (Kitwood, 1999). Etter å ha forsket og fått egen erfaring med personer med demens, ble han mer involvert i detaljene rundt selve pleien. Han tok ideer og praksistyper fra psykoterapeutisk arbeid, der hovedvekten var kommunikasjon og direkte (autentisk) kontakt.

Det Kitwood fant ut, var at den praktiske omsorgen var bra, men ikke god nok. Han var sikker på at det fantes andre muligheter for å forbedre trivselen og troverdigheten (Kitwood, 1999). Sammen med kollegaen Kathleen Breding forsket de på dette, og det førte til dannelsen av Bradford Dementia Group, der det sentrale formål var utviklingen av personorientert pleie. En av Kitwoods og Bredins nyskapende ide, var en metode som gikk ut på å evaluere pleiens kvalitet overfor personer med demens i en bestemt sammenheng, som de kalte Dementia Care Mapping (DCM). Den gikk ut på å sette seg inn i personer med demens sitt ståsted, ved å anvende en kombinasjon av empati og observasjonsteknikker (Kitwood, 1999). Etter hans mening påviser han grunn til å være skeptisk over for en liten biomedisinsk forståelse av demenssykdom, og gir sitt budskap for hva som bør gjøres for mer forståelse rundt dette. Han mener blant annet å etablere et teoretisk rammeverk som kan støtte en ny innfalsvinkel til det praktiske omsorgsarbeidet omkring demens (Kitwood, 1999)



(Sykepleien.no)

3.3 Livskvalitet

For at livene våre skal betegnes som gode, hvilke verdier, egenskaper eller karakterer vil bety mest? Enkeltindividets bevisste kognitive, positive og negative og følelsesmessige opplevelser blir definert som livskvalitet (Næss 1986 og Mastekaasa m.fl 1988). Individets vurderinger, forskjellige sider av livssituasjonen, tilfredshet eller utilfredshet med livet generelt, vil være det kognitive aspektet. Det følelsesmessige aspekt har både emosjonelle positive eller negative reaksjoner. Det kognitive og det følelsesmessige påvirkes i stor grad av hverandre, det finnes ingen klare skiller mellom dem (Rustøen, 1991).

Livskvalitet er et subjektivt fenomen, det vil si at det er enkeltindividet som selv gir uttrykk for livskvaliteten. Det viser seg at en pasient kan ha ulik oppfatning av sin livskvalitet i en situasjon, i forhold til helsepersonell og pårørende (Foss & Ellefsen, 2005).

Under livskvalitetsforskning, har det blitt brukt ulike spørreskjema for å kartlegge livskvaliteten. Det vil si at det tradisjonelt sett har vært kvantitativ. Det anbefales å kartlegge forskjellige grader av livskvalitet, som sykdomsspesifikk, helserelatert og globalt for å få et best mulig helhetlig bilde av livskvaliteten (Foss& Ellefsen, 2005).

Selv om livskvalitetsforskningen har brukt standardiserte skjemaer som tradisjon, er det i følge Foss & Ellefsen et faktum at det er behov for mere forskning innen kvalitativ forskning(Foss & Ellefsen, 2005).

Livskvalitet i eldreomsorgen

Når vi er syke eller føler oss truet, blir livskvaliteten et viktig begrep. Vi blir kanskje mer klar over hva vi kan miste og hvor verdifullt livet faktisk er. Næss hevder at livskvalitet er menneskets opplevelse av det gode og det dårlige som avgjør om hva som gir livet verdi. Vi som sykepleiere har en stor utfordring når det gjelder pasientens livskvalitet. Vi må huske at det er pasienten som kjenner seg selv og sin situasjon best. Derfor er det viktig å fokusere på pasientens subjektive opplevelse i forhold til livskvalitet, da vil det være lettere å ta hensyn til hva som er viktig for pasienten (Rustøen, 1991).

Helse –og omsorgsdepartementet definerer livskvalitet som:

”Det er enighet om at livskvalitet må betraktes som en subjektiv opplevelse. Livskvalitet kan sammenlignes med smerte. Smerte kan kun evalueres ved å spørre pasienten som har smerten, om hvor stor den er, og hvor den er lokalisert.

Ved at livskvalitet er definert som en subjektiv opplevelse, følger det også at opplevelsen ikke er direkte observerbar.

For den enkelte pasient vil sykdommens innvirkning på livskvaliteten variere, samtidig som evnen til å mestre livet og den sosiale støtte variere.

Disse og mange andre faktorer illustrerer behovet for individualisert behandling, pleie og omsorg for å oppnå best mulig livskvalitet for pasienten og familien”.

(Helse –og sosialdepartementet. NOU: 1999).

Kvaliteten i eldreomsorgen er stadig et sentralt tema, der det diskuteres og presenteres forskjellige tilnærminger for de eldres behov og kvalitet. De eldre skal sikres kvalitet innenfor de helsetjenestene og de tilbudene de får. I Norge finnes det en statlig kvalitetsforskrift, uavhengig av om de eldre mottar tilbud på institusjon eller hjemme.(Bergland & Moser, 2013). De eldres situasjon og behov skal ivaretas som for blant annet trygghet, gode relasjoner, nødvendig behandling av helseproblemet, et godt hjemmemiljø, et bredt utvalg av aktiviteter som passer den enkelte, fremmer trivsel og reduserer kjedsomhet. Det er et faktum at dette er viktig for de eldre, også personer med demens (Bergland & Moser, 2013).

En metode som er brukt innenfor kvalitetsarbeid i demensomsorgen i sykehjem, er Marte Meo-metoden. Denne inngår i å arbeide innenfor terapeutiske situasjoner med kommunikasjon og samhandling, og den er spesielt blitt brukt i de nordiske land innenfor demensomsorgen. Betegnelsen for Marte Meo kommer fra det latinske «mars martis», som betyr «av egen kraft». Marte meo- metodikk inngår i å bruke video som metode, og i følge Bergland & Moser er dette en form for videostøtteveiledning. Metoden har fokusert på pasientene sine egne initiativ og handlekraft. Denne metoden er også bra for hjelperen, da hensikten er at de skal se og bygge på de positive kreftene, og at det også skal være rom for forandring innenfor samhandlingen (Bergland & Moser, 2013).

Gjennom et samarbeid av forskning og praksis på et sykehjem der Marte Meo- metoden ble brukt, gikk den ut på å artikulere og dokumentere behandlingskulturer. Sykehjemmet der forskningsprosjektet ble gjort, bruker aktiv miljøterapeutisk metoder og tiltak og har en bred tilnærming til demensomsorgen. Det ble gjennom Marte Meo- metoden brukt en enkel problemstilling og ett spesifikt «Case», målet var at de etter denne metoden kunne diskutere kvaliteten, og hvor bra denne type metode er for demensomsorgen. Denne metoden brukes som et verktøy for et bedre motorisk og systematisk arbeid med samhandling og tilrettelegging, som igjen skal hindre tilleggsproblematikk og forebygge utfordrende adferd og aggressivitet (Bergland & Moser, 2013). Personalet vil med Marte Mao- metoden få en veiledning i analysen for sitt eget arbeid, slik at de sammen kan gå mot gode rutiner, og måter som blir gjenkjennelige og trygge for pasienten. I forkant av denne metoden må det innhentes tillatelse til filming og bruk av pasientens livshistorie fra pårørende, og personalet må gjennomgå et instruksjonsprogram (Bergland & Moser, 2013).

3.4 Demens

Ifølge Engedal og Haugen (1996):

”En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som språkevne, læring, hukommelse og tenkning. Sykdommen er kronisk, kan ikke kureres og forverres ofte over tid” (s.15) (Hummelvoll, 2010)

Demens i Norge var det i 2010 omtrent sekstifem tusen personer med demens, og det viser seg at det rammer hyppigst eldre over sekstifem til sytti år. Sykdommen vil øke betraktelig, som følge av at antall eldre i befolkningen øker. Demens er en risikofaktor forbundet med høy alder, og i forbindelse med at kvinner lever lengre, er forekomsten størst blant dem. Prosentvis er forekomsten av demens ca 6 % fra syttifem til syttini år, og 30 % fra nitti år og oppover (Eurodem- undersøkelsen . Engedal og Haugen 1996:7). Kunnskapen om demens øker med tiden, det inngår i få økende kunnskap om årsaksforståelse, demenstyper og medisiner som kan reduser symptomutviklingen. For at man skal kunne finne konkrete tiltak rettet opp mot den enkelte personen med demens, er utredning av demensdiagnosen viktig. I forhold til utredningen blir det brukt et skjema som inneholder omfattende demenskriterier, ICD 10 skjema som blir brukt under utredningen av demenssykdommen.

Selve utredningen av diagnostikk av demenssykdommen, blir utført av et tverrfaglig team sammensatt av, sykepleiere, leger, psykologer og ergoterapeuter (Hummelvoll 2012).

3.5 Kommunikasjon med personer med demens

Personer med en mild form for demens kan man gjøre seg god nytte av realitetsorientering, det er fordi tenkeevnen er relativt godt intakt og personer ønsker selv å holde seg orientert. Man kan stille noen konkrete spørsmål for å utfordre hukommelsen. Hvis en person har en alvorlig grad av demens, vil realitetsorientering oppleves som total overkjøring (Hummelvoll, 2010).

En annen kommunikasjonsmetode kan være reminisens, det vil si fremkalle minner. Denne er fin å bruke i gruppesamlinger på dagsenter eller institusjon. Her er det viktig at man kjenner personens tidligere liv, begynne med å snakke om minner han vil kjenne igjen. Bruke gjenstander som for eksempel gamle melkeflasker, vaskebrett, håndvisp og så videre. Til slutt skal man orientere om her og nå og hvordan disse redskapene ser ut i dag. Arbeidet med minner skal gjøre slik at personen med demens, får tillitt til sammenheng mellom hendelser i livet og følelsen av å høre sammen med andre styrkes (jf. Eggen et al. 2003).

Når utviklingen av demens er av moderat/alvorlig grad, bør kommunikasjonen være forklarende, støttende og trøstende. Grunnen til det er at personen med demens opplever følelser og stemninger sterkest og realiteter får mindre betydning.

Naomi Feil, har utviklet en kommunikasjonsteori for desorienterte gamle kalt validering (Feil 1982). Metoden erstatter den sviktende logiske tenkningen ved at man stimulerer hukommelsen for følelser. Å drøfte realiteter unngås, prøv heller å "se" den demente personen ved å spørre etter følelser som tap, savn og lengsel (Hummelvoll, 2010).

Ved frontallappsdemens; må man bruke en helt annen kommunikasjon. Man skal være fast, sette grenser for atferd, gi klar beskjed om hvilke handlinger som skal utføres. Ikke gi for mange valg, ofte må personen med demens skjermes i et sykehjemsmiljø på grunn av store romflater og mange mennesker. Denne type demens er en utfordring for de ansatte ved et sykehjem, de er trent til å være trøstende og støttende (jf. Engedal og Haugen 1996, s. 68) (Hummelvoll, 2010).

Når kognisjonen er svekket innebærer dette svikt i persepsjon, forståelse, oppmerksomhet og korttids –og langtidshukommelsen og verbal –og nonverbal kommunikasjon (Norberg, 2001).

Når man skal kommunisere med eldre benyttes ulike metoder, helperens interesse, empati, kunnskap, omsorg og respekt er det viktigste for å få god kontakt og kommunikasjon går godt (jf. Heap 2002) (Eide og Eide, 2008).

Vi som sykepleiere må være bevisst vårt kroppsspråk og væremåte, for dette viser en nonverbal uttrykksform, her avsløres spontane reaksjoner og noen reaksjoner kan være ubevisste for oss selv. Kikke ofte på klokken kan signalisere dårlig tid, en bekymret rynke, et spontant smil, dette formidler noe til den demente mange ganger tydeligere og mer direkte enn mange ord. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal, den er et responderende språk. Den forteller noe om dialogen og relasjonen mellom partene. Helperens nonverbale kommunikasjon er viktig fordi vi sender signaler på om vi er innstilt på å lytte og hjelpe, dette er igjen viktig for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt.

Nonverbal kommunikasjon vil bidra til å bygge opp trygghet, motivasjon og tillitt, dette gjelder uansett hvilke pasienter vi har med å gjøre (Eide og Eide, 2008).

3.6 Kommunale sykehjem i nåtidens samfunn

Gjennom endringer i kommunehelsetjenesteloven (ot.prp. 48 (1985-86) ble det i januar 1988 gjort om slik at sykehjem ble en kommunal institusjon. Sykehjemmene skulle være en bolig, en pleie –og omsorgsinstitusjon og behandling sinstitusjon. Og på grunn av dette ble ordet pasient byttet ut med ”beboer/bruker” (Hauge, 2010).

I handlingsplanen for eldreomsorgen (St.Mld 50 (1996-97) kom det frem at sykehjemmet skulle være et hjem hvor beboerne har mulighet for litt privatliv. Det ble lagt vekt på at alle skulle ha enerom, og ifølge kvalitetsforskriftene som kom første gang i 1997, ble fokuset rettet mot at beboerne skulle ha medbestemmelsesrett, kontroll over egen livssituasjon i sykehjemmet og rett til privatliv. Når beboeren flyttet til sykehjemmet, skulle han kunne fortsette stort sett å leve slik han var vant til i sitt eget hjem (Hauge, 2010).

Faktorer som spilte inn når en beboer skulle flytte inn på et sykehjem, var at de kunne ha kontakt med helsepersonalet hele døgnet. Siden personalet ville være der hele døgnet, ble engstelsen for å være ensom og utrygg borte (Hauge, 2010).

*Ett er nødvendig
Ett er nødvendig- her
i denne vår vanskelige verden
av husville og heimløse:
Å ta bolig i seg selv
Gå inn i mørket
og pusse sotet av lampen
Slik at mennesker på veiene
kan skimte lys
i dine bebodde øyne.
- Hans Børli (1995:267)*

3.7 Sykepleiefaglige utfordringer

At den gamle får dekket sine grunnleggende behov er en viktig del av sykepleietilbudet. Vi må være oppmerksom på at det ikke bare er de fysiske behovene som mat, drikke, hjelp til personlig hygiene, toalettbesøk og påkledning som blir dekket. Det er vel så viktig og kanskje mer viktig at den sosiale kontakten, positivt selvbilde og anerkjennelse blir vektlagt (Hauge, 2008).

I flere rapporter gjort av helsetilsynet, kommer det frem at kvaliteten på pleietilbudet var godt nok, men at meningsfulle sosiale og fysiske aktiviteter er for dårlige (Helsetilsynet, 2003).

Det er viktig at den fysiske og sosiale aktiviteten opprettholdes, det fører til at man kan forebygge funksjonssvikt og bedre livskvaliteten hos gamle mennesker (Hauge, 2008).

I artikkelen ”Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass?”, kom det frem at de sykepleiefaglige utfordringene ikke ligger hos beboerne. De mente at å jobbe med eldre mennesker med et variert og komplekst sykdomsbilde, har en stor faglig utfordring. Det å ha kontinuitet i relasjonen med beboerne og pårørende, bidrar det til å gi en best mulig livssituasjon for beboerne. Det som var mest utfordrende var arbeidsmengden, det er som regel få sykepleiere som fører til at kvaliteten på omsorgen ikke blir tilfredsstillende. Fagmiljøet er begrenset, man er alene med ansvaret for for mange beboere og kanskje flere avdelinger. Dette vil igjen påføre de andre ansatte i avdelingen ekstra arbeidsoppgaver, sykepleierne føler at de ikke strekker til. I artikkelen kom det også frem at forventningene fra kollegaene om å delta i alle praktiske gjøremål var veldig fremtredende, de forventet at sykepleierne skulle delta på lik linje som dem. For sykepleierne kom dette i tillegg til administrering av medisiner, sårstell, vurdering av pasienter, skrive pleieplaner, fylle dosetter

og ellers utføre andre sykepleieoppgaver. Dette førte til at de fikk for liten tid til å utføre oppgaver som krevde sykepleiekompetanse. Så vi ser at det er store sykepleiefaglige utfordringer i dette yrke (Bergland, Å, m.fl, 2010).



(Utviklings –og kompetanseetaten.oslo.kommune.no)

3.8 De fire prinsipper – Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet

Det står i sykepleierens yrkesetiske retningslinjer at:

”Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket”
(nsf.no).

I de yrkesetiske retningslinjer for sykepleier viser det seg at sykepleieren har et etnisk ansvar i forhold til ansvar og omsorg til pasienter. Sykepleier må blant annet yte god omsorg, vise respekt og yte rettferdig behandling til hver enkel pasient (Brinchmann, 2008).

12. november 2010 ble det fastsatt en forskrift om en verdig eldreomsorg, en verdighetsgaranti og den trådte i kraft 1. januar 2011. Den går ut på at eldreomsorgen skal tilrettelegges slik at alderdommen blir trygg, verdig og meningsfull (Helse –og omsorgsdepartementet, 2011).

I kvalitetsforskriften innen pleie –og omsorgstjenesten kommer det frem at:

”Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie –og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel” (Helse –og omsorgsdepartementet, 2003).

3.9 Pårørendes rett til informasjon og medvirkning

Som en sentral gruppe brukere av institusjonens tjenester, må også pårørende medregnes. Pårørende skal føle seg tilstrekkelig ivaretatt, samtidig som en god institusjon skal ha kjennskap til pårørendes situasjon. I følge Garsjø, er gode institusjoner tilgjengelig, imøtekommende, har gode tilbakemeldingsordninger og sørger for høyt informasjonsnivå, samtidig som man må ivareta pårørendes behov. Nøkkelordet viser seg å være god nok informasjon og kommunikasjon til de pårørende(Garsjø, 2008).

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil vi drøfte det vi har skrevet om i teoridelen. Vi vil først ta for oss Travelbees og Kitwoods syn på livskvalitet knyttet opp mot problemstillingen. Deretter vil vi ta for oss kommunikasjon, etikk og etiske utfordringer. Vi vil ta utgangspunkt i de fire prinsippene velgjørenhet, ikke skade, autonomi, rettferdighet og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Forskningsartikler, fagartikler og annen litteratur utenom pensum vil bli brukt som eksempler i drøftingen opp mot intervjuet. Intervjuet ble gjort for at vi skulle innhente mer kunnskap rundt problemstillingen vår. Med dette vil vi svare på problemstillingen vår:

”Hvordan kan vi som sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens ved en lukket sykehjemsavdeling ?”

I dag foreligger det en rekke definisjoner som bruker forskjellige begreper på hva livskvalitet er. I følge Foss & Ellefsen, varierer begrepene alt i fra, lykke, tilfredshet, selvrealisering, mening med livet og subjektiv velvære. Definisjonene varierer i omfang, alt i fra å definere livskvalitet som en tilfredshet med livet i sin helhet, til WHO sin beskrivelse som definerer en mer omfattende beskrivelse på individets verdisystem og kontekst (Foss & Ellefsen, 2005).

WHO(WHOQOL Group 1993):

“...an individual's perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, values and concerns.... Incorporating in a complex way the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships, personal beliefs and their relationship to salient features of the environment... Quality of life refers to a subjective evaluation which is embedded in a cultural social and environmental context... quality of life cannot simply be equated with the terms «health status», «life satisfaction», «mental state» or «well-being». Rather it is a multidimensional concept” (Foss&Ellefsen, 2005).

I forskningsartikkelen ”Betydningen av sansehage og terapeutiske hagebruk for personer med demens” (Kirkevold, 2012) kommer det frem at opprettholdelse av god livskvalitet er viktig i demensomsorgen. Ved miljøbehandling vektlegges også relasjoner og terapeutiske prosesser innenfor pasientens miljø. I følge artikkelen er målsetningen for miljøbehandling å øke livskvaliteten, velvære og trivselen. I de senere år er det et miljøtiltak som har fått økende oppmerksomhet, det er sansehager for personer med demens(sykepleien.no).

I følge intervjuobjektet legger sykehjemmet der hun jobber veldig stor vekt på at enkeltindividene som bor der skal få hver sin oppfølging og få dekket sine unike behov. Ut fra det, tolker vi det slik gjennom både pensum, forskrifter og forskningsartikler at det i den senere tid blir fokusert mer på personer med demens og deres livskvalitet.

Som ut i fra forskningsartikkelen fra ProQuest, ”Agreeableness and Activity Engagement in Nursing Home Residents with Dementia” (Hill, 2010), der de fant ut etter en undersøkelse at det var en hyppig mangel på engasjement i sosiale og fritidsaktiviteter blant personer med demens på sykehjem. Etter en internasjonal studie, som gikk ut på å måle engasjement blant nesten fire hundre tusen beboere på sykehjem i fra fem forskjellige land, kom de frem til at beboere med kognitiv svikt var minst aktiv. Ut i fra det kom det også frem en rekke faktorer som hadde betydning, blant annet kognitivt svekket funksjon av beboerne og kvaliteten av aktivitets programmet. Nedsatt kognitiv funksjon er knyttet til redusert sosial interesse og deltakelse i aktiviteter. Et viktig tiltak til beboere som bor på sykehjem er aktivitet. Å delta på meningsfulle aktiviteter, er et viktig bidrag til livskvaliteten blant beboere på sykehjem. For personer med demens, blir både fysisk og psykisk helse påvirket av aktivitet.

For å få til meningsfulle aktiviteter for et individ, kreves det at man tar hensyn til personlig funksjonsevne og annen relevant opplysning, som livshistorie, nåtidens tilstand, og hva individet liker og misliker. Tilpasset aktivitet til personer med demens, har vist seg å øke deltakelsen på aktivitet, og redusert passivitet (ProQuest).

Vi mener at ved å ha medfølelse og å være opptatt av å yte god personlig omsorg overfor personer med demens, er sykepleierne med på å bedre livskvaliteten for beboerne på sykehjemmet. Ved å følge Travelbee sitt syn på mennesket, der hvert individ er unik, enestående og uerstattelig, er man med på å forsterke beboerne sin følelse av tilhørighet. Hun mener også at sykepleierens mål og hensikt er å etablere et menneske- til – menneske- forhold, og at sykepleierne må kunne se forbi rollene som sykepleier og pasient (Travelbee,1999).

Med å oppfylle beboeren sitt ønske om å bli sett og behandlet med respekt, mener vi at det ikke er urealistisk å bruke Travelbee sine teorier om sympati, empati og kommunikasjon. Med det møter vi beboeren med åpenhet, samtidig som vi tilegner oss kunnskap om deres livshistorie slik at vi kan danne oss et bilde av dem. Det kan være at opp mot dette, hvis vi er mer åpen, imøtekommende, viser empati og sympati overfor personer med demens, vil dette gi grunnlag for trivsel, tilhørighet og bedre livskvalitet på sykehjemmet.

Hvis man går ut i fra Kitwood sitt syn på de fem viktigste psykologiske behov til personer med demens, vil vi nå langt i forhold til å utføre personsentrert omsorg. Vi vil i følge av dette, innhente oss kunnskap om beboeren sin livshistorie og behov. Dette mener vi kan ha betydning for at de skal trives og føle god livskvalitet. Ved å bidra med å utføre personsentrert omsorg for personer med demens, som Kitwood beskriver og brenner for, vil vi tro at man er med på å fokusere individrettet på hver enkelt beboer innen omsorgen (Kitwood, 1999).

Ut ifra intervjuobjektet, er det viktig å bygge på bakgrunnsopplysninger til den enkelte, for å finne ut hvem de er og hvilke behov de har per tiden. Dette har i følge intervjuobjektet noe å si på pleien og omsorgen, den sosiale tilhørigheten, tryggheten, opprettholdelsen av dagliglivet både innenfor og utenfor institusjonen og kontakten med pårørende.

I følge Kitwood, kan personer med demens være spesielt sårbare i forhold til å få tilfredsstilt de psykososiale behovene sine. Siden personer med demens har vanskelig med å ta initiativ selv for å få dekket disse behovene, kan de være vanskelig å få avdekket (Kitwood, 1999). I forhold til personlighet og livshistorie vil behovsmønstret variere, og intensiteten for behov økes ofte med den kognitive fremtreden (Kitwood, 1999). Personer med demens har foruten de vanlige behovene, et altomfattende behov for kjærlighet. I følge Kitwood, kommer det frem fem store behov som møtes og overlapper hverandre sentralt i kjærligheten. De fem viktigste psykologiske behov hos personer med demens er identitet som er når man står overfor kognitiv svekkelse, det er mye man kan gjøre for å opprettholde denne. Han har to forhold som er essensielle, den ene er detaljert kjennskap til hvert enkelt individs livshistorie og den andre er empati. Der er det viktig at vi som hjelpere viser og har empati.

Tilknytning er når man knytter følelsesmessige bånd. Inkludering er noe personer med demens har et sterkt behov for. De viser det i form av oppmerksomhetsfølsom adferd, vandring, klamring eller forskjellige former for protest. Disse behovene er viktig for personer med demens å oppfylle, slik at de klarer å utvide sin plass i gruppens fellesskap. Å bli sysselsatt er naturlig for mennesker, de trenger noe å holde på med, alt fra et prosjekt til et spill. Blir denne sysselsettingen borte, forsvinner deres evner og selvfølelse.

Trøst er veldig fremtredende hos personer med demens, fordi de får en følelse av tap av evner og forandring i en livsform som før har fungert (Kitwood, 1999).

I følge Kitwood kommer det frem at bare gjennom ti år, har metoden for omsorgen for personer med dement gjort store fremskritt. Det finnes nå blant annet bedre metoder til utredning, bedre metoder til å gjennomføre varierte aktiviteter, lage hensiktsmessige innrettede omgivelser og gjennomføre positiv planlegging. Han var også med og utviklet en nyskapende metode, DCM- metoden, som gikk ut på å evaluere pleien til personer med dement gjennom empati og observasjonsteknikker (Kitwood, 1999).

På den ene siden kan man anta at med å bruke observasjonsteknikker kan man tilegne seg noen opplysninger om hva den enkelte beboer har behov for, som for eksempel når de vandrer rundt og er urolig og søker etter en bestemt ting. Men på den andre siden kan det virke som at for at beboerne skal få dekket sitt altomfattende behov opp mot trivsel, er det nødvendig å innhente opplysning fra beboeren sitt tidlige liv også fra pårørende. Vi kan anta at ved å ha medfølelse og å være opptatt av å yte god personlig omsorg overfor personer med demens, er sykepleierne med på å bedre livskvaliteten for beboerne på sykehjemmet.

Noe som kom frem i intervjuet var at de hadde laget hjelpemetoder til hver enkelt beboer, og den var de tro mot i den daglige omsorgen. I følge intervjuobjektet gikk disse ut på at de går inn på hver enkelt beboer og finner ut akkurat hva den enkelte trenger. Det kom også frem at ved å være tro mot hjelpemetoden skapte det trygghet og forutsigbarhet, for personer som begynner å glemme er dette alfa og omega. Noe som også kom også frem i intervjuet var at pårørendekontakt er viktig. Det de gjorde var å sende ut et bakgrunnsopplysningsskjema, som kunne gi viktige opplysninger knyttet opp mot beboeren. Disse ble brukt til å lage individuelle planer til den enkelte beboer.

Ifølge artikkelen "Agreeableness and Activity Engagement in Nursing Home Residents with Dementia" (Hill, 2010) er det gjort flere undersøkelser som viser at ved å ikke engasjere personer med demens i aktivitet, kan det føre til depresjon, adferdsmessige symptomer og funksjonell nedgang. Dermed for å forbeder livskvaliteten og redusere utfordrende adferd knyttet opp mot personer med demens, er det en god ide å bedre engasjementet til aktivitet.

I intervjuet kom det frem et eksempel om en ung beboer som hadde en dobbeltdiagnose med mye utagerende adferd, som trengte veldig mye trygghet. Etter kort tid på avdelingen med miljørettet tiltak ble denne beboeren roligere og fikk en mye bedre hverdag og livskvalitet.

Vi har selv fått erfart fra praksis, at man må lære å kjenne de enkelte beboerne for å kunne yte god omsorg til hver enkelt. Som studenter har vi hatt praksis på to ulike sykehjem med beboere som har demens. Det ene sykehjemmet var veldig opptatt av miljørettet livskvalitet for hver enkelt beboer, mens det andre var ikke så interessert i noe annet en den dagligdagse pleien og matsituasjonen. Vi observerte at ved det sykehjemmet der det var minst miljørettet tiltak, var det flere beboere som var aggressive, engstelige, falt lettere til tårene og hadde flere fallulykker. Mens på det sykehjemmet som de ansatte tilbydde beboerne miljørettet tiltak opp mot hvert enkelt individ, var det mer glede, ro og trivsel blant både personalet og beboerne. Våre tanke rundt akkurat det er, hvorfor er ikke alle sykehjemmene mer engasjert på livskvaliteten til hver enkelt beboer, med for eksempel å bruke miljørettet tiltak. Vi antar at hvis beboerne der hadde fått mer tilrettelagt miljøaktivitet rettet opp mot hver enkelt, hadde de kanskje fått mindre utagerende atferd og en bedre livskvalitet.

Med det var intervjuobjektet veldig påståelig med, at det skulle ytes god omsorg overfor hver beboer. Dette blir gjort ved at de går inn på hver enkelte beboer, og finner ut akkurat hva den personen trenger av hjelp. Det blir da utarbeidet en hjelpemetode, som alle ansatte bruker og

er tro mot i omsorgen opp mot den beboeren den er laget for. Personalet skulle være samspilt og jobbe så likt som mulig overfor beboerne.

Ved å bidra med å utføre personsentrert omsorg for personer med demens, som Kitwood beskriver og brenner for, vil vi tro at man er med på å fokusere individrettet på hver enkelt beboer innen omsorgen. Vi antar at hvis man går ut i fra Kitwood sitt syn på de fem viktigste psykologiske behov til personer med demens, vil vi nå langt i forhold til å utføre personsentrert omsorg. I følge av dette kan man innhente seg kunnskap om beboeren sin livshistorie og behov, som vi kan forstå har betydning for at de skal trives og føle god livskvalitet.

Dette kommer også frem i følge intervjuobjektet der det viktigste er å bygge på bakgrunnsopplysninger til den enkelte, for å finne ut hvem de er og hvilke behov de har per tiden. Dette har i følge henne noe å si på den sykepleie som skal bli utført overfor hvert enkelt individ på sykehjemsavdelingen, som pleien og omsorgen, den sosiale tilhørigheten, tryggheten, opprettholdelsen av dagliglivet både innenfor og utenfor institusjonen og i følge pårørendekontakten.

I følge artikkelen hentet fra sykepleien "Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens" kommer det frem at de viktigste behandlingsprinsippene, er i så stor grad som mulig å bevare pasientens evner og funksjoner. Det er like viktig å fjerne impulsive faktorer i omgivelsen som forårsaker stress og forverrer pasientens funksjon. Et viktig overordnet mål i demensomsorgen, er opprettholdelse av og livskvalitet og i forhold til dette er miljøbehandling sentralt i demensomsorgen(Kirkvold, 2012).

I følge intervjupersonen, er det å bruke primærkontakter også et godt tiltak for personer med demens. Vi antar at ved å bruke primærkontakter på sykehjem, får den ansatte som har den enkelte beboer, en spesiell anledning til å finne den rette måten til å kommunisere med beboeren på.

Med å bruke Travelbees sine teorier om sympati, empati og kommunikasjon, møter vi beboeren med åpenhet og respekt, samtidig som vi tilegner oss kunnskaper om beboeren sin livshistorier. Vi antar at dette er viktige teorier i forhold til å skape gode relasjoner mellom sykepleier og beboer, og at det gir beboeren en følelse av å bli sett.

Travelbee sitt syn på kommunikasjon, er at det er sykepleieren sitt beste redskap, i forhold til menneske- til- menneskeforhold. Det blir også brukt kommunikasjon når det skal formidles tanker og følelser til hverandre, og sykepleier må da ta i bruk forskjellige kommunikasjonsteknikker, både verbal og non- verbal for å gi og forstå den enkelte (Travelbee, 1999).

Vi som sykepleiere må være bevisst vårt kroppsspråk og væremåte, for dette viser en nonverbal uttrykksform, her avsløres spontane reaksjoner og noen reaksjoner kan være ubevisste for oss selv. Kikke ofte på klokken kan signalisere dårlig tid, en bekymret rynke, et spontant smil, dette formidler noe til personer med demens mange ganger tydeligere og mer direkte enn mange ord. En stor del av vår kommunikasjon er nonverbal, den er et responderende språk. Den forteller noe om dialogen og relasjonen mellom partene. Hjelperens nonverbale kommunikasjon er viktig fordi vi sender signaler på om vi er innstilt på å lytte og hjelpe, dette er igjen viktig for at pasienten skal føle seg trygg og ivaretatt. Nonverbal kommunikasjon vil bidra til å bygge opp trygghet, motivasjon og tillitt, dette gjelder uansett hvilke pasienter vi har med å gjøre (Eide og Eide 2008).

Når det gjelder å skape gode relasjoner mellom beboer og sykepleier, antar vi at god kommunikasjon spiller en viktig rolle i den daglige omsorgen rundt personer med demens. For eksempel, ble det ved det ene sykehjemmet brukt reminisens som kommunikasjonsmetode. Dette ble brukt for å kommunisere med en beboer som ikke hadde språk. Det vi så var at beboeren begynte å nikke, og viste glede over at vi kommuniserte rundt en gjenstand han dro kjennskap til fra tidligere i livet. Ved å kjenne til forhistorien til beboerne, samt vet hva de liker og har gjort tidligere, kan man få frem livsglede ved å kommunisere, selv om mottakeren ikke har språk. I følge Kitwood er hovedvekten rundt selve pleien til personer med demens, en kombinasjon av kommunikasjon og personsentrert omsorg.

I intervjuet kom det frem at både det etiske og faglige er veldig viktig for denne avdelingen. Beboerne skal ikke føle seg overkjørt/innesperret, dette er tross alt deres hjem nå. Det er viktig for oss at de får/har det så likt som de er vant til hjemmefra, forteller intervjuobjektet. Om utfordringer de står overfor forteller intervjuobjektet at det ikke bare er utfordringer som slag, spark altså utagerende atferd, men også den psykiske atferden som personalet ikke er emosjonelt klar for. Det å være objektive nok og ikke bli for følelsesmessig engasjert. Hun

nevner at de ikke har et forum de kan reflektere det ut i, men det er de i ferd med å bygge opp sammen med avdelingsleder

I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer står det at sykepleierne skal ta vare på hver enkelt beboers verdighet, integritet, helhetlig sykepleie, medbestemmelsesrett og retten til å ikke bli krenket. Beauchamp og Childress har utviklet fire prinsipper som er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. Disse går ut på at sykepleieren skal gjøre noe godt mot andre, beskytte beboeren mot dårlig omsorg/behandling. Sykepleieren skal også respektere beboerens beslutninger og behandle alle likt (Brinchmann, 2008).

Vi antar at selv om det finnes yrkesetiske retningslinjer, opplevde vi i praksis at det ikke var alle sykepleierne som fulgte disse. Da tenker vi spesielt på integriteten, medbestemmelsesretten og verdigheten til beboerne. Vi opplevde at det var flere beboere som ikke ble tatt med på sosiale sammenkomster og aktiviteter, selv om de uttrykte at de hadde lyst til å være med. Vi vil anta at hvis alle sykepleierne hadde fulgt disse retningslinjene, ville kanskje livskvaliteten til alle beboerne blitt mye bedre.

Å følge kvalitetsforskriften og pasientrettighetsloven i forhold til å ivareta og respektere sykehjemsbeboerens rettigheter, skaper etiske utfordringer. Ved at de ansatte følger egne rutiner og tradisjoner, kan beboerens rett til medbestemmelse komme i skyggen. Det er viktig at sykepleieren har samtaler/møter med personalgruppen, for å sikre at beboerens rettigheter blir ivaretatt og for å skape en god hverdag for hver enkelt beboer (Hauge, 2010). I Hauge står det at når en beboer kommer til sykehjemmet er det viktig at rommet får en hjemlig atmosfære, at han får et privatliv slik at hverdagen blir mest mulig lik det han er vant til. Det å bo så tett på andre mennesker kan være en stor utfordring for enkelte og derfor er det viktig at de har rommene ("hjemmet") sitt å trekke seg tilbake til. Hun mener også at den sosiale kontakten, positivt selvbilde og anerkjennelse må bli vektlagt, dette kan forebygge funksjonssvikt og bedre livskvaliteten hos gamle mennesker (Hauge, 2008).

Helsetilsynet har kommet med flere rapporter hvor det kommer frem at kvaliteten på pleietilbudet er godt nok, mens at meningsfulle sosiale og fysiske aktiviteter er for dårlig (helsetilsynet.no).

I forskningsartikkelen "Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens" kommer det frem at ved å bruke denne type miljøbehandling kan være med på å redusere bruk av psykofarmaka, reduserer urolig adferd, øke trivsel og funksjonsnivå, gi

bedre søvn og unngå alvorlige fallulykker. Ved målrettet bruk av dette kan det ha positiv innvirkning på atferd, trivsel og funksjonsnivå hos personer med demens.

Vi har erfart at bruken av miljørettet tiltak som for eksempel sansehager og musikk, har en positiv innvirkning på personer med demens. Ut ifra dette antar vi at det burde ha vært et krav på en tiltaksplan til alle sykehjem å bruke denne type behandling, for å sikre beboernes livskvalitet.

Det at beboere ved en institusjon har en dårlig helsetilstand, gjør den sykepleiefaglige kompetansen utfordrende. Beboerne trenger en aktiv medisinsk behandling og at de grunnleggende behovene blir dekket. Det skal også være rom for forskjellige aktiviteter både fysisk, sosialt og åndelig for dem som ønsker det. Når en flyttes til et sykehjem, vil det være viktig at rommet får en hjemlig atmosfære, at beboeren får mulighet til å ha et privatliv, slik at han/hun kan følge sine hverdagslige sysler/vaner. Det kan være en utfordring å bo på et sykehjem, siden man bor så tett på hverandre og kanskje har lite til felles. Derfor er det viktig at de har rommene som ser ut som "hjemmet sitt" de kan trekke seg tilbake til og har personalet de kan samtale med når det blir for mye (Hauge, 2008).

Ifølge alle beboerne har de krav på kvalitet og kontinuitet, for å oppnå dette kan det være at den enkelte sykepleier blant annet trenger tilstrekkelig og nødvendig informasjon angående beboeren. Vi antar at hvis den enkelte sykepleier er ansvarlig for å sikre sin egen generell IKT-kompetanse og kunnskap om dokumentasjon, er vi med på å gi en mer kvalitetssikret hverdag til personer med demens.

Eldreomsorgens verdighetsgaranti og kvalitetsforskrifter

Den kommunale pleie –og omsorgstjenesten skal legge til rette slik at eldreomsorgen sikrer den enkelte tjenestemottaker et verdig, meningsfylt liv, så langt det er mulig. Tjenestetilbudet skal gå på respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, livsførsel, egenverd og at det medisinske behovet blir ivaretatt (Helse –og omsorgsdepartementet, 2011).

Beboeren har rett til å bestemme hva som er best for seg selv, men da må han ha nødvendig innsikt og forståelse for sin situasjon på det området beslutningen skal tas. Vi som helsepersonell har plikt til å gi tilstrekkelig informasjon som er tilpasset den enkeltes forutsetninger, dette er nedfelt i pasientrettighetsloven (Kristoffersen og Nordtvedt, 2005).

Som vi har nevnt tidligere, så kom det en handlingsplan for eldreomsorgen (1999-2001) der hovedmålet er å bedre helse –og sosialtjenestens møte med at det blir flere eldre i samfunnet. Så hovedutfordringen for kommunenes pleie –og omsorgstjenester fremover vil være å skaffe fagpersonell og tilstrekkelige midler til å bygge ut tjenestetilbudet innen pleie –og omsorg (Regjeringen, Handlingsplan for eldreomsorgen, 2002).

Målet er kvalitet

I følge Heggdal, er sykepleiedokumentasjon en type redskap som bør brukes for å bedømme kvalitet og virkning av pleie og handling. For å sikre de kvalitetsmål og etiske retningslinjer som er blitt utarbeidet i felleskap mellom leder og ansatte på en helseinstitusjon, blir dokumentasjonen en kvalitetssikring. Ut fra den kan ledere og ansatte vurdere konsekvensen av helsehjelpen og sykepleien som er blitt utført. For at pasienten skal kunne få oppleve en større grad av velvære og en bedre helsetilstand, kommer det frem i følge Heggdal, at kontinuitet i oppfølging av pleie er nødvendig (Heggdal, 2009). Vi antar at ved å ha et godt kvalitetssikringssystem som, dokumentasjon, sjekklister og avviksmeldinger er vi med på å gi beboerne en god livskvalitet.

I følge Jakobsen, var kvaliteten i helsevesenet i fokus i 80 og 90 årene. Raske endringer er blitt gjort innenfor helsevesenet igjennom lange perioder. Samtidig som det har vært sterk vekst i behandlingstilbud, er det blitt etterfulgt av en periode med kostnadsreduksjon og kostnadskontroll. Oppmerksomheten innenfor forhold i helsetjenesten har samtidig økt, som erstatningskrav, klager, rettssaker og mediernes oppmerksomhet (Jakobsen, 2006).

Det ble innført krav om kontrollsystemer for kvalitet og kvalitetsutvikling, gjennom Norsk tilslutning til verdens Helseorganisasjons strategi «Helse for alle i år 2000». I tillegg ligger det krav om opprettelse av tilsynsordninger på ulike nivåer, samt krav om overordnede planer. I Norge, er det statens helsetilsyn, som er den overordnede tilsynsmyndighet, og skal påse at hver enkel bestemmelse iverksettes. (Jakobsen, 2006).

Ut i fra veilederen *Aldring og helse: "Demensutredning i kommunehelsetjenesten"* kommer det frem at satsningsområde innen utredning og diagnostisering i forbindelse med demensplanen 2015, er at alle kommuner skal ha opprettet et demensteam, og fått satt utredningen i et system (Helsedirektoratet.no). Vi antar at hvis dette trer i kraft, vil demensomsorgen i Norge sikre personer med denne sykdommen en bedre livskvalitet, og vi som sykepleiere kan gi en mer kvalitetssikret hverdag.

Ifølge intervjuobjektet, mente hun at pårørendekontakten var veldig viktig i utarbeiding av tiltaksplanen for personen med demens. Pårørende mottok et bakgrunnsopplysningsskjema og de hadde to faste møter i året for samarbeid rundt beboeren. I følge Garsjø, kan det for mange være en tøff påkjenning å måtte plassere sin mor eller far på et sykehjem, derfor er det viktig å ta vare på pårørende og ta de på alvor. I følge Garsjø, kan enkelte pårørende få dårlig samvittighet, i det et av familiemedlemmene blir overlevert til å bo på en institusjon. Noen får en slags følelse av å ha mistet noe, og kan få en slags sorg (Garsjø, 2008). Vi har forståelse med pårørende at det er en tøff påkjenning å måtte plassere sin mor eller far på et sykehjem. Men det å vite at "sine kjære" blir ivaretatt på en trygg, sikker og forsvarlig måte kan være med på at de slipper å ta alt ansvar alene.

5.0 Konklusjon

Etter å ha jobbet med denne bacheloroppgaven, har vi kommet frem til at sykepleiere ikke bare bør ha kunnskap til grunnleggende sykepleie, men også tenke på verdighet og livskvalitet. Dette er to viktige temaer vi gjentatte ganger har sett, lest eller hørt blir tatt for lite på alvor.

Ved å skrive denne oppgaven har vi kunne fordype oss i, *"hvordan kan vi som sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens på en skjermet sykehjemsavdeling"*.

Vi satt oss inn i hva man som sykepleier bør vektlegge for å skape et hjem for beboerne. Ved at man som sykepleier viser evner til og kan gi beboerne omsorg, kjærlighet, verdighet, respekt og en hjemlig atmosfære, vil de få en opplevelse av livskvalitet.

Etter vår mening bør man kanskje vektlegge sykepleie til eldre i grunnutdanningen, da vil det kanskje bli mer attraktivt å jobbe på sykehjem etter endt utdanning...

Når det er snakk om miljøbehandling, ser vi for oss en fremtid der de fleste sykehjem kanskje har fått et miljørettet tilbud som sansehager, terapeutisk hagebruk og musikk.

Det viser seg at det er veldig stor fokus på forskning innen personer med demens. Det har blant annet nettopp vært en innsamlingsaksjon fra Nasjonalforeningen for folkehelsen angående forskning på personer med demens, ved navn **"Ingen tid å miste"**

LITTERATURLISTE

Brinchmann, B. S. (2005) De fire prinsippers etikk. I: B. S. Brinchmann. ”*Etikk i sykepleien*”
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O. (2004) ”*Metode og oppgaveskriving for studenter*”. Oslo: Gyldendal Norsk
Forlag AS

Foss, Christina & Ellefsen Bodil(red).(2005) Forskning på livskvalitet – et viktig bidrag i
helsetjenesten ? : I: Hanstad B. R. ”*Helsetjenesteforskning, perspektiver, metoder og
muligheter, kap. 9*” Oslo: Universitetsforlaget AS

Heggdal, Kristin (2009)*Sykepleiedokumentasjon*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS

Hummelvoll, J.K (2012) *HELT- IKKE STYKKEVIS OG DELT. Psykiatrisk sykepleie og
psykisk helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo

Hummelvoll, J., k. (2010) *HELT – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk
helse*. Gyldendal Norsk Forlag AS: Oslo

Jakobsen, Rita(2006). *Klar for fremtiden – om kvalitet, endring og teamarbeid i
sykepleieledelsen* . Oslo:Gyldendals Norsk Forlag AS

Kristoffersen, N., Nortvedt, P.(2005) Relasjonen mellom sykepleier og pasient:
I: Kristoffersen, N., J., Nortvedt, F. & Skaug, E-A, ”*Grunnleggende sykepleie, bind 1 kap. 5*”.
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Travelbee, J. (1999) ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleie*” Oslo: Gyldendal Norsk
Forlag AS

Selvvalgt litteratur

Karoliussen, Mette, Smebye, L., Kari (1997). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS (Antall sider: 2)

Kitwood, Tom (1999). *En revudering af demens- personen kommer i første rekke*. Frederikshavn:Dafalo Forlag (Antall sider: 176)

Bergland Ådel & Moser Ingunn(red) (2013) *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre*. Oslo: Cappelen Damm AS Akademisk. (Antall sider: 218)

Hauge, S. (2008) Sykepleie i sykehjem: I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff A.H. "Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten, kap. 18" Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (Antall sider: 22)

Postholm, M., B. (2010) Kvalitativ metode - *En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. Oslo: Universitetsforlaget (Antall sider: 242)

Rustøen, T. (1992) "Livskvalitet, en sykepleieutfordring" Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS (Antall sider: 140)

Lastet ned fra internett:

Bergland, Å., Vibe, O., Martinussen, N (2010). *Hvordan få sykepleiere til å se på sykehjem som en fremtidig arbeidsplass ?*. [Online], Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/Content/313556/_viktig_for_a_jobbe_pa_sykehjem_3649.pdf - 08.10.2013, kl 12.13

Bruvik, F., Mjørud, M., Engedal, K (2012). *Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens*. [Online], Tilgjengelig fra http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/882990/vurdering_av_livskvalitet_9568.pdf - 07.10.2013, kl 11.37

Helse- og sosialdepartementet "Kvalitetsforskriftene" (2003)

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20030627-0792.html> - 03.10.2013, kl 13.50

Helse- og omsorgsdepartementet "Livskvalitet" NOU 1999

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008> - 07.10.2013, kl 13.02

Helse- og omsorgsdepartementet, "Verdighetsgarantien"

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655 - 09.10.2013, kl 15.24

Hill, N., Kolanowski, A., Kürüm, E (2010). "Agreeableness and Activity Engagement in Nursing Home Residents with Dementia. [Online], Tilgjengelig fra

<http://search.proquest.com.proxy.helsebiblioteket.no/docview/750421794/fulltextPDF/14132588004104D780A/16?accountid=35443> – 14.10.2013, kl 13.25

Skomakerstuen, L., Ø., Kvigne, K., Danbolt, L., Hauge, S (2012). *Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem – forskningsstatus og aktuelle utfordringer*. [Online], Tilgjengelig fra

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/847784/%C5ndelig%20omsorg%20til%20personer%20med%20demens%20i%20sykehjem%20-%20forskningsstatus%20og%20aktuelle%20utfordringer.pdf> - 01.10.2013, kl 12.49

Kirkevold, M., Gonzalez, T (2012). *Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens*. [Online], Tilgjengelig fra

<http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/832937/betydningen-av-sansehage-og-terapeutisk-hagebruk-for-personer-med-demens> – 10.10.2013, kl 14.06

Lovdata (2011) ”*Lov om pasient- og brukerrettigheter*”

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#1-1> - 09.10.2013, kl 20.13

Norsk sykepleieforbund (2011). *Sykepleierens Yrkesetiske retningslinjer*. [Online],

Tilgjengelig fra

https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf -
08.10.2013, kl 16.18

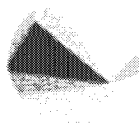
Regjeringen ”*Handlingsplan for eldreomsorgen 1998-2001*”.

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/pla/2000/0001/ddd/pdfv/167338-oslo-og-akershus.pdf> - 09.10.2013, kl 17.16

Helsedirektoratet (2011). *Veileder – Demensutredning i kommunehelsetjenesten*. [Online],

Tilgjengelig fra

<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=1598> – 22.10.2013, kl 10.52



UNIVERSITETET I
NORDLAND

Profesjonshøgskolen
Sykepleie og helsefag

J nr

TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA

SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA I FORBINDELSE MED SKRIFTLIGE STUDENTARBEIDER.

Sbles til _____

Ved _____

Som ledd i arbeidet med

1) Fordypningsoppgave	___
2) Deløksamen	___
3) Semesteroppgave	___
4) Prosjektarbeid	___

søker

Student Knuttil 51 og 59

Bachelor i sykepleie Kull 10V Studiested Universitetet i Nordland

Videreutdanning linje _____

Kull _____

Om tillatelse til å innhente data fra Deres praksisfelt/arbeidssted. Slik datasamling er vurdert av student og faglærer som nødvendig for gjennomføringen av nevnte eksamen/oppgave

Undertegnede er kjent med lover og forskrifter som regulerer personvern og pasienters rettssikkerhet, forskningsetiske retningslinjer og interne retningslinjer for oppgaveskriving

Det er ikke tillatt å gjennomføre undersøkelser der pasient eller pårørende er respondenter / intervjupersoner

Jnr _____

Dato 16.09 2013

Til _____

Student _____

Faglærer _____

Høgskole _____

Adresse _____

Postnr / poststed _____

SVAR PÅ SØKNAD OM TILLATELSE TIL INNHENTING AV DATA.

Søknad av dato _____ er behandlet dato _____ av saksbehandler / organ _____

Vedtak: _____

Evt. merknader knyttet til vedtaket _____

BERIT MOSSENG SJELIE
SIGN

Underskrift _____

Underskrift _____

OPPLYSNINGER OM ARBEIDET

Problemstilling og formål med undersøkelsen: Er det forskjell på hvordan kvinner og menn opplever å være foreldre?
Hvordan kan vi som psykologer best beskrive den
tilpasningen med barns behov og personlighet
oppveksten deres?

Finne svar på problemstillingen via

Metode i datansamlingen: Kvalitativt intervju

Respondenter / intervjupersoner: _____

Hjelpemidler til bruk i datansamlingen: Taleopptak

NB! Evt. spørreskjema til bruk i datansamlingen er vedlagt

Tidspunkt / Tidsrom for datansamlingen: Mandag 16. september 2015

Ved ønske om ytterligere informasjon bes saksbehandler om å ta kontakt med underlegnede student eller faglærer

Med hilsen

Kandidatnr: 51 og 59.

BERIT MASSENG SJØGJE
Sign

Student

Faglærer

Svar på søknaden bes gitt på vedlagte svarskjema, som sendes til student med kopi til faglærer