



Fordypningsoppgave

Livskvalitet hos demente på sykehjem Quality of life of people with dementia in nursing homes

Hva kan helsepersonell gjøre for å øke livskvaliteten hos eldre demente på sykehjem?

What can health professionals do to improve the quality of life of elderly people with dementia in nursing homes?

Lena Moa



[MPH451]

Fordypningsoppgave i psykisk helsearbeid

[Avdeling helsefag]
Høgskolen i Nord-Trøndelag - [2014]



HINT

Abstract

Bakgrunn:

I Norge i dag har omtrent 70000 personer demens. Litt mindre enn halvparten av dem bor på sykehjem. Depresjon er den hyppigst forekommende tilleggslidelsen ved demens hos de som bor på sykehjem, og hos demente er det en sammenheng mellom depresjon og redusert livskvalitet.

Hensikt:

Å undersøke hva helsepersonell som jobber på sykehjem kan gjøre for at eldre demente på sykehjem opplever økt livskvalitet

Metode:

Oppgaven er et litteraturstudium, hvor det er søkt i internasjonale databaser for å finne svar på problemstillingen.

Resultat:

Bekreftelse og ivaretagelse av identiteten, og individuell tilrettelegging er viktig for at eldre demente på sykehjem skal oppleve god livskvalitet. De er opptatt av at de blir møtt med respekt, og at personalet er bevisst behovet de har for nære og gode relasjoner til familien, og til personalet. Det er viktig at de får opprettholdt følelsen av selvhjulpenhet, samtidig som de i enkelte situasjoner har et økt behov for trygghet og omsorg.

Konklusjon:

Kompetanse og engasjement hos personalet er viktig. Det psykososiale miljøet har større betydning for livskvaliteten enn den fysiske utformingen av miljøet og fysisk aktivitet.

Nøkkelord: demens-eldre-livskvalitet-sykehjem

Innhold

1	Innledning.....	1
2	Metode	5
2.1	Bearbeiding og kvalitetsvurdering	6
2.2	Analyse.....	8
2.3	Etiske overveielser	8
3	Resultat	10
3.1	Kompetanseutvikling	10
3.1.1	Kvalifisert personale.....	10
3.1.2	Kunnskap og kompetanse	10
3.1.3	Spesialisert kompetanse.....	10
3.2	Identitet.....	11
3.2.1	Individuell tilrettelegging.....	11
3.2.2	Respekt.....	11
3.2.3	Kontakt med nære pårørende.....	12
3.3	Følelser	12
3.3.1	Relasjoner.....	12
3.3.2	Tap.....	12
3.3.3	Trygghet.....	13
3.3.4	Mestring	13
3.3.5	Aktiviteter	13
3.4	Inkludering.....	13
3.4.1	informasjon	14
3.5	Miljø.....	14
3.5.1	Lys, lyd og temperatur	14
4	Diskusjon.....	15
4.1	Resultatdiskusjon	15
4.1.1	Kompetanseutvikling.....	15
4.1.2	Identitet	17
4.1.3	Følelser.....	18
4.1.4	Miljø	20
4.2	Metodediskusjon.....	22
5	Avslutning.....	23
	Litteratur.....	25
	Vedlegg 1: Ekskluderte artikler	
	Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler	
	Vedlegg 3: Analyse av inkluderte artikler	

Vedlegg 4: Hellzen et al's vurderingsmal

Antall ord: 7192

1 Innledning

I Norge i dag har omtrent 70000 personer demens (Folkehelseinstituttet 2013). Litt mindre enn halvparten av dem bor på sykehjem (Engedal 2013). Antallet eldre med demens vil øke i årene fremover. Og med alderen øker også sannsynligheten for å bli rammet av demens (Høstmælingen 2009).

«Demens er samlebetegnelsen på tilstander forårsaket av hjerneorganiske sykdommer, og kjennetegnes vanligvis ved svekket hukommelse, svekket oppmerksomhet, språkvansker og redusert læringsevne» (Bruvik m.fl. 2009, s.9)

Depresjon er den hyppigst forekommende tillegglidelsen ved demens hos de som bor på sykehjem. Omtrent 80 % av pasientene på et sykehjem har demens. 40 % av disse har depressive symptomer, det vil si at de ikke har mange nok symptomer eller alvorlighetsgraden er tilstrekkelig til å tilfredsstille en depresjonsdiagnose. 24,5 % har diagnosen depresjon. (Barca 2009).

Depresjon og demens har mange overlappende symptomer, og det gjør det vanskelig å diagnostisere depresjon. Derfor er det fortsatt mange som bor på sykehjem som hverken har fått diagnosen eller adekvat behandling. I tillegg har ofte eldre på sykehjem også flere somatiske lidelser og da kan det være vanskelig å vite at symptomene faktisk skyldes en depresjon og ikke en somatisk lidelse. Depresjon hos demente uttrykker seg annerledes, ofte ser man klartest symptomene manglende motivasjon og manglende glede, men også uro, vandring, engstelse, irritabilitet, sosial isolasjon, vrangforestillinger og hallusinasjoner. Stemningssymptomer (tristhet, skyldfølelse, håpløshet) er mindre vanlig hos demente. Sannsynligvis er det også slik at demente har større vansker for å uttrykke sine tanker og følelser, derfor vil det være vanskeligere å oppdage en depressiv lidelse hos dem (Barca 2009).

Studier viser at de som har mindre eller manglende evne til å uttrykke sine tanker og følelser vil kunne få redusert livskvalitet, og at det **hos demente er en sammenheng mellom depresjon og redusert livskvalitet** (Bruvik m.fl. 2009).

Verdens Helseorganisasjon definerer livskvalitet som: *«en persons vurdering av sitt liv sett i lys av mål, forventninger og standard knyttet til kulturen og verdisystemet en lever i»* (referert i Bruvik m.fl. 2009, s.8). Når jeg bruker begrepet livskvalitet i min oppgave ligger meningen i

den enkelte pasients indre opplevelse og tilstand. Hva det er som gir pasientene psykisk velvære, en opplevelse av å ha det godt? Livskvalitet blir da individets egen vurdering og følelse knyttet til eget liv, den subjektive opplevelsen. Livskvalitet handler om det gode liv i sin helhet, både velferds- og helserelatert (Bondevik 2012; Bruvik m.fl. 2012).

Enkelte studier viser at demente kan utvikle depresjon fordi de har innsikt i sin kognitive svikt, sin svikt i dagliglivet og manglende evne til å delta i det sosiale liv. Undersøkelser viser at en depresjon oftest forekommer tidlig i demenstilstanden (Barca 2009). Om man som helsepersonell kan være med å redusere opplevelsen av at de ikke strekker til i dagliglivet med individuell tilrettelegging, vil man da kunne øke livskvaliteten og redusere de depressive symptomene?

Jeg jobber på en enhet for demente og ser at litteratur som jeg har gjennomgått så langt stemmer godt med den opplevde daglige praksisen. Ved å gå dypere inn i dette området håper jeg å kunne knytte litteratur og forskning jeg finner opp mot mitt daglige virke, slik at demente som blir innlagt på sykehjemmet i min kommune skal oppleve god livskvalitet. Jeg håper at resultatet vil kunne være interessant også for andre som jobber med eldre og demente på sykehjem.

Hva er gjort på området tidligere:

Det finnes mye forskning på eldre og depresjon, men når man i tillegg får diagnosen demens blir det betydelig mindre. I en artikkel i tidsskriftet Sykepleien (14/2012) forklarer Stine Hauvik dette med at demente betraktes som en sårbar gruppe i forskningsetisk sammenheng, men fordi antallet personer med demens øker, er man i forskningsmiljøene i dag opptatt av hvordan demente best mulig kan inkluderes i forskning (Hauvik 2012).

Det finnes undersøkelser som sier noe om forekomsten av depresjon hos eldre. Men det er utfordrende å finne gode måleinstrumenter for å påvise depresjon hos demente. Man bruker symptomskalaer og diagnostiserte intervjuer også hos demente, men gyldigheten av disse undersøkelsene kan påvirkes av de dementes manglende innsikt, forståelse og rapporteringsevne, og ofte må det hentes inn tilleggsopplysninger fra pårørende. Flere fagpersoner uttrykker at det er nødvendig å utvikle måleinstrumenter for depresjon tilpasset personer med demens, og at fagfeltet trenger mer forskning på depresjon og eldre. Mange studier om eldre og depresjon i den generelle befolkningen inkluderer ikke personer som er

innlagt i sykehus eller pleieinstitusjoner. Når andre studier som har inkludert disse viser at depresjon og depresjonssymptomer forekommer hyppigere blant eldre i institusjon enn utenfor får man store variabler når det gjelder forekomsten, og man kan ikke kalle det en forekomst i den generelle befolkningen om ikke de på institusjon er tatt med. Deltagelse og oppmøte er også varierende i ulike studier, og demens er ofte årsak til manglende deltagelse, så fra denne andelen mangler studiene data om depresjon. Det er også gjort undersøkelser som viser at forekomsten av mentale lidelser hos de som uteblir fra studiene er høyere enn hos de som deltar (Stordal m.fl. 2012).

I forskningsmiljøet er det enighet om at man ikke enda har klart å finne en klar nok definisjon på begrepet livskvalitet (Bruvik m.fl. 2012). Det kan føre til at jeg finner artikler som ikke har samme definisjon på livskvalitet som det jeg tenker på, men tar utgangspunkt i at denne forskjellen ikke er så stor at den har en avgjørende betydning.

I forhold til å måle livskvaliteten hos demente vil den kognitive svikten sette begrensninger i forhold til å formidle den subjektive opplevelsen av god livskvalitet, det vil da sette større krav til de som observerer hvordan de demente opplever livet. Man kan likevel ikke sikre at det man observerer av negative følelser er knyttet til at man ikke opplever å ha et godt liv (Bruvik m.fl. 2012). Jeg tenker at opplevelsen av det gode liv ikke vil endre seg så mye fra når man var kognitivt frisk, slik at de som kjenner den demente godt vil ha en viss formening om hva som er viktig for at den med kognitiv svikt opplever det gode liv.

Hva jeg tenker å gjøre i denne oppgaven:

I følge Dalland (1997) bruker man metode for å framskaffe eller etterprøve kunnskap på en systematisk måte. I denne oppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode.

Jeg ønsker å se på hva forskning og litteratur sier om livskvalitet hos eldre demente på sykehjem. Jeg ønsker gjennom søking i ulike databaser å finne litteratur som sier noe om hva helsepersonell kan gjøre for å øke livskvaliteten hos eldre demente i sykehjem. Er det noe i den daglige pleien til disse pasientene, miljøtiltak eller individuelle tiltak som kan påvirke livskvaliteten? Vil økt kompetanse blant personalet ha betydning? Er det noe vi som jobber på sykehjemmet kan gjøre noe med eller må vi øke samarbeidet med andre faggrupper og instanser?

Å forsøke å finne løsninger på hvordan vi kan øke livskvaliteten hos pasientene, vil gjøre

hverdagen mer betydningsfull og lettere for dem, men vil også ha en positiv effekt hos personalet da det vil gi dem flere gode opplevelser å jobbe med pasienter som føler økt livsglede.

Når jeg i denne oppgaven bruker eldre demente og demente, mener jeg personer som er 65 år og eldre.

Hensikten med oppgaven er å undersøke hva helsepersonell som jobber på sykehjem kan gjøre for at eldre demente som bor på sykehjem opplever økt livskvalitet.

Problemstillingen blir da: «Hva kan helsepersonell gjøre for å øke livskvaliteten hos eldre demente på sykehjem?»

2 Metode

For å finne svar på problemstillingen er litteraturstudie valgt som metode. Problemstillingen er slik at kunnskap fra kvalitativ studie er mest relevant, men også kunnskap fra kvantitativ studie vil være av betydning, da den vil si noe om mengden som bekrefter/avkrefter funnene i de kvalitative studiene. Det ble gjort et systematisk søk i søkebasene Proquest, Svemed og Cinahl. Det ble søkt manuelt ved hjelp av snøballmetoden ved å gå igjennom referanselister i artikler funnet via søkebasene. Søkord var «quality of life», «elderly», «dementia» og «nursing home» i ulike kombinasjoner (tabell 1). Ble også satt noen begrensninger i forhold til hvilke artikler som var aktuelle som for eksempel fra hvor langt tilbake i tid de er publisert. (se tabell 1). 2 artikler ble funnet ved hjelp av snøballmetoden; Orrell m.fl. (2008): «The needs of people with dementia in care homes: the perspective of users, staff and family» ble funnet via referanselista til en ekskludert artikkel av Marju Tuomi (2010): «Livskvalitet og meningsfull kvardag for demensdrabbade på vård- och omsorgsboenden», ved at jeg søkte med hele tittelen på artikkelen som søkeord på medline. Artikkelen « Changes in the quality of life of people with dementia living in care homes» av Hoe m.fl. (2009) ble funnet via referanselista til artikkelen «Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens» av Mjørud m.fl. (2011). Den utvalgte artikkelen i fulltekst ble funnet ved å søke med artikkelens tittel som søkeord på proquest. Inklusjonskriteriene var fagfellevurderte artikler som omhandler livskvaliteten til eldre demente på sykehjem. Søket ble i proquest begrenset til 3 år tilbake i tid da det ble et veldig stort funn. I tillegg ble fulltekst og at artiklene skal være skrevet på norsk, svensk eller engelsk satt som en avgrensning. Søkene ble gjort i oktober og november 2013. Søkene ga varierende treff og de 40 første ved hvert søk ble gjennomgått, før det ble søkt i andre kombinasjoner og baser. I første fase ble titler og abstraktet lest for å finne artikler med innhold som kan gi meg svar på problemstillingen min (senere i oppgaven omtalt som relevant), og som dermed kan være aktuell å granske. Artikler med treff innenfor de gitte begrensningene som ikke ble utvalgt var artikler som ikke hadde relevant innhold i forhold til problemstillingen. (171 Artikler ble gjennomgått på denne måten.) Søkene resulterte i 14 utvalgte artikler til granskning.

Database	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Utvalgt
Cinahl		Quality of life AND Elderly AND Nursing home	171	1
Proquest	2010-2013	Quality of life AND Dementia AND Nursing home	4678	2
Proquest	2010-2013	Quality of life AND elderly AND Nursing home	8529	5
Svemed	Les online, fulltekst, 2005-2013	Quality of life AND Dementia AND Nursing home	13	3
Svemed		Quality of life AND Elderly AND Nursing home	38	1

Tabell 1.

2.1 Bearbeiding og kvalitetsvurdering

De 14 utvalgte artiklene ble nøye gjennomlest og vurdert kritisk ved hjelp av Hellzen et al`s vurderingsmal (vedlegg 4). De fleste artiklene var på engelsk og de ble oversatt ved hjelp av engelsk-norsk ordbok og appen «oversetter» på iPhone. Bruk av Google translate ble utelukket da det ikke gir en helhetlig oversettelse. For å kunne stole på at tidsskriftene artiklene var trykket i, var troverdige, ble de søkt opp på Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste sine nettsider (NSD). NSD har en søkebase hvor man kan søke på tidsskriftets tittel eller ISSN-nr. og få en oversikt over hvilket nivå tidsskriftet har når det gjelder vitenskapelig kvalitet. Alle tidsskrifter som har oppgitt et nivå (1 eller 2) er godkjente tidsskrift i Helse- og omsorgsdepartementets målesystem hvor nivå 2 er rangert høyere enn nivå 1 (Helse- og omsorgsdepartementet 2013).

Etter at de utvalgte artiklene var nøye gjennomlest fant jeg at 9 stk. ikke ga meg et godt nok svar i forhold til problemstillingen min eller de var ikke registrert i NSD`s liste over

godkjente tidsskrift. Disse artiklene er ekskludert og er oppført i en tabell over ekskluderte artikler (se vedlegg 1; tabell 3). De artiklene som jeg fant aktuelle for å kunne besvare problemstillingen min er ført inn i en tabell for skjematisk sammenstilling av informasjonen fra vurderingen av artiklene (se vedlegg 2; tabell 2).

Fordi så mange artikler ble ekskludert fant jeg det nødvendig å foreta et nytt systematisk søk i søkebasene svemed, idunn og medline. Det nye søket ble gjort 3-5. desember 2013 og funnet er framstilt i tabellen under:

Database	Avgrensninger	Søkeord	Treff	Utvalgt
Idunn.no		Livskvalitet AND eldre AND sykehjem	6	1
Svemed	Les online	Quality of life AND elderly AND nursing home	38	4
medline	Fulltekst, peer-reviewed, 2000-2013	Quality of life AND elderly AND nursing home	109	4

Tabell 1.

I tillegg ble det ved søket 3-5. desember 2013 funnet en artikkel av Tretteteig og Thorsen (2011): « Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv» ved å følge en meshterm i svemed: quality of life. Artikkelen «Quality of life of people with dementia in residential care homes» av Hoe m.fl. (2006) ble funnet på Google når jeg søkte etter artikkelen «The needs of older people with dementia in residential care» av Hancock m.fl. (2006), som ble funnet i referanselista til artikkelen «The relationship between small-scale care and activity involvement of residents with dementia» av Smit m.fl. (2012), som finnes i tabellen over ekskluderte artikler. Det ble gjort et manuelt søk på medline for å finne artikkelen av Hancock m.fl. (2006). Fant artikkelen der, men da den ikke var tilgjengelig online via medline søkte jeg med artikkelens tittel som søkeord på Google. Fant ikke artikkelen online her heller, men fant da artikkelen av Hoe m.fl. (2006).

Det nye søket resulterte i 11 nye artikler til videre granskning. Disse ble gjennomgått på samme måte som de 14 første, og de som ble ekskludert (1) er ført inn i tabell 3 (se vedlegg 1).

For å kunne stole på at tidsskriftene artiklene var trykket i, var troverdige, ble de søkt opp på Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste sine nettsider (NSD). Ikke alle artiklene jeg fant er publisert i et tidsskrift som er registrert her, men da søkebasen kan garantere for at de er ekspertgransket, har jeg dem med likevel da innholdet er relevant for oppgaven min. 1 av de utvalgte artiklene i det nye søket ble ekskludert (se vedlegg; tabell 3), fordi den ikke var relevant for oppgaven.

2.2 Analyse

Etter bearbeidingen og kvalitetsvurdering er det 15 artikler som er relevante for oppgaven.

Jeg leste artiklene grundig en gang til og laget meg et sammendrag av resultatdelene i artiklene, sammenlignet funnene opp mot problemstillingen min, og kom i hver enkelt artikkel fram til subkategorier som sier noe om hva hovedresultatet gjelder og kategorier som beskriver hva subkategoriene handler om. (se vedlegg 3; tabell 4).

2.3 Ethiske overveielser

Da det er benyttet mange engelske artikler tas det forbehold om at det kan forekomme misforståelser i oversettelsene, da flere ord kan ha ulike betydninger. Min forståelse kan da ha blitt litt annerledes enn meningen til forfatteren, men det bør ikke påvirke oppgaven i noe stor grad. Det er inkluderte artikler fra Libanon, Spania, England, USA og Taiwan, da forhold som påvirker livskvaliteten kan avhenge mer av hvordan man er som person enn landet man bor i, kan forhold som påvirker livskvaliteten generaliseres til hele verdens befolkning. Likevel er det viktig å være klar over at kulturforskjeller kan virke inn på hvordan et menneske opplever livskvalitet. Nesten alle artikler er skrevet av 2 eller flere forfattere. Flere forfattere kan bidra til å gi artikkelen en større innfallsvinkel på studiet, men også ulike

tolkninger av funnene, på samme måte som en forfatter kan ha en innsnevret innfallsvinkel og en tolkning. Det er min tolkning av andres funn som presenteres i oppgaven.

3 Resultat

3.1 Kompetanseutvikling

Under denne kategorien presenteres følgende subkategorier; kvalifisert personale, kunnskap og kompetanse, spesialisert kompetanse.

3.1.1 Kvalifisert personale

For at demente skal oppleve velvære og livskvalitet er det viktig at personalet som jobber med dem er utdannet og har interesse og engasjement for faget (Skaar & Söderhamn 2009).

Livskvaliteten, spesielt i sen fase av sykdommen, er avhengig av personalets og andre nære omsorgspersoners evne til å gi trygghet og omsorg (Tretteteig m.fl. 2011). Demente har redusert evne til å uttrykke sine behov verbalt, derfor trenger personalet opplæring og trening på å gjenkjenne deres behov og gi dem den hjelpen de trenger (Doumit m.fl. 2010; Orrell m.fl. 2008).

3.1.2 Kunnskap og kompetanse

Pasientens opplevelse av pleierelasjonen er avgjørende for et meningsfylt liv. En god opplevelse er avhengig av hvordan relasjonen til pleierne er, pleierne må være tilstede i relasjonen og berøre pasientene på de riktige måtene. Det er viktig at pleierne har kunnskap om betydningen av denne relasjonen (Hovdenes 2002).

3.1.3 Spesialisert kompetanse

Kompetanseheving blant personalet er også avgjørende for tilfredsheten. De må ha spesialisert kompetanse for å møte stadig nye utfordringer (Yeh m.fl. 2002)

3.2 Identitet

Under denne kategorien kommer følgende subkategorier; individuell tilrettelegging, respekt, kontakt med nære pårørende.

3.2.1 Individuell tilrettelegging

Viktig med livshistorisk kunnskap om hver enkelt slik at beboerne skal få tilrettelagt livsinnhold, aktiviteter og omsorg som fremmer livskvalitet (Tretteteig m.fl. 2011).

Individuelt tilrettelagt aktivitet er viktig for at demente skal få gode opplevelser (Skaar & Søderhamn 2009). Individuelt tilrettelagt aktivitet basert på hva beboeren har likt å holde på med før, fremmer livskvaliteten (Tretteteig m.fl. 2011), og tilpassede kulturelle aktiviteter gir økt velvære (Skaar & Søderhamn 2009). Hjemmet/rommet er en arena for samvær med andre og et sted for selvidentifikasjon. Identitesbevarende gjenstander gjør hjemmet til en minnearena som kan knytte tidligere liv og livstemaer sammen med nåtiden (Tretteteig m.fl. 2011). Det å ha sin egen leilighet eller rom i små enheter, hvor de kan slappe av når de ønsker det og ha mulighet til å gå ut, gjør at de opplever et godt liv (Kalis m.fl. 2005). Individuelle familiemøter hvor man kan informere og diskutere problemer, slik at man sammen kan gjøre det best mulig for den enkelte beboer er med på å øke tilfredsheten (Yeh m.fl. 2002).

Demente har behov for sosial kontakt og at personalet ser og hører dem som ulike individer (Orrell m.fl. 2008). Selvidentifiserende stimuli ga god opplevelse av trivsel, stimuliene var da basert på hva de hadde hatt som hobby eller yrke, som for eksempel kokken som fikk se matprogram, og håndarbeid til de som hadde hatt det som sin hobby (Cohen-Mansfield m.fl. 2011). Humøret har større betydning for livskvaliteten enn avhengigheten av hjelp, derfor må personalet lage individuelle omsorgsplaner som identifiserer hva som påvirker humøret til hver enkelt (Hoe m.fl. 2006).

3.2.2 Respekt

For at beboerne skal oppleve god livskvalitet på sykehjem er det viktig for dem å oppleve at de blir møtt med respekt. Viktig at de blir møtt som levende vesener med ulike behov, og at personalet er pålitelig og holder det de lover (Bondevik 2012; Hovdenes 2002; Slettebø

2008). Pasientene synes det er viktig at de blir behandlet som individuelle personer og får den hjelpen de trenger (Stabel m.fl. 2003)

3.2.3 Kontakt med nære pårørende

Familierelasjoner er viktig for den demente. Det gir kontinuitet, følelsesmessig nærhet, selvbekreftelse og identitetsfølelse (Tretteteig m.fl. 2011)

3.3 Følelser

Under denne kategorien kommer følgende subkategorier; relasjoner, tap, trygghet, mestring, aktiviteter.

3.3.1 Relasjoner

Relasjoner til pleiepersonalet og andre medboere er av betydning for opplevelsen av livskvalitet (Haugland m.fl. 2013; Hovdenes 2002; Kalis m.fl. 2005). Nære familierelasjoner er særlig betydningsfulle for opplevelsen av livskvalitet hos demente, og det er viktig at det legges til rette for at dette kan opprettholdes når pasienten er på sykehjem (Haugland m.fl. 2013; Tretteteig m.fl. 2011; Yeh m.fl. 2002). I sen fase av sykdommen er det også viktig med trygghet og omsorg fra personalet i tillegg (Tretteteig m.fl. 2011). God kontakt med sosiale nettverk er viktig (Haugland m.fl. 2013). I Slettebø sin studie fra 2008, er det viktig for beboerne at personalet oppmuntrer familie og venner til å komme på besøk, og til å ta med beboerne ut på turer, som en del av det å oppnå god livskvalitet.

3.3.2 Tap

Tap av egenomsorgsevne, funksjonsevne og autonomi påvirker livskvaliteten (Mjørud m.fl. 2011)

3.3.3 Trygghet

Viktig å bo et sted hvor det var personal tilgjengelig hele døgnet (Slettebø 2008). Samvær med dyr ga en merkbar opplevelse av trivsel og velbehag, det ga dem noen å snakke med og føle ansvar for. 2-3 personal tilstede i oppholdsrommet som arena for sosial samlingsplass ga en opplevelse av trivsel, og spesiell respons i forhold til trivsel var det ved 1:1 forhold pleier og pasient (Cohen-Mansfield m.fl. 2011).

3.3.4 Mestring

Det gode liv omfatter hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon (Bondevik 2012) og at man får anledning til å opprettholde sin selvhjulpenhet (Stabell m.fl. 2003). Om de gis anledning til å opprettholde sin mobilitet og selvhjulpenhet vil det ha en forebyggende effekt i forhold til depresjon (Doumit m.fl. 2010)

3.3.5 Aktiviteter

Mulighet til å gjøre aktiviteter, husarbeid og snakke om gamle minner sammen med personalet gjør at de opplever økt glede (Kalis m.fl. 2005). Delta i aktiviteter på sykehjemmet, gjerne sammen med pårørende, da gjerne feiring av høytider, er viktig for at pasientene skal oppleve tilfredshet med å bo på et sykehjem (Yeh m.fl. 2002). Deltakelse i aktiviteter vil også ha en forebyggende effekt i forhold til depresjon (Doumit m.fl. 2010)

3.4 Inkludering

Under denne kategorien kommer følgende subkategorier; informasjon

3.4.1 informasjon

Bedre informasjon til pårørende og venner om demente og deres behov (Orrell m.fl. 2008)

3.5 Miljø

Under denne kategorien kommer følgende subkategorier; lys, lyd, temperatur

3.5.1 Lys, lyd og temperatur

Å gjøre noe med lys, lyd og temperatur på en avdeling for demente kan gjøre at de opplever økt livskvalitet. Høy temperatur og lite lys på soverommet hadde negativ effekt på trivselen for de som brukte mange timer der, og høy lyd på oppholdsrommet hadde negativ effekt på adferd og trivsel (Garre-Olmo m.fl. 2012). Moderat lydnivå ga merkbart bedre trivsel, og å lytte til musikk ga bedre trivsel og velbehag (Cohen-Mansfield m.fl. 2011).

4 Diskusjon

4.1 Resultatdiskusjon

I dette kapitlet skal jeg forsøke å svare på problemstillingen min, som er: «Hva kan helsepersonell gjøre for å øke livskvaliteten til eldre demente på sykehjem?»

Jeg vil diskutere funnene opp mot problemstillingen og sammenligne med annen litteratur.

Bekreftelse og ivaretagelse av identiteten er viktigst for at eldre demente på sykehjem skal oppleve god livskvalitet. I tillegg viser flere studier at det er viktig med individuell tilrettelegging for at de skal oppleve å ha et godt liv på institusjon. De demente er opptatt av at de blir møtt med respekt, og at personalet er bevisst behovet de har for nære og gode relasjoner til familien, men også til personalet. Det er viktig at de får utføre det de mestrer i hverdagen for å opprettholde følelsen av selvhjulpenhet, samtidig må personalet være bevisst at pasientene i enkelte situasjoner vil ha et økt behov for trygghet og omsorg.

Jeg vil dele opp diskusjonen etter kategoriene fra resultatdelen min, og se på om funnene under de ulike kategoriene kan gi meg svar på problemstillingen. Noen kategorier går litt over i hverandre, noe som også vil komme frem i diskusjonen.

4.1.1 Kompetanseutvikling

Flere av artiklene i studien understreker hvor viktig det er med kompetent og kvalifisert personalet for at eldre demente på sykehjem skal oppleve god livskvalitet (Doumit m.fl. 2010; Hovdenes 2002; Skaar & Sørderhamn 2011; Tretteteig m.fl. 2011; Orrell m.fl. 2008; Yeh m.fl. 2002). Personalet må ha nok kunnskap og kompetanse til å kunne analysere dementes adferd og ut fra det vite hvordan de best mulig skal møte denne adferden. Det er et økende antall eldre demente (Helse- og omsorgsdepartementet 2014) og derfor er det viktig at de som skal jobbe med dem er klar over hvilke behov og hvilken hjelp de trenger i de ulike fasene av sykdommen. Det finnes flere typer demens hvor hjelpebehovet og behovet for tilrettelegging vil variere, i tillegg er de som rammes ulike individer med individuelle behov. Derfor vil personell som skal jobbe med dem trenge spesialisert kompetanse rettet mot denne typen

pasienter for å kunne gi dem best mulig livskvalitet. Disse pasientene har et spesielt behov for trygghet og omsorg, og relasjonen mellom pleier og pasient er ekstra viktig. Helsepersonell som jobber med denne typen pasienter må vise interesse og engasjement for å ta nødvendig videreutdanning og kurs for å styrke sin kompetanse. I Demensplan 2015 «Den gode dagen» vektlegges det at kompetansen og kunnskapen innen demens, geriatri og psykisk helse skal styrkes, og at tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente medarbeidere. I tillegg til at kompetansen skal styrkes lokalt i primærhelsetjenesten skal også samarbeidet og oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten bli tettere. Den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten har en nyttig og viktig oppgave med å drive opplæring, veiledning og rådgivning til primærhelsetjenesten (Engedal 2008). Tiltak for å heve kompetansen og styrke opplæring knyttet til demens skal i følge «Demensplan 2015» finansieres gjennom regjeringens «Kompetanseløftet 2015» (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). Erfaringsmessig bør man satse på å styrke kompetansen til dem som allerede jobber med de demente, i stedet for å lete etter eksterne personer med den nødvendige kompetansen. For i tillegg til kompetanse kreves det også kontinuitet i personalgruppa til de som jobber med denne typen pasienter. Det samme personalet bør i størst mulig grad ta seg av de samme pasientene. En forutsetning for å kjenne de demente og tolke deres signaler er en tillitsfull og trygg relasjon som det tar tid å oppnå. Derfor vil ikke tilfeldige pleiere fra andre avdelinger eller vikarer som dropper innom ha samme mulighet til å være like oppmerksomme på de dementes behov som den stabile kompetente pleieren (Tuomi 2010). Det er en viktig faktor for kommunene å tenke over når de søker kompetente pleiere. De som allerede jobber med de demente har opparbeidet seg den trygge og tillitsfulle relasjonen og det vil bevare tryggheten for de demente om de får fortsette å jobbe med dem.

Demensplan 2015 kommer med anbefalinger om at helsepersonell som jobber med demente tar nødvendig videreutdanning og setter da rammene for hva som er anbefalt fra nasjonalt nivå. Når man jobber med mennesker, og kanskje spesielt mennesker med demens vil personlig egnethet også være av betydning, og de som er spesielt egnet har ikke alltid helsefaglig utdanning. Da vil det ikke alltid være den beste løsningen å ansette de med best utdanning.

I jobb med demente kommer man opp i etiske dilemmaer som kan gjøre at man blir usikker og utrygg. Da er det utfordrende å gi god omsorg og skape trygghet. Derfor anbefales det at personalet som jobber med demente får veiledning i etiske spørsmål og får styrket sin etiske kompetanse i tillegg til den faglige (Sosial- og helsedirektoratet 2007; Tuomi 2010).

Erfaringsmessig kan det være nyttig å la etiske refleksjoner bli en del av hverdagen, men det må planlegges hvordan og når den skal gjennomføres. Når personalet tvinges til refleksjon vil de erfaringsmessig også gradvis gjøre det til en del av hverdagen.

4.1.2 Identitet

Funn i studien viser at det er viktig med individuell tilrettelegging for å fremme livskvaliteten (Tretteteig m.fl. 2011). Det være seg aktiviteter og selvidentifiserende stimuli, tilpasning av rommet slik at det inneholder kjente gjenstander og at det legges til rette for samvær med familien (Cohen-Mansfield m.fl. 2011; Tretteteig m.fl. 2011). Det er da viktig at hverdagen på sykehjemmet inneholder rutiner som sikrer at personlige og betydningsfulle opplysninger om og for pasientene blir systematisk samlet inn og nedskrevet. Og at denne informasjonen er lett tilgjengelig for personalet slik at det blir et naturlig arbeidsredskap. Det sikrer at personalet kan legge til rette for hver enkelt pasient med bakgrunn i deres tidligere interesser og verdier. For å sikre struktur er det viktig at aktivitetene dokumenteres og legges inn i dagsplaner slik at det ikke er tilfeldighetene som avgjør om aktiviteten blir gjennomført. Å gi god omsorg handler om å finne ut om en annen persons historie og opplevde virkelighet for så å finne hvilke betingelser som må være tilstede for at personen skal oppleve tilfredshet (Sosial- og helsedirektoratet 2007). Da gis pasientene anledning til å holde på med, og delta på aktiviteter som man vet gir den enkelte pasient en tilfredshetsfølelse, og det gir også personalet grunnlag for å snakke om gamle minner sammen med pasientene. Noe som i følge funnene i studien gjør at de opplever økt glede og livskvalitet (Kalis m.fl. 2005). Hummelvoll (2012) s.385 understreker at «*en god aldring kjennetegnes av at man fortsatt kan være aktiv*». Individuell omsorg innebærer at også aktivitetene legges til rette basert på den enkeltes behov og interesser (Krüger 2010), og i rapporten fra sosial- og helsedirektoratet (2007) «Glemsk, men ikke glemt» er gode tjenester for demente, tjenester som er individuelt tilpasset hver enkelt i enhver fase i sykdommen. God livskvalitet innebærer da muligheten til å delta i meningsfylte aktiviteter, og de demente skal ikke påtvinges bestemte aktiviteter som de overhodet ikke ønsker å delta på. I følge «Forskrift for kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» (2003) kan det ved tilrettelegging av aktiviteter være naturlig å ta utgangspunkt i dagliglivets aktiviteter, som for eksempel å dekke bordet, lese aviser, lytte til musikk, synge, danse og gå turer. Ved å ta utgangspunkt i slike aktiviteter vil det omtrent alltid være en eller annen aktivitet som vil

passer for de aller fleste.

Når informasjon er innhentet og ting lagt til rette for en individuell behandling er det viktig at personalet er engasjert og bruker den informasjonen som er innhentet. Det er viktig at de bruker tid sammen med pasientene, lytter til hva de sier og viser interesse for pasientens tidligere liv ved å se på personlige bilder og eiendeler sammen med dem. Dette bidrar til å gi dem en følelse av identitet, trygghet og tilhørighet.

Noen studier viser at det å bli møtt med respekt er viktig for at pasientene skal oppleve god livskvalitet på sykehjem (Bondevik 2012; Hovdenes 2002; Slettebø 2008). Her blir personalets holdning i møte med pasientene viktig. Personalet må fremstå med ydmykhet og ha i tankene at det er pasientene som selv vet best hvordan de har det og hva de føler de har behov for. Dette kan være utfordrende når man jobber med demente da det ofte er vurderingsevnen og evnen til å uttrykke seg som kan være svekket. Det kan sette krav til personalet om at de må respektere at pasientene utfører ting på en litt annen måte enn forventet, men om pasienten ser ut til å være tilfreds, må man huske på å være ydmyk å respektere det. Det er viktig for pasientene å oppleve at de mestrer ting, og da er det opp til personalet å legge til rette slik at de får gjøre enkle ting de mestrer selv, det kan være tilstrekkelig med små daglige gjøremål som at de selv får bestemme når de vil stå opp og legge seg, og hvilke klær de vil ha på seg og når de vil dusje. Det er ikke alltid pasientene er i stand til å gjøre små dagligdagse gjøremål, og det setter ekstra krav til personalet om å klare å finne små enkle ting som pasienten kan klare selv for å opprettholde følelsen av å være selvhjulpne. I en omsorgsrolle kan det for personalet være fristende å overta for mye i pasientenes liv i forhold til at man glemmer å legge til rette for at de får opprettholdt sin mobilitet og selvhjulpnehet på områder hvor det er mulig. Det er viktig at personalet er bevisst dette, og funn i studien sier at det er viktig at pasientene får opprettholdt sin selvhjulpnehet for å bevare livskvaliteten og forebygge depresjon (Doumit m.fl. 2010; Stabell m.fl. 2003).

4.1.3 Følelser

Et viktig punkt i forhold til følelser og opplevelsen av livskvalitet er relasjoner. En tredjepart av de inkluderte artiklene i studien (Haugland m.fl. 2013; Hovdenes 2002; Kalis m.fl. 2011; Tretteteig m.fl. 2011; Yeh m.fl. 2002) sier noe om hvor viktig relasjoner er for opplevelsen av

livskvalitet. Det innebærer både relasjoner til nære familiemedlemmer og personalet. Personalet må legge til rette for at de demente får opprettholdt kontakten med familien selv om de er på sykehjemmet. Det er viktig at personalet informerer de pårørende om hvilke rutiner sykehjemmet har i forhold til besøk, og at det betyr mye for de demente at familie og venner opprettholder kontakten. Pårørende må få vite at de kan bidra med å øke livskvaliteten til de demente ved at de tar de med ut på turer (Slettebø 2008). Personalet kan også bidra til å hjelpe pasienten til å opprettholde kontakten med pårørende ved for eksempel å hjelpe pasientene med å ringe eller skrive brev, invitere til pårørendefester og skape en gjestfri og hyggelig atmosfære når pasientene får besøk. I «Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» (2003) påpekes det at pasientene skal ha mulighet for samvær og sosial kontakt. I tillegg bør personalet ta seg tid til å snakke med pårørende, da det å oppleve at far, mor eller ektefelle havner på sykehjem grunnet en demens-diagnose kan være en tøff påkjenning for mange. Det er viktig at personalet informerer pårørende om demenssykdommen, hvordan den rammer og hvordan den kan forandre den rammedes adferd. Og at personalet lytter, støtter og veileder de pårørende ved blant annet å informere dem om hvilke behov som fremdeles er der og hvilke nye behov som vil oppstå. Dette understrekes i artikkelen av Orrell m.fl. (2008) i studien.

Det er også viktig med gode relasjoner til personalet for at de demente skal ha det godt. Og dette sees spesielt i sen fase av sykdommen (Tretteteig m.fl. 2011). Det er viktig at personalet er klar over hvor viktig det er med den gode relasjonen og at de allerede ved første møtet forsøker å opparbeide et tillitsforhold, ved at de gjennom sine handlinger og holdninger viser at de er til å stole på. De må samhandle med pasientene, og sette pasientens behov og interesser foran sine egne, og behandle dem med ydmykhet og respekt (Røkenes & Hansen 2012). Personalets holdninger til pasientene vil påvirke opplevelsen av livskvaliteten, fordi holdningen vil gi føringer for hvordan personalet behandler pasientene. Om personalet har en ensartet holdning til eldre om at de er inkompetente vil de behandle alle ut fra denne oppfatningen, i stedet for å foreta individuelle vurderinger og kartlegginger i forhold til for eksempel funksjon og interesser (Foss & Wahl 2002). Hummelvoll (2012) sier at vi gjennom hele livet er avhengig av kontakt med andre mennesker. For å bevare og videreutvikle en god identitet og være et helt menneske er vi avhengig av å bli møtt med respekt.

Det er viktig for eldre demente på sykehjem å oppleve trygghet, og i tillegg til gode relasjoner til personalet oppnår de størst trivselsverdi med få pasienter per pleier. Samvær med dyr ga de også en følelse av velbehag da de fikk noen å snakke med og føle ansvar for (Cohen-

Mansfield m.fl. 2011; Slettebø 2008). Personalet har et ansvar for å skape gode relasjoner i samhandling med pasientene, men i forhold til antall pleiere per beboer har ikke personalet så mye makt, men de kan være med å dele sin kunnskap om hvor viktig det er overfor ledelse og politikere. Det er personalet sitt ansvar å strukturere dagene, og i tillegg tilstrebe å ha det som en rutine at det alltid er omsorgspersoner tilstede i fellesareal, for på den måten bidrar personalet til å skape trygghet hos pasientene. Personalet kan ta initiativ til ordninger der man kan få besøk av dyr i avdelingen eller man kan gå til anskaffelse av en katt eller hund som bor sammen med de demente. Ulike sykehjem har også tatt i bruk «kosedyr» for at pasientene skal få oppleve de stimuliene det er å ha samvær med dyr og noen å ha ansvar for. Dette tiltaket reiser i tillegg et etisk spørsmål som må diskuteres på hvert enkelt sykehjem. Behovet for nærhet til andre mennesker og trygge, forutsigbare og strukturerte omgivelser bekreftes også i rapporten «Glemsk, men ikke glemt» utgitt av sosial- og helsedirektoratet i 2007. Begrepet eller filosofien «The eden alternative» (Foss og Wahl 2002) legger vekt på hvor viktig det er for pasienter på sykehjem å oppleve å ha omsorg for andre mennesker, dyr, blomster og grønnsaker. Pasientene sår blomster eller grønnsaker og har ansvar for å vanne de og høste de når de er modne. Også her vektlegges gleden dyr skaper. Denne filosofien danner rammene for hva som er viktig for å oppleve god livskvalitet, men man er avhengig av personalets kreativitet og engasjement for å lykkes. Da kan det være at personlig egnethet teller mer enn god og relevant utdanning. Erfaringsmessig er det noen få demente på sykehjem som ikke er interessert i å være med noen form for aktiviteter, og vil bare stort sett sitte i en stol å hvile seg eller betrakte verden. Det er som tidligere nevnt viktig at de ikke påtvinges aktiviteter de ikke ønsker å delta på, og at engasjementet hos personalet blir så stort at det skaper irritasjon og uro hos disse pasientene.

4.1.4 Miljø

For at eldre demente skal oppleve god livskvalitet er det viktig at det fysiske miljøet rundt dem er tilrettelagt, med små egnede enheter med tilgang til uteareal (Helse- og omsorgsdepartementet 2014). I tillegg har lys, lyd og temperatur en betydning (Garre-Olmo m.fl. 2012). De store tradisjonelle sykehjemmene i flere etasjer med store oppholdsrom og lange korridorer er lite egnet for demente som trenger ekstra omsorg og trygghet. På disse sykehjemmene bor også de demente sammen med kognitivt friske pasienter og det blir

vanskelig å ha en individuelt tilrettelagt hverdag. Regjeringen har kommet med en veileder kalt «Veileder for utforming av sykehjem og omsorgsboliger», og vil gjennom et nytt investeringstilskudd i Husbanken i følge «Omsorgsplan 2015», legge til rette for at sykehjem og omsorgsboliger som bygges og moderniseres blir tilpasset og tilrettelagt for mennesker med demens og kognitiv svikt (Helse- og omsorgsdepartementet 2014).

Det finnes en del teori og forskning som vektlegger hvor viktig det er med riktig utforming av det fysiske miljøet i institusjoner for demente, men fant få artikler i studien som vektlegger det fysiske miljøet som en avgjørende faktor for god livskvalitet. Den fysiske utformingen kan likevel ha en indirekte betydning da riktig utforming av det fysiske miljøet kan være med å skape trygghet for de demente. Enkelte demente pasienter har en tendens til vandring, og for å forebygge at de går seg vill og blir enda mer forvirret kan man merke dører de kan gå inn i med kontrastfarger og/eller bilder og tegn. For eksempel et bilde av dem selv på døra til rommet deres og et hjerte på døra til toalettet. Sitteplasser i korridorene gir en mulighet for hvile, hvor det kan være naturlig å ha en samtale med andre pasienter eller personalet, og et naturlig avbrekk i vandringen. Slik vil utformingen av det fysiske miljøet ha en indirekte betydning for god livskvalitet, da funn i studien sier at trygghet er viktig for livskvaliteten (Foss & Wahl 2002).

«Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten» skal sikre at pasienter *«får dekket sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel»* (§1). Forskriftets § 3 gir en god beskrivelse for hva som menes i § 1, og mye av det som er nevnt i § 3 stemmer overens med hva funnene i studien finner er viktig for at pasientene skal oppleve god livskvalitet.

Funnene i studien kan oppsummeres kort med å henvise til Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk Sykepleierforbund 2011) hvor det står at en sykepleier skal fremme helse og forebygge sykdom (2.1), og understøtte håp, livsmot og mestring for pasienten (2.2). Som sykepleier skal man sørge for at hver enkelt pasient får helhetlig omsorg tilpasset sine behov (2.3), og fremme pasientens muligheter for å ta selvstendige avgjørelser ved å gi tilpasset informasjon (2.4).

4.2 Metodediskusjon

Metoden var gitt på forhånd, studien skulle være en litteraturstudie. Da er det andres funn som tolkes og fremstilles. I denne studien ble en god del artikler gjennomgått, men bare artikler som var tilgjengelig online i fulltekst ble inkludert, dette gjør at viktige artikler som kan ha gitt andre svar er uteblitt.

De fleste artikler som er brukt i studien omhandler pasienter på sykehjem som antas å være kognitivt friske der ikke annet er spesifisert. Da 75-80 % av beboere på norske sykehjem har en eller annen form for kognitiv svikt (Engedal 2008), antar jeg at noen av artiklene som er inkludert i studien også inkluderer demente selv om det ikke er spesifisert i artikkelen. Tar utgangspunkt i at denne prosentandelen også gjelder i andre land, da jeg ikke kan finne litteratur eller forskning som sier at dette er en lidelse som er mer utbredt i Norge. Hvordan man opplever livskvalitet vil avhenge av hvilke verdier man har i livet, og jeg antar at verdiene ikke endrer seg selv om man utvikler en demens. Sannsynligvis vil de grunnleggende behovene som identitet, trygghet og omsorg øke, og det er allerede behov som i følge studien er viktige.

Henviser for øvrig til kapittel 2.3 om etiske overveielser.

5 Avslutning

Hensikten med denne studien er å finne ut hvordan helsepersonell kan fremme livskvaliteten til eldre demente på sykehjem.

Forskning og teori som jeg har benyttet legger stor vekt på det psykososiale aspektet, og har mindre fokus på hvilken betydning den fysiske utformingen av miljøet og den fysiske aktiviteten har for opplevelse av god livskvalitet. Kompetanse og engasjement hos personalet er viktig. De må legge til rette for en individuell behandling og møte pasientene med respekt og ydmykhet. Demente er en pasientgruppe som er ekstra avhengig av gode relasjoner og at de er omgitt av trygghet og stabilitet.

I «Demensplan 2015» står det at det finnes lite forskning rundt demente i Norge og Norden, men at det de siste ti årene har vært et satsningsområde og at denne satsningen vil øke videre frem i tid. En av grunnene til at det finnes lite forskning om demente er at det knytter seg mye etikk til slik forskning, og at demenslidelser ikke har hatt høy status i medisinsk forskning. Men fordi mengden demente har økt har fokuset nå endret seg i forskningsmiljøene fra *om* demente skal inkluderes til *hvordan* de skal inkluderes (Helse- og omsorgsdepartementet 2014; Hauvik 2012).

Det er overraskende få artikler som legger vekt på det fysiske miljøet for at de demente skal ha en god hverdag. Kan det ha en sammenheng med at det finnes lite forskning som retter seg spesielt mot demente på institusjon, eller har ikke det fysiske miljøet så stor betydning som fagmiljøene tror? Det finnes få studier i Norden som har evaluert slike små tilrettelagte bomiljøer, likevel anbefaler fagmiljøet at alle nye institusjoner og omsorgsboliger bygges som små tilrettelagte enheter (Helse- og omsorgsdepartementet 2014).

Fysisk aktivitet blir ikke nevnt å være av betydning for opplevelsen av god livskvalitet i noen av artiklene eller teorien som er gjennomgått for å finne svar på problemstillingen. Skyldes det at det ikke er av så stor betydning som man tror, eller er det fordi det finnes begrensede mengder forskning på område?

Fremtidig forskning bør se på hvordan demente kan inkluderes best mulig i forskningen. Demente kan erfaringsmessig ha en høyere skepsis til å være med på forskningsprosjekter, slik at man må endre fremgangsmåte i forhold til hvordan de inkluderes, og kanskje må forskningen gjøres på en litt annen måte enn til kognitivt friske. I fremtiden bør man ha

studier som ser utelukkende på hvordan demente opplever livskvaliteten på institusjoner, og videre sammenligne med funn hvor bare kognitivt friske er inkludert, da jeg tenker det kan være utfordrende å bruke samme fremgangsmåte og måleinstrumenter på kognitivt friske og demente.

Henviser også til kapittel 1 i oppgaven hvor det er referert til hva Stordal m.fl. (2012) og Hauvik (2012) mener er årsaken til at det finnes begrenset forskning på demente og hva det bør satses på i fremtiden.

Denne studien vil være relevant lesning for helsepersonell som jobber med demente da den vil ha en rådgivende funksjon i forhold til hva som er viktig for å bidra til god livskvalitet hos demente når de bor på institusjon.

REFERANSELISTE

- Barca, M. L., (2009) Depresjon ved demens – en faglig utfordring. *Demens & Alderspsykiatri*, 13(3), s.22-26
- Bondevik, M. (2012) Livskvalitet hos hundreåringer. *Geriatrisk sykepleie*, 2, s.16-24.
- Bruvik, F., Mjørud, M., Engedal, K., (2012) Utfordringer ved vurdering av livskvalitet hos personer med demens. *Geriatrisk Sykepleie*, 2, s. 8-15
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., Freedman, L. S., Murad, H., Thein, K. & Dakheel-Ali, M. (2012). What affects pleasure in persons with advanced stage dementia?. *Journal of Psychiatric Research*, 46, s.402-406.
- Dalland, O., (1997) *Metode og Oppgaveskriving for studenter* Oslo: Universitetsforlaget
- Doumit, J. & Nasser, R. (2010) Quality of life and wellbeing of the elderly in Lebanese nursing homes. *International Journal of Health Care Quality of Assurance*, 23 (1), s.72-93
- Engedal, K., (2013) Eldreomsorgen må bli «smartere». *Sykepleien forskning* 03, s.191
- Engedal, K., (2008) *Lærebok i alderspsykiatri i praksis*.(2.utg.) Tønsberg: Forlaget aldring og Helse 2008.
- Folkhelseinstituttet (2013) *Demens – faktaark*. [online] Tilgjengelig fra: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,5980&MainContent_6263=6464:0:25,5981&List_6212=6218:0:25,5987:1:0:0::0:0 [Lastet ned 13. september 2013]
- FOR (2003) *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. FOR-2003-06-27 nr.792 [online] Tilgjengelig fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> [Lastet ned 8.april 2014]
- Foss, B. & Wahl, A.K., (2002) Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien* [online] 90(18):35-39 Tilgjengelig fra: http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/utskriftsvennlig?p_document_id=121282 [Lastet ned 8.april 2014]
- Garre-Olmo, J., Lòpez-Pousa, S., Turon-Estrada, A., Juvinyà, D., Ballester, D. & Vilalata-Franch, J.(2012). Environmental Determinants of Quality of Life in Nursing Home Residents with Severe Dementia. *JAGS*, 60, s.1230-1236.
- Haugland, B.O., Drageset, J. & Natvig, K. (2013). Samanhengen mellom helse relatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klare sjukeheimsbebuvarar. [online] *Nordisk sygeplejeforskning*, nr.01. Tilgjengelig fra: <http://www.idunn.no/ts/nsf/2013/01> [Lastet ned 1.november 2013]
- Hauvik, S., (2012) Etisk utfordrende å forske på demens. *Sykepleien* 14, s.57-59
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Demensplan 2015 «Den gode dagen»* Delplan til Omsorgsplan 2015 [online] Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/pages/35878701/demensplan_2015.pdf [Lastet ned 14.mai 2014]

Helse- og omsorgsdepartementet (2014) *Nasjonalt system for måling av forskningskvalitet* [online] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning.html?id=446980> [Lastet ned 16.mai 2014]

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

Hoe, G., Hancock, G., Livingstone, G. & Orrell, M. (2006) Quality of life of people with dementia in residential care homes. *The British Journal of Psychiatry*, 188, s. 460-464.

Hovdenes, G.H. (2002). Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem – tilintetjørelse eller virkeliggjørelse. *Vård i Norden*, 22 (3), s.21-26.

Høstmælingen, J., (2009). Deprimerte demente [online] sykepleien.no. Tilgjengelig fra: <http://www.sykepleien.no/nyhet/119021/deprimerte-demente> [Lastet ned 12. september 2013]

Kalis, A., Schermer, M. & Delden, J. (2005). Ideals regarding a good life for nursing home residents with dementia: views of professional caregivers. *Nursing Ethics* 12 (1), s.30-42.

Krüger, R.M.E. (2010) Hurra for de gode øyeblikkene. *Demens&Alderspsykiatri*, 14 (2), s.16-18

Mjørud, M., Engedal, K., Barca, M. L. & Ytrehus, S. Livskvalitet, depressive symptomer og funksjonssvikt hos personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 6 (2), s. 178-186.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (2014) *Søknadsbase for publiseringskanaler* [online] Tilgjengelig fra: https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/KanalTreffliste?enkeltSok=The+British+Journal+of+Psychiatry&checkbox_bibsys=true&sok.avansert=false&treffliste.tidsskriftTreffside=1&treffliste.forlagTreffside=1&treffliste.vis=true [Lastet ned 16.mai 2014]

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [online] Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf [Lastet ned 16.mai 2014]

Orrell, M., Hancock, G., Galboda Liynage, K.C., Woods, B., Challis, D. & Hoe, J. (2008) The needs of people with dementia in care homes: the perspective of users, staff and family caregivers. *International Psychogeriatrics*, 20 (5), s. 941-951

Røkenes, O.H. & Hanssen, P.H. (2012) *Bære eller bryte – kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. (3.utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Skaar, R. & Söderhamn, U. (2011). Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet – En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse.[online] *Nordisk sygeplejeforskning*, Nr. 03. Tilgjengelig fra: <http://www.idunn.no/ts/nsf/2011/03/art01> [Lastet ned 3.desember 2013]

Slettebø, Å. (2008). Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden*, 28 (1), s.22-25.

Sosial- og helsedirektoratet (2007) *Glemsk, men ikke glemt Rapport IS-1486* Oslo forlagstrykkeri AS

Stabell, Aa. & Lindstrøm, U.Å. (2003). Mot opplevelse av integritet og verdighet – en streben og strid? *Vård i Norden*, 23 (4), s.29-34.

Stordal, E., Solhaug, H.I, Bosnes, I., Følstad, A. (2012) Prevalens av depresjon hos eldre: en kort oversikt basert på erfaringer med epidemiologisk forskning fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi*, 22 (2), s.197-201

Tretteteig, S. & Thorsen, K. (2011) Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7 (2), s.39-61.

Yeh, S., Sehy, Y. A. & Lin., L. (2002) The Quality of Nursing Home Care in Taiwan. *Journal of Gerontological Nursing*, 28 (8), s.13-21.

Illustrasjonsfoto [online] Tilgjengelig fra:

http://data.whicdn.com/images/7373383/love.people.cute.my.b.w.favs.relation.joy-913a23114c032a80405a268c6b3c8578_h_large.jpg?1298401831 [Lastet ned 16.mai 2014]

Vedlegg 1

Tabell 3: Ekskluderte artikler

Forfatterens navn:	Artikkelens navn:	Årsak til ekskludering:
Juanita Hoe, Geraldine Hancock, Gill Livingstone, Bob Woods, David Challis og Martin Orrell	Changes in the life of people with dementia living in care homes	Er ikke registrert i NSD
S Ruths	Nytteverdien av skjermede enheter for demente	Review artikkel
Bernadette Willemse, Dieneke Smith, Jacomine de Lange og Anne Margriet Pot	Nursing home care for people with dementia and residents`quality of life, quality of care and staff well-being: Design of the Living Arrangements for people with dementia (LAD)-study	Artikkelen beskriver utviklingen av et instrument for å måle hvilken effekt ulike boenheter har på livskvaliteten til demente
Gary S. Winzelberg, Christianna S. Williams, John S. Preisser, Sheryl Zimmerman og Philip Sloane	Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long term care facilities	Pleieassistenters vurdering av livskvaliteten målt ut fra et skjema til å måle livskvaliteten hos pasienter med Alzheimer
Rebecca O. Cadigan, David C. Grabowski, Jane L. Givens og Susan Mitchell	The quality of advanced dementia care in the nursing home	Artikkel om kvaliteten på demensomsorgen i sykehjem
Ådel Bergland	Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem	Review artikkel
Naoto Taguchi, Yasuki Higaki, Shinichi Inoue, Hiromi Kimura og Keitaro Tanaka	Effects of a 12-month multicomponent exercise program on physical performance, daily physical activity, and quality of life in very elderly people with minor disabilities: an intervention study	Er ikke registrert i NSD.
Anna Les´ og Marta Gaworska	Quality of life and functional fitness of the elderly	Er ikke registrert i NSD.
Schermer, Maartje	In search of «the good life» for demented elderly	Svarer ikke til hensikten i oppgaven. Går igjennom hva forskjellige teori sier om good life hos demente
Tuomji, Marjo	Livskvalitet och meningsfull vardag for demensdrabbade på vård och omsorgsboenden	Er ikke registrert i NSD

Vedlegg 2

Tabell 2: Oversikt over inkluderte artikler:

- Artikkel 1:

Forfattere, Årstall, Land	Mjørud m.fl. (2011) Norge
Studiens hensikt	Å undersøke sammenhengen mellom livskvalitet, depressive symptomer, funksjonssvikt og grad av demens
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativ
Deltagere (frafall)	223
Analysemetode	Korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse
Hovedresultat	Livskvalitet hos personer med demens påvirkes av depresjonssymptomer og funksjonsnivå. Tap av egenomsorgsevne og autonomi påvirker livskvaliteten. Viktig at de som arbeider med demente i sykehjem har kompetanse om hva som kan påvirke livskvaliteten.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 2:

Forfattere, Årstall, Land	Haugland m.fl. (2013) Norge
Studiens hensikt	Å undersøke sammenhengen mellom helserelatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klåre sykehjemsbeboere
Design/Intervensjon/Instrument	kvalitativ
Deltagere (frafall)	227
Analysemetode	Deskriptiv statistikk og variansanalys. Regresjonsanalyse
Hovedresultat	Livskvaliteten har sammenheng med kontakten med egne barn. Økt ønske om kontakt med egne barn har sammenheng med lavere mental helse. Relasjoner til pleiepersonalet er viktig for trivselen på sykehjem.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 3:

Forfattere, Årstall, Land	Tretteteig m.fl. (2011) Norge
Studiens hensikt	Å undersøke hva som oppleves som god livskvalitet for personer med demenssykdom under sykdomsforløpet.
Design/Intervensjon/Instrument	kvalitativ
Deltagere (frafall)	6
Analysemetode	Narrativ tilnærming og analyse
Hovedresultat	Livshistorisk kunnskap om den demente blant omsorgspersonalet gjør at de lettere vet hva som gir mening og glede til den demente. Og de kan gi god personsentrert omsorg.

	Familiereelasjoner er viktig for den demente. Det gir kontinuitet, følelsesmessig nærhet, selvbekreftelse og identitetsfølelse. Derfor er det viktig at det legges til rette for at disse kan opprettholdes når pasienten er på sykehjem. Livskvaliteten spesielt i sen fase av sykdommen er avhengig av personalet og andre nære omsorgspersoners evne til å gi trygghet og omsorg.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- **Artikkel 4:**

Forfattere, Årstall, Land	Skaar & Sjøderhamn (2009) Norge
Studiens hensikt	Å undersøke om deltakelse i et tilpasset kulturaktivitetsprogram fører til velvære for pasienter med demenslidelse
Design/Intervensjon/Instrument	kvalitativ
Deltagere (frfall)	12
Analysemetode	Ikke-deltagende observasjon og semistrukturert intervju
Hovedresultat	For å skape gode opplevelser for pasienter med en demenslidelse er det viktig å tilby kulturell aktivitet som er tilpasset hver enkelt. For å skape gode opplevelser for personer med en demenslidelse er det også viktig med utdannet personell som er interessert og engasjert og har god kjennskap til målgruppen.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- **Artikkel 5:**

Forfattere, Årstall, Land	Kalis m.fl. (2005) Nederland
Studiens hensikt	Hva er det som gjør at sykehjemsbeboere med demens får et godt liv, sett fra omsorgspersonenes side.
Design/Intervensjon/Instrument	kvalitativ
Deltagere (frfall)	10
Analysemetode	WinMAX software for kvalitativ tekstanalyse
Hovedresultat	Ha sin egen leilighet/rom i små enheter, hvor de kan slappe av når de ønsker det. Ha mulighet til å gå ut. Få lov til å være i dårlig humør. Relasjoner til medbeboere og personalet. Mulighet til å gjøre aktiviteter, husarbeid og snakke om gamle minner sammen med personalet.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 2

- **Artikkel 6:**

Forfattere, Årstall, Land	Åshild Slettebø (2008) Norge
Studiens hensikt	En gruppe sykehjemsbeboere beskriver hvordan de opplever å bo på sykehjem. Hvordan opplever de omsorgen, og hva kan personalet gjøre for at beboerne skal ha det godt.
Design/Intervensjon/Instrument	kvalitativ
Deltagere (frafall)	14
Analysemetode	Hermeneutisk innholdsanalyse
Hovedresultat	Alle beboerne la vekt på viktigheten av å føle seg trygg og å bli møtt med respekt. De var opptatt av at personalet tilbringer tid sammen med dem, og at personalet oppmuntrer familie og venner til å komme på besøk, og til å ta beboerne med ut på tur.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 7:

Forfattere, Årstall, Land	Margareth Bondevik (2012) Norge
Studiens hensikt	Hensikten med studien var å få økt kunnskap om personer som er 100 år og eldre i Norge. Kunnskap om deres livshistorie, livet i nåtid og deres tanker om fremtiden vil gi bedret empirisk grunnlag for relevante intervensjonsstrategier.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativt
Deltagere (frafall)	51
Analysemetode	Giorgios analysemetode.
Hovedresultat	Det gode liv omfatter hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon. Og opplevelsen av respekt er viktig for å oppnå god livskvalitet.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 8:

Forfattere, Årstall, Land	Gøril H. Hovdenes (2002) Norge
Studiens hensikt	Hva gir opplevelse av mening i livet når man bor i et norsk alders- og sykehjem
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativt dybdeintervju
Deltagere (frafall)	51
Analysemetode	Giorgios analysemetode
Hovedresultat	Pasientens opplevelse av pleierelasjonen er avgjørende for et meningsfylt liv. Meningsopplevelsen skapes i relasjon til pleierne, pårørende og medpasienter. Pleierne må møte pasientene som en person og levende sjel med individuelle behov.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 9:

Forfattere, Årstall, Land	Stabell m.fl. (2003) Norge
Studiens hensikt	På hvilken måte opprettholder beboerne på sykehjem sin verdighet og integritet.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativt
Deltagere (frafall)	5
Analysemetode	Hermeneutisk.
Hovedresultat	Hva man opplever som verdier endrer seg når man kommer på institusjon. Man skal av personalet bli behandlet som individuelle personer, få den hjelpen man trenger, og mulighet til å opprettholde sin selvhjulpenhet.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 10:

Forfattere, Årstall, Land	Yeh m.fl. (2002) Taiwan
Studiens hensikt	Hvordan er kvaliteten på omsorgen til pasientene på Taiwanske sykehjem og hvor fornøyde er de.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativt
Deltagere (frafall)	308
Analysemetode	Statistisk analyse
Hovedresultat	Relasjonen til personalet påvirker hvor fornøyde de er. Deltakelse i aktiviteter og det at familien får komme og delta i aktiviteter sammen med beboerne er viktig for at de skal være tilfredse med oppholdet. Individuelle familiemøter hvor man kan informere og diskutere problemer, slik at man sammen kan gjøre det best mulig for den enkelte beboer. Kompetanseheving blant personalet er også avgjørende for tilfredsheten. De må ha kompetanse for å møte stadig nye utfordringer.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- Artikkel 11:

Forfattere, Årstall, Land	Orrell m.fl. (2008) England
Studiens hensikt	Sammenligne hvordan eldre demente på sykehjem vurderer sine behov i forhold til hvordan personalet og pårørende vurderer deres behov.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativ
Deltagere (frafall)	238
Analysemetode	Cohen`s
Hovedresultat	Demente er i stand til å si noe om hvilke behov de har. De har behov for sosial kontakt og at personalet ser og hører dem som ulike individer. Da demente ikke har samme evnen til å uttrykke sine behov verbalt trenger

	personalet opplæring og trening på å gjenkjenne behov. Bedre informasjon til pårørende og venner om demente og deres behov.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- **Artikkel 12:**

Forfattere, Årstall, Land	Doumit m.fl. (2010) Libanon
Studiens hensikt	Vurdere livskvaliteten i forhold til velvære-opplevelsen hos eldre på sykehjem i Libanon
Design/Intervensjon/Instrument	Kvasiekperimentell
Deltagere (frafall)	220
Analysemetode	kvantitativ
Hovedresultat	Et relativt høyt nivå av mild depresjon blant eldre beboere og mangel på mobilitet. Normalt fungerende eldre beboere er godt ernært og har moderat daglig aktivitet. Om de får mulighet til å opprettholde sin mobilitet og selvhjelpenhet og får delta på aktiviteter vil det forebygge depresjon. Lavt pasient-pleier forhold fører til et høyere omsorgsnivå, derfor er det viktig med utdanning av personalet slik at de er mer kompetent til å gi pasientene den hjelpen de trenger.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 1

- **Artikkel 13:**

Forfattere, Årstall, Land	Garre-Olmo m.fl. (2012) Spania
Studiens hensikt	Se på forbindelsen mellom livskvaliteten og miljøfaktorer som lys, lyd og temperatur hos sykehjemsbeboere med alvorlig demens.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativ
Deltagere (frafall)	160
Analysemetode	Tverrsnittstudie
Hovedresultat	Å gjøre noe med lys, lyd og temperatur på en avdeling for demente kan gjøre at de opplever økt livskvalitet. Høy temperatur og lite lys på soverommet hadde negativ effekt på trivselen for de som brukte mange timer der, og høy lyd på oppholdsrommet hadde negativ effekt på adferd og trivsel.
Studiedesign - kvalitet	Ekspertgransket

- **Artikkel 14:**

Forfattere, Årstall, Land	Cohen-Mansfield m.fl. (2011) USA
----------------------------------	----------------------------------

Studiens hensikt	Se på hva som påvirker opplevelsen av trivsel hos personer med langtkommen demens. Undersøke virkningen av miljøet, personlige egenskaper og stimuli.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativ
Deltagere (frafall)	193
Analysemetode	Systematisk observasjon
Hovedresultat	En kombinasjon av miljøet, personlige egenskaper og ytre stimuli påvirker hvordan demente opplever trivsel. Det som ga merkbart best opplevelse av trivsel var moderat lydnivå, selvidentifiserende stimuli, musikk, samvær med dyr, 2-3 personalet i miljøet, spesielt god respons på 1:1.
Studiedesign - kvalitet	Ekspertgransket

- **Artikkel 15:**

Forfattere, Årstall, Land	Hoe m.fl. (2006) England
Studiens hensikt	Sammenligne eldre demente på sykehjem sitt syn på livskvalitet i forhold til personalet sitt syn og hva som påvirker livskvaliteten.
Design/Intervensjon/Instrument	Kvalitativ
Deltagere (frafall)	238
Analysemetode	Systematisk observasjon
Hovedresultat	For de demente var det humøret som hadde størst betydning for livskvaliteten, mens personalet mente deres avhengighet av hjelp hadde størst betydning.
Studiedesign - kvalitet	NSD nivå 2

Vedlegg 3

Tabell 4: analyse av artikler

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Mjørud m.fl. (2011) Norge	Livskvalitet hos personer med demens påvirkes av depresjonssymptomer og funksjonsnivå. Opplever det tungt å gradvis miste funksjonsevnen.	Tap	Følelser
	Tap av egenomsorgsevne og autonomi påvirker livskvaliteten.	Tap	Følelser
	Viktig at de som arbeider med demente i sykehjem har kompetanse om hva som kan påvirke livskvaliteten.	Kvalifisert personale	Kompetanse

Artikkel 2:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Haugland m.fl. (2013) Norge	Livskvaliteten har sammenheng med kontakten med egne barn. Økt ønske om kontakt med egne barn har sammenheng med lavere mental helse.	Relasjon	Følelser Selvbekreftelse Identitet
	Relasjoner til pleiepersonalet er viktig for trivselen på sykehjem.	Relasjon	Følelser

Artikkel 3:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Tretteteig m.fl. (2011) Norge	Livshistorisk kunnskap om den demente blant omsorgspersonalet gjør at de lettere vet hva som gir mening og glede til den demente. Og de kan gi god personsentrert omsorg.	individuell tilrettelegging	Identitet
	Familierelasjoner er viktig for den demente. Det gir kontinuitet, følelsesmessig nærhet, selvbekreftelse og identitetsfølelse. Derfor er det viktig at det legges til rette for at disse kan opprettholdes når pasienten er på sykehjem.	Relasjoner Familierelasjoner og kontakt med nære pårørende	Følelser Identitet

	Livskvaliteten spesielt i sen fase av sykdommen er avhengig av personalet og andre nære omsorgspersoners evne til å gi trygghet og omsorg.	Kvalifisert personale	kompetanse
--	--	-----------------------	------------

Artikkel 4:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Skaar & Søderhamn (2009) Norge	For å skape gode opplevelser for pasienter med en demens-lidelse er det viktig å tilby kulturell aktivitet som er tilpasset hver enkelt.	Individuell tilrettelegging	Identitet
	For å skape gode opplevelser for personer med en demens-lidelse er det også viktig med utdannet personell som er interessert og engasjert og har god kjennskap til målgruppen.	Kvalifisert personale	Kompetanseutvikling

Artikkel 5:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Kalis m.fl. (2005) Nederland	Ha sin egen leilighet/rom i små enheter, hvor de kan slappe av når de ønsker det. Ha mulighet til å gå ut.	individuell tilrettelegging	Identitet
	Relasjoner til medbeboere og til personalet.	Relasjoner	Følelser
	Mulighet til å gjøre aktiviteter, husarbeid og snakke om gamle minner sammen med personalet.	Aktivitet	Følelser

Artikkel 6:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Slettebø, Åshild (2008) Norge	Viktig å bo et sted hvor det er personal tilgjengelig hele døgnet.	Å ha noen i nærheten gjør at de opplever trygghet	Følelser
	Viktig å oppleve at de blir møtt med respekt. Og at personalet er pålitelig.	Respekt Autonomi	Identitet

	Personalet oppmuntrer familie og venner til å komme på besøk, og til å ta med beboerne ut på turer.	Relasjoner	Følelser
--	---	------------	----------

Artikkel 7:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Bondevik, Magnhild (2012) Norge	Det gode liv omfatter hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon.	Mestring	Følelser
	Opplevelsen av respekt er viktig for en god livskvalitet	Respekt	Identitet

Artikkel 8:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Hovdenes (2002) Norge	Pasientens opplevelse av pleierelasjonen er avgjørende for et meningsfylt liv. En god opplevelse er avhengig av hvordan relasjonen til pleierne er, pleierne må være tilstede i relasjonen og berøre pasientene på de riktige måtene. Det er viktig at pleierne har kunnskap om betydningen av denne relasjonen.	Relasjonell kunnskap og kompetanse hos personalet	Kompetanseutvikling
	Meningsopplevelsen skapes i relasjoner til medpasienter, pårørende og personalet.	Relasjoner	Følelser
	Pleierne må møte pasientene som en person og levende sjel, for å bevare deres autonomi og respekt	Respekt	Identitet

Artikkel 9:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Stabell m.fl. (2003) Norge	Mulighet til å opprettholde sin selvhjelpenhet.	Mestring, få anledning til å gjøre ting de klarer selv	Følelser
	Man skal av personalet bli behandlet som individuelle personer og få den hjelpen man trenger	Respekt	Identitet

Artikkel 10:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Yeh m.fl. (2002) Taiwan	Relasjonen til personalet påvirker hvor fornøyde de er.	Relasjon	Følelser
	Deltakelse i aktiviteter på sykehjemmet	Aktivitet	Følelser
	Det er viktig at familien får komme og delta i aktiviteter sammen med beboerne for at de skal oppleve tilfredshet.	Relasjoner til familien viktig	Identitet
	Individuelle familiemøter hvor man kan informere og diskutere problemer, slik at man sammen kan gjøre det best mulig for den enkelte beboer.	Individuell tilrettelegging	Identitet
	Kompetanseheving blant personalet er også avgjørende for tilfredsheten. De må ha kompetanse for å møte stadig nye utfordringer.	Økt kompetanse og spesialisert kompetanse	Kompetanseheving

Artikkel 11:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Orrell m.fl. (2008) England	Demente har behov for sosial kontakt og at personalet ser og hører dem som ulike individer.	individuell tilrettelegging	Identitet
	Demente har redusert evne til å uttrykke sine behov verbalt, derfor trenger personalet opplæring og trening på å gjenkjenne deres behov.	Kvalifisert personale med relevant kompetanse	Kompetanseheving
	Bedre informasjon til pårørende og venner om demente og deres behov.	Informasjon	Inkludering

Artikkel 12:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Doumit m.fl. (2010) Libanon	Demente har behov for å få opprettholdt sin mobilitet og selvhjulpenhet for å forebygge depresjon	Mestring, få anledning til å gjøre ting de klarer selv	Følelser
	Viktig med utdanning av personalet slik at de er mer kompetent til å gi pasientene	Kvalifisert personale med relevant	Kompetanseheving

	den hjelpen de trenger.	kompetanse	
	Anledning til å delta på aktiviteter vil forebygge depresjon	Aktivitet	Følelser

Artikkel 13:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Garre-Olmo m.fl. (2012) Spania	Å gjøre noe med lys, lyd og temperatur på en avdeling for demente kan gjøre at de opplever økt livskvalitet. Høy temperatur og lite lys på soverommet hadde negativ effekt på trivselen for de som brukte mange timer der, og høy lyd på oppholdsrommet hadde negativ effekt på adferd og trivsel.	Lys, lyd og temperatur	Miljø

Artikkel 14:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Cohen-Mansfield m.fl. (2011) USA	Det som ga merkbart best opplevelse av trivsel var moderat lydnivå	Lyd	Miljø
	Selvidentifiserende stimuli ga god opplevelse av trivsel, stimuliene var da basert på hva de hadde hatt som hobby eller yrke som for eksempel kokken som fikk se matprogram og håndarbeid til de som hadde hatt det som sin hobby.	Individuell tilrettelegging	Identitet
	Å lytte til musikk ga merkbart bedre trivsel	Tilpasset lyd	Miljø
	Samvær med dyr ga en merkbar opplevelse av trivsel og velbehag	Noen å snakke med og føle ansvar for	Følelser
	2-3 personal tilstede i oppholdsrommet som arena for sosial samlingsplass ga en opplevelse av trivsel, og spesiell respons i forhold til trivsel var det ved 1:1 forhold pleier og pasient	Trygghet ved nærhet	Følelser

Artikkel 15:

Forfattere	Hovedresultat	Subkategori	Kategori
Hoe m.fl. (2011) England	Humøret har større betydning for livskvaliteten enn avhengigheten av hjelp, personalet må derfor lage individuelle omsorgsplaner som identifiserer hva som påvirker humøret.	Individuell tilrettelegging	Identitet

Vedlegg 4: Hellzen`s vurderingsmal

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler for urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

Titel:.....

.....

Årtal:.....Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

.....

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....
.....
.....
.....

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention
Annan

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv
Randomiserad Kontrollerad
Intervention Annan

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N)
Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens längd.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering? Ja Nej
Är perspektiv/kontext presenterade? Ja Nej
Finns ett etiskt resonemang? Ja Nej
Urval relevant? Ja Nej
Är försökspersonerna väl beskrivna? Ja Nej
Är metoden tydligt beskriven? Ja Nej
Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat? Ja Nej
Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i
överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt? Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....
.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A .(1999)

