



Geriatrisk sykepleie

NR. 1-2012

LANDSGRUPPEN AV GERIATRISK SYKEPLEIE NSF



Eldre skal ha det godt

- ✓ Trivsel på sykehjem
- ✓ Helsebringende å delta i kor
- ✓ Åndelig omsorg til personer med demens
- ✓ Overganger hos eldre

Sykepleien

For mer informasjon
og påmelding, se
www.psykopp.no

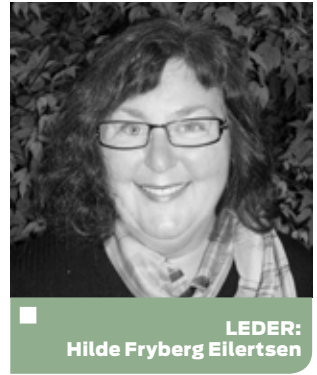
29.–31. mai 2012 • Clarion Hotel, Stavanger

Samhandling for eldres helse

– regional konferanse for eldremedisin i vest 2012

Med foredrag fra internasjonale og nasjonale forskere og klinikere, bl.a. Anette Hysten Ranhoff, Bengt Winblad, Knut Engedal, Per Fugelli, Dag Årslund, Bettina Husebø og Stein Husebø.

Målgrupper: Hjelpepleiere, sykepleiere, spesialister, fagutviklere, forskere, pårørende og allmennhet



LEDER:
Hilde Fryberg Eilertsen

Kjære lesere!

Du holder den første utgaven av «nye» Geriatrik Sykepleie (GS) i hånden. NSF FGD som utgir GS har gått inn i et prosjekt med Sykepleien om utforming og utgivelse av tidsskriftet vårt. Det innebærer nytt format. NSF FGDS styre har fortsatt ansvar for det faglige innholdet i tidsskriftet. Samarbeidet med Sykepleien gir oss tilgang på kompetanse innen journalistikk, design og hjelp med logistikk – kompetanse som er nødvendig for å lage gode fagblad. Nå kan vi konsentrere oss om å videreutvikle kvaliteten på innholdet for dere som leser tidsskriftet. Vi ser frem til å få tilbakemeldinger fra dere. Så skriv noen ord til oss om hva du som leser synes.

Tidsskriftet Geriatrik Sykepleie kom ut for første gang i 2009 med temanummer om depresjoner hos eldre. Siden har GS dekket tema som smerte, ernæring, dokumentasjon, legemidler, brukermedvirkning/tvang, sansevikt – alltid med tanke på eldre personer og personer med demens. Alle medlemmer i faggruppen får tilsendt tidsskriftet som også inneholder medlemsinformasjon til våre medlemmer. GS har bidratt til å bygge en sterkere faggruppe. Vi har etablert en redaksjonskomite med kyndige vitenskapspersoner. Fagfellevurdering av artiklene er også innført for å sikre den faglige kvaliteten. I løpet av tre år har GS utviklet seg som et viktig organ for formidling av sykepleiefaget og forskning innen geriatri. Og tidsskriftet må videre.

I 2011 etablerte GS en gjesteredaktør ordning. Gjesteredaktøren har bidratt med planlegging og tilrettelegging av et temanummer i samarbeid med redaktør Karen Bjøro. Og denne ordningen videreføres med spennende temanummer i 2012. Dette første nummer av Geriatrik Sykepleie handler om eldre men-

neskers psykososiale og åndelige behov med førsteamanuensis Solveig Hauge som gjesteredaktør. I neste utgave av tidsskriftet tar vi opp temaet livskvalitet i eldre år med førsteamanuensis Jorunn Drageset som gjesteredaktør. Og senere i år inntar Liv Wergeland Sørby gjesteredaktørplassen med døden som tema. Tusen takk til dere for innsatsen for faggruppen.

Redaktør Karen Bjøro ble i november 2011 valgt til annen nesteleder i Norsk Sykepleierforbund, og hun fratrer GS redaktørstolen. Jeg vil benytte anledningen til å takke henne for innsatsen med etablering av tidsskriftet. Det har vært krevende, og da er det godt å vite at tidsskriftet setter spor i norsk geriatrik sykepleie og blir verdsatt.

Jeg vil også benytte anledningen til å takke for meg og for fire flotte år som leder av NSF FGD. Faggruppen har erfart nesten en fordobling av medlemsmassen i disse årene og det er jeg stolt av. Når dere leser dette har NSF FGD holdt generalforsamling i Trondheim og valgt ny leder. Ny leder betyr fornyet engasjement og det er positivt for faggruppens fremtid. Ny ledelse i styret vil bidra til å sikre at faggruppen fortsatt er førstevalget for sykepleiere i geriatri og demensomsorgen. Jeg ønsker den nyvalgte leder av faggruppen lykke til.

Gratulerer med nytt tidsskrift og god lesing!

LEDER NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE
I GERIATRI OG DEMENS

GERIATRISK SYKEPLEIE blir gitt ut av Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens, i samarbeid med Sykepleien.

ISSN: 1891-1889

ANSVARLIG REDAKTØR

Hilde Fryberg Eilertsen
hilde@nsfgeriatridemens.no

REDAKSJONSKOMITE/FAGLIGE MEDARBEIDERE

Jorunn Drageset, PhD, førsteaman., Universitetet i Bergen og Høgskolen i Bergen.
Solveig Hauge, PhD, førsteaman., Høgskolen i Telemark og Universitetet i Oslo.
Liv Wergeland Sørbye, PhD, førsteaman., Diakonhjemmet høgskole.

ABONNEMENT:

Send bestilling til: hilde@nsfgeriatridemens.no
Pris: I Norge kr. 300, internasjonalt kr. 400. Institusjonsabonnement i Norge/biblioteker: kr 800.

ANNONSER:

hilde@nsfgeriatridemens.no

HJEMMESIDE:

www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/geriatri-og-demens

ANSV. REDAKTØR SYKEPLEIEN

Barth Tholens
Tlf. 22 04 33 50/ 40 85 21 79
barth.tholens@sykepleien.no

DESKJOURNALIST

Johan Alvik
Tlf. 92 60 87 06
johan.alvik@sykepleien.no

LAYOUT

Bjørn Nordstrand
bjorn.nordstrand@sykepleien.no

Hilde Rebård Evensen
hilde.rebaard.evensen@sykepleien.no

Sissel Hagen Vetter
sissel.vetter@sykepleien.no

TRYKK

Color Print A/S

FORSIDEFOTO:

Colourbox

KOMMENDE UTGIVELSER I 2012:

31. mai og 27. september.

ANNONSERING

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten. Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter. Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2012 utgis Geriatrisk Sykepleie tre ganger. For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med hilde@nsfgeriatridemens.no



29 Å DELTA I KOR er bra for helsen.
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

«Overganger er en naturlig del av livet, men kan være vanskelige og utfordrende.»

Les om overganger på side 8



22 HVA SKAPER TRIVSEL på sykehjem?
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Innhold

NR. 1-2012 • ÅRGANG 4



3 **LEDER:** Hilde Fryberg Eilertsen

6 Landsstyret, lokalgruppeledere
og kontaktpersoner i fylkene

7 **GJESTEREDAKTØR:** Solveig Hauge

8 Overganger hos eldre - en teoretisk tilnærming

13 Utlysning av stipend for medlemmer
i Oslo og Akershus

14 Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem
- forskningsstatus og aktuelle utfordringer

21 Demensplanen trappes opp

22 Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem?
Presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt
i to forskningsprosjekter

29 Seniorkor - helsefremjande aktivitet i stødig ramme

34 Sigrid Nakrem skrev doktorgradsavhandling
om kvalitet i sykehjem

35 Utlysning av stipend

36 Bli medlem

14 **ÅNDELIG OMSORG**
til mennesker med demens.

Landsstyret NSF FGD 2010/2012



(NB! nytt styre velges på faggruppens generalforsamling 15. mars 2012)

Leder:

Hilde Fryberg Eilertsen,
Vikveien 21, 9022 Krokeldalen
Tlf: 77 69 92 68 / 90 10 43 23
Arbeid: Tromsø Kommune, Tildelings-
kontoret for Omsorgstjenester
e-post: hilde@nsfgeriatridemens.no

Nestleder:

Liv-Berit Jordal
5957 Myking
Tlf: 41 69 30 56
e-post: livberitjordal@msn.com

Økonomiansvarlig:

Hilde Fryberg Eilertsen (se over)

Nettansvarlig/medlemsservice:

Gunhild Grythe
2910 Aurdal
Tlf: 92 08 56 91
e-post: gunhildg@nsf-
geriatridemens.no

Redaktør:

Karen Bjørø
Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo
T: 22 14 21 68 (p) / 48 10 46 97
e-post: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem:

Ann-Kristin Lyngvær
Slettvik, 7318 Agdenes
Tlf: 92 62 50 77
e-post: ann.kristin.lyng-
vaer@stolav.no

2. varamedlem:

Kirsten Langåsдалen Lund
Tinnesaasen 16, 3675 Notodden
Tlf: 41 23 24 93
e-post: kirstenlangaas-
dalen@hotmail.com

LOKALGRUPPELEDERE

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Cecilie Olsen
Sælenveien 59A, 5143 Fyllingsdalen
Tlf: 99 22 85 54
e-post: sovolse@online.no

Lokalgruppe i Møre og Romsdal:

Linda Rønning
Vorpebakken, 6408 Aureosen
Tlf: 99 69 08 29
e-post: linda.ronning@
molde.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Turid Bjørnstad Aas
2840 Reinsvoll
Tlf: 41 67 43 95
e-post: turid.aas@vestre-
toten.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekheim
Nordengstubbene 1, 0757 Oslo
Tlf: 95 80 10 93
e-post: christineekheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland
Kvernevikv. 13, 4048 Hafrsfjord
Tlf: 51 55 28 75 / 99 03 04 93
e-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Anne Lise Svanlund
Sauheradn. 19, 3683 Notodden
Tlf: 41 26 62 60
e-post: alsvanlund@gmail.com

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold

Veslemøy Bakke
Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord
Tlf: 91 86 39 33
e-post: vesbakke@gmail.com

Lokalgruppen i Agder-fylkene:

Styret etterlyser interessert medlem i Agder-fylkene som kan være behjelpelig med å få lokalgruppen opp å gå igjen.

KONTAKTPERSONER

Kontaktperson i Buskerud:

Ann-Kathrin Moen Johansen
Blåkløkkeveien 28, 3050 Mjøndalen
Tlf: 31 90 30 72 (p) / 99 40 06 27
Ann.Kathrin.Moen.Johansen@drmk.no

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund
Alma Halses v 44 A, 9511 Alta
Tlf: 78 43 18 61 / 99 64 64 78
e-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen
Kløverengveien 36, 8011 Bodø
Tlf: 75 55 41 32 / 91 12 24 15
e-post: kirsten.willumsen@
bodo.kommune.no

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

Kari Merete Lian
Kveaunet, 7884 Sørli
Tlf: 41 30 09 12
e-post: kari_merete4@hotmail.com

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær (se landsstyret)

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem i Østfold som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Styret etterlyser interessert medlem i Sogn og Fjordane som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.



GJESTEREDAKTØR:
Solveig Hauge

Eldres psykososiale og åndelige behov er sykepleiernes ansvar

Som sykepleiere har vi lært at vi har ansvar for pasientenes fysiske, psykisk, sosiale og åndelige behov. Fysiske behov er i mange tilfeller håndfaste problemer som gjør det mulig å beskrive et sykepleieproblem og utforme relevante tiltak. Når vi som sykepleiere skal beskrive psykiske, sosiale eller åndelige behov, opplever mange av oss at vi mangler kunnskap og forståelse. Noen ganger blir det også stilt spørsmål ved sykepleiernes ansvar i forhold til denne type behov.

Sykepleieres ansvar for psykososiale og åndelige behov er begrunnet i et helhetlig menneskesyn og i kunnskap om at menneskers psykososiale og åndelige situasjon har betydning for helse. Sykepleiernes ansvar er også nedfelt i gjeldende offentlige forskrifter. I Forskrift om kvalitet i kommunale helsetjenester er det eksplisitt nevnt at tjenestetilbudet skal legge til rette for sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet og mulighet for ro og skjermet privatliv (1). I regjeringens Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) understrekes det at hensikten med forskriften er: å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at dette bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom. I § 3 i forskriften beskrives tjenestens innhold blant annet som mulighet til samtale om eksistensielle behov (2).

I en hektisk hverdag viser forskning at psykososiale problemstillinger blir nedprioriterte. Denne problematikken er

blant annet beskrevet og drøftet i en ny doktorgradsavhandling ved Universitetet i Oslo. I avhandlingen viser sykepleier Siri Tønnessen (3) hvordan knappe ressurser i form av lav bemanning og for lite kompetanse fører til at hjemmetjenestens ansatte må rasjonere tilbudet. Rasjoneringen skjer på flere nivå. Første ved at de fagansatte, som skal vurdere og beskrive behovene den enkelte eldre har, føler seg presset til å beskrive behovene så avgrenset som mulig. Dette gjør de fordi de vet at det ikke finnes nok midler til det ideelle tilbud. Derneft ved at personalet som direkte utøver tjenesten i daglig møte med eldre, må tilpasse og redusere tilbudet fordi de ellers ikke ville nå alle.

Eldres psykososiale og åndelige behov er tema for denne utgaven av GS. Sigrun Hvalvik (4) presenterer den amerikanske sykepleieforskeren Meleis sin sykepleieteori om overganger. Artikkelen gir oss en innsikt i teoriens hovedelementer og er ment som en introduksjon til en måte å tenke psykososial omsorg på.

Bergland (5) tar i sin artikkel opp et annet relevant begrep, trivsel. Hun viser i sin artikkel hvordan en, med utgangspunkt i et teoretisk begrep, kan utforske og utvikle begrepet i kliniske settinger. Også Ødbehr, Kvigne, Danbolt og Hauge (6) sitt arbeid med å klargjøre hva åndelig omsorg er for noe, er et eksempel på en artikkel som tar utgangspunkt i et teoretisk begrep og relaterer det til klinisk praksis.

Fossøy og Hauge (7) har gjennomført

en studie av et konkret sosialt/åndelig tiltak for eldre i en norsk kommune. De har fulgt oppstarten av et seniorkor og beskriver kordeltakernes erfaringer for deretter å drøfte et slikt tiltaks betydning som helsefremmende tiltak.

Et større fokus på psykososiale og åndelige behov er nødvendig for å videreutvikle og styrke helsefremmende tiltak for eldre.

solveig.hauge@hit.no

Referanser

1. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. FOR-2003-06-27-792. www.lovdato.no (19.01.2012).
2. Forskrift-Forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantiforskriften. FOR-2010-11-12-1426. www.lovdato.no (19.01.2012).
3. Tønnessen, S. (2011). The challenge to provide sound and diligent care: a qualitative study of nurses' decisions about prioritization and patients' experiences of the home nursing service. Avhandling (ph.d.). Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
4. Hvalvik, S. (2012). Meleis's teori om overganger – en presentasjon. Geriatrik sykepleie 4 (1): 8-12.
5. Bergland, Å. (2012). Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem? - Presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. Geriatrik sykepleie 4 (1): 22-28.
6. Ødbehr, L.S., Kvigne, K., Danbolt, L., Hauge, S. (2012). Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem - forskningsstatus og aktuelle utfordringer. Geriatrik sykepleie 4 (1): 14-20.
7. Fossøy, A.B., Hauge, S. (2012). Seniorkor - helsefremmende aktivitet i stødig ramme. Geriatrik sykepleie 4 (1): 29-33.

Solveig Hauge
PHD, SYKEPLEIER OG GJESTEREDAKTØR

Overganger hos eldre: en teoretisk tilnærming



Sigrun Hvalvik, Sykepleier, PhD, Førsteamanuensis, Høgskolen i Telemark. Kontakt: Sigrun.Hvalvik@hit.no

Innledning

Når helseproblemer og sykdom utvikler seg, oppstår endringer og utfordringer i menneskers liv. Dette skaper nye krav til mestring og gjør individet sårbart. Et sentralt mål for sykepleie er å hjelpe pasienter som befinner seg i slike overgangsprosesser. Eldre opplever en rekke overganger som er sterkt relatert til sviktende helse og behov for sykepleie. Å bidra til at eldre mestrer overgangene på en best mulig måte er derfor et viktig mål for sykepleie. Det teoretiske rammeverket om overganger hos eldre har til hensikt å bidra til at strategier som fremmer mestring og helse anvendes, og til at strategiene videreutvikles gjennom forskning (1, 2, 3, 4). Det har dermed relevans for sykepleiere og sykepleieforskere i det geriatriske feltet. Rammeverket er utviklet med utgangspunkt i Meleis' teori om transitions (overganger).

Afaf Meleis har siden slutten av 1960 tallet forsket på overgangsfaser og helse, og arbeidet med teoriutvikling i sykepleie. Hun er professor i sykepleieviten-

skap og sosiologi. Meleis' teori om transitions har blitt beskrevet av Chick og Meleis (1986) og senere modifisert av Meleis (1986), Meleis og Trangenstein (1994), Schumacher og Meleis (1994) og av Meleis et al. (2000). Studiene er utgitt som artikler i internasjonale tidsskrifter, og også presentert i boken *Transitions Theory* (5), redigert av Afaf Meleis.

Hensikten med denne artikkelen er å presentere og beskrive det teoretiske rammeverket, som har fokus på eldre pasienter i overgangsfaser. Rammeverket kan anvendes av både sykepleiere og forskere i det geriatriske feltet.

Transition

Begrepet transition er utledet av det latinske verbet *transire*, som betyr å gå gjennom. Transition eller overgang defineres som det å bevege seg fra en fase, en situasjon, eller en type status til en annen. Begrepet transition er beskrevet og diskutert innenfor sykepleie av flere; for eksempel av Bridges og av Kralik (6, 7).

Sammendrag: Overganger er en naturlig del av livet, men kan være vanskelige og utfordrende. Eldre opplever ofte endringer i helse- og sykdomsstatus og denne type overganger kan være særlig utfordrende. Overgangene kan karakteriseres som risikoperioder i forhold til helse og velvære, og fører ofte til behov for sykepleie. Sykepleie skal bidra til at den enkelte mestrer endringene som oppstår på en best mulig måte. Et teoretisk rammeverk, med fokus på eldre pasienter i overgangsfaser, er utviklet med utgangspunkt i Meleis' teori om transitions (overganger). Rammeverket beskriver prosesser og faktorer som indikerer i hvilke grad pasienten mestrer overgangen, og sykepleiehandlinger som er hensiktsmessige i denne sammenheng. Dette kan bidra til større forståelse for overgangsprosesser hos eldre, og rammeverket kan derfor være fruktbart å anvende for sykepleiere og forskere i det geriatriske feltet.

Nøkkelord: eldre, endringer, overgangsprosesser, sykepleie-teoretisk rammeverk

Abstract: Transition is a natural part of life, but may also present difficulties that challenge the individual. Older persons often experience transitions related to health and illness that may be particularly challenging. Transitions are characterized by periods involving risks to health and well-being, often necessitating nursing care. Nursing care assists the individual to master change and transition. A theoretical framework focusing on older individuals in transition is developed based on Meleis theory of transitions. The framework describes processes and factors that indicate the patient's mastery of transition and goal directed nursing interventions. The framework may contribute to greater understanding of transitional processes of older persons and may be a useful tool for nurses and researchers in the field of geriatrics.

Key-words: transition, older people, Meleis' theory of transitions



I helserelaterte disipliner anvendes ofte Chick og Meleis sin definisjon av transition:

A passage from one life phase, condition, or status to another. Transition refers to both process and the outcome of complex person-environment interactions. It may involve more than one person and is embedded in the context and the situation. Defining characteristics of transition include process, disconnectedness, perception and patterns and response (Chick and Meleis, 1986, s. 239-240).

Begrepet inneholder elementer av både prosesser, tid og mening. En overgang kan dermed karakteriseres som en prosess som innebærer endringer, og krav som stilles til å mestre disse endringene. En overgang er videre en prosess med et tidsperspektiv som strekker seg fra overgangen starter og fram til den nye situasjonen oppleves som stabil og trygg. En overgang reflekterer også hvordan

individet opplever at prosessen truer det som er betydningsfullt i livet (1).

Alderdommen er karakterisert av mange typer overganger. Endring av status og bosituasjon, tap av ektefelle, utvikling av sykdom og skrøpeligheit, er eksempler på noen av de overgangene eldre kan oppleve. Meleis knytter disse overgangene til tre kategorier: utvikling, spesielle situasjoner eller sykdom og skrøpeligheit (8). Utviklingsrelaterte overganger kan eksempelvis knyttes til det å pensjonere seg, mens spesielle situasjoner kan knyttes til det å flytte eller miste en som står en nær. Noen overganger oppfattes som positive, med muligheter til utvikling av nye sider ved seg selv og tilværelsen. Mange av overgangene er imidlertid uønskede og medfører tap. En overgang karakteriseres ved at den utløses av en spesiell hendelse (marker event) som for eksempel et hjerneslag, eller type omveltning (turning point), som for eksem-

ENDRING: Alderdommen innebærer mange typer overganger, som å flytte på institusjon, få dårligere helse og å miste ektefellen. Det er en oppgave for sykepleiere å hjelpe mennesker som befinner seg i slike overganger. Foto: Colourbox.

pel følger av diabetes mellitus, der det stilles krav til utvikling av nye ferdigheter, nye relasjoner og nye mestringsstrategier. Hvor lang tid det tar før livet igjen oppleves stabilt varierer, og er avhengig av type endringer samt i hvilken grad endringene influerer personens liv og eksistens.

Meleis beskriver også overganger i form av mønstre. Sykepleiere som arbeider med eldre må ofte forholde seg til forskjellige overgangsmønstre hos sine pasienter. Tre typer overgangsmønstre er særlig relevante når det gjelder praksis og kunnskapsutvikling i det geriatrike feltet (4,8):

1. Sekvensielle overganger – en overgang fører over tid til en annen. For eksempel at ektefelles død fører til at den gjenværende parten må flytte på sykehjem.



HJELPETRENGENDE: Å flytte fra sitt hjem til en institusjon er en nødvendig overgang i livet for svært mange. Å bidra til at eldre mestrer en slik overgang på en best mulig måte, er en oppgave for sykepleiere som jobber med eldre. Foto: Colourbox.

2. Samtidige overganger med sammenheng – overganger som står i sammenheng med hverandre og opptrer samtidig innen en gitt tidsperiode. For eksempel at det å bli rammet av hjerneslag fører til overganger i forhold til funksjon, identitet og boforhold.
3. Samtidige overganger uten sammenheng – overganger som i utgangspunktet ikke har sammenheng med hverandre. For eksempel at en eldre person blir alvorlig syk samtidig som ektefelle eller barn dør.

Overgangsprosesser, helse og sykepleie

I følge Meleis er det et mål for sykepleie å bidra til helse og mestring i overgangsfasen. For å nå dette målet må sykepleier ha kunnskaper om hvordan pasienten mestrer utfordringene og endringene som overgangen innebærer. Dette beskriver Meleis som det å observere helsefremmende prosesser. Videre må sykepleier tilegne seg kunnskaper om hvorvidt pasienten opplever at overgangsprosessen truer det som føles meningsfullt i livet. Dette beskrives som det å vurdere overgangsprosessen gjennom prosessindikatorer. Til slutt må sykepleier ha kunnskaper om hvilke sykepleiehandlinger som kan bidra til at pasienten mestrer overgangsfasen på en best mulig måte (8).

Helsefremmende prosesser

En overgang preges av kognitive, atferdsmessige og mellommenneskelige prosesser ifølge Meleis. Disse prosessene viser om pasienten mestrer overgangen på en måte som fremmer helse, eller ikke. Syv prosesser som det er viktig at den geriatrike sykepleieren observerer hos pasienten fremgår av ramme 1 og utdypes i det følgende (8):

Redefinerer mening – i en overgang som er av helsefremmende karakter tar pasienten (og pårørende) aktivt del i å redefinere og finne ny mening i en endret livssituasjon. Dersom overgangen ikke er av helsefremmende karakter viser pasient (og pårørende) liten eller ingen interesse for å utforske og skape ny mening i den endrede livssituasjonen.

Modifiserer forventninger – dersom overgangen er av helsefremmende karakter er den eldre pasienten villig til gradvis å modifisere tidligere forventninger og erstatte dem med realistiske forventninger. I motsatt fall opprettholder pasient (og pårørende) urealistiske forventninger.

Omstrukturerer rutiner i livet – en helsefremmende overgang karakteriseres av evnen til å omstrukturere rutiner på en måte som er tilpasset en endret livssi-

tuasjon og som bidrar til forutsigbarhet og mestring. I en uhensiktsmessig overgang tviholder pasienten på gamle rutiner, selv om de ikke lenger fungerer.

Utvikler nye kunnskaper og ferdigheter – i en helsefremmende overgang er pasienten (og pårørende) interessert i å tilegne seg nye kunnskaper og ferdigheter som er viktige for å mestre den nye situasjonen. Motsatt unngår pasienten og evt. familie å tilegne seg nødvendige kunnskaper og ferdigheter, og forsøker å mestre den nye situasjonen på en måte som ikke lenger er tilstrekkelig. Mangel på kunnskaper og ferdigheter fører dermed til at det oppstår et gap mellom nye krav som har oppstått og evnen til å møte dem.

Opprettholder kontinuitet – selv om overganger innebærer endringer og brudd, blir ikke alt i livet forandret. I overganger av helsefremmende karakter vil kontinuiteten opprettholdes så langt det lar seg gjøre når det gjelder både identitet, relasjoner og omgivelser. Motsatt vil evnen til å opprettholde kontinuitet være mangelfull eller mangle helt. Dette fører til at det oppstår brudd og endringer som ikke hadde vært nødvendige, og overgangen blir mer dyptgripende enn den hadde behovd å være.

Åpen for nye muligheter – overganger hos eldre forbindes ofte med tap, men endringer kan også bane vei for nye muligheter. I helsefremmende overganger er den gamle åpen for å utforske nye valg og søker å skape nye muligheter. I overganger som ikke er av helsefremmende karakter kan den eldre pasienten selv begrense mulige valg, men også bli begrenset av andre. Muligheter blir derved utelukket før de er undersøkt.

Ser muligheter for personlig vekst – helsefremmende overganger karakteriseres av det å finne muligheter for personlig vekst. Dette kan innebære å se nye sider ved seg selv, inngå i nye relasjoner, og se nye muligheter i livet. Motsatt avvises enhver mulighet for vekst og utvikling i livet.

Prosess indikatorer

For å vurdere overgangen har Meleis beskrevet følgende fem faktorer (process indicators) som indikerer hvorvidt prosessene er helsefremmende eller ikke (8). Se ramme 2 for en oversikt over de fem faktorene.

Opplevelse av symptomer – pasienten skal oppleve seg minst mulig berørt og hemmet av symptomer som overgangen medfører eller har forårsaket. Symptomer som er uunngeelige av for eksempel fysisk karakter som smerter, skal kontrolleres og reduseres i den grad det er mulig. Hvis det er symptomene som oppstår pasienten, indikerer dette at overgangsprosessen utvikler seg i uheldig retning. Symptommonster som framtrer og mestringsstrategier som pasienten bruker

Ramme 1. Prosesser som er viktig at den geriatriske sykepleieren observerer hos pasienten i følge Meleis Teori om overganger (8)

- Redefinerer mening
- Modifiserer forventninger
- Omstrukturerer rutiner i livet
- Utvikler nye kunnskaper og ferdigheter
- Opprettholder kontinuitet
- Åpner for nye muligheter
- Ser muligheter for personlig vekst

Ramme 2. Indikatorer på helsefremmende prosesser i Meleis Teori om overganger

- Opplevelse av symptomer
- Funksjonell status
- Opplevelse av å tilhøre et meningsfullt nettverk
- Opplevelse av autonomi og selvstendighet
- Opplevelse av integritet

Ramme 3. Sykepleiehandlinger som fremmer gode og helsebringende overgangsfaser hos eldre i Meleis Teori om overganger

- Kartlegging
- Reminisens
- Bruk av referansegrupper
- Skape et helsebringende miljø
- Mobilisering av ressurser

skal registreres nøye, fordi de gir innsikt i hvordan overgangen utvikler seg.

Funksjonell status – overganger kan medføre endret funksjonell status for den eldre personen. I helsefremmende overgangsprosesser oppnås best mulig fysiske og kognitive funksjoner i løpet av overgangen. Den eldre personens egenomsorgsevne, uavhengighet og mobilitet skal fremmes i den grad det er mulig.

Opplevelse av å tilhøre et meningsfullt nettverk – selv om det kan forekomme brudd i relasjoner i løpet av en overgang skal det, hvis overgangsprosessen utvikler seg i en helsefremmende retning, være tegn på at følelsen av tilhørighet gjenvinnes. Dersom overgangen innebærer tap, bør det sørges for at det etableres nye og trygge forhold der pasienten kan oppleve tilhørighet og mening.

Opplevelse av autonomi og selvstendighet – følelsen av autonomi og selvstendighet kan trues av ulike forhold knyttet til overgangen. Når overgangsprosessen er helsebringende gjenvinnes den eldre pasienten kontroll i livet. Hun eller han er i stand til å ta avgjørelser og sette dem ut i live. For pasienter med kognitiv svikt eller fysiske begrensninger, overføres myndighet til pårørende.

Opplevelse av integritet – innebærer følelsen av helhet og sammenheng i livet. Personlig vekst og ny innsikt i seg selv, er bevis på en helsefremmende overgang. Det er også en følelse av at overgangen passer inn i egen livshistorie på en meningsfull måte.

Sykepleiehandlinger

Meleis beskriver fem sykepleiehandlinger som er særlig vesentlige for å fremme gode og helsebrin-

gende overgangsfaser hos eldre (se ramme 3 for en oversikt).

Kartlegging eller vurdering som pågår kontinuerlig i overgangsprosessen. Ulike typer instrumenter som måler eksempelvis smerter, funksjon og lignende, kan være til hjelp når sykepleieren skal gjøre vurderinger av overgangsprosessen.

Reminisens for å lette integreringen av overgangen i livsløpet. Reminisens kan bidra til fortolkning av mening, og gjøre det lettere å begynne på nytt. Reminisens representerer en viktig bro mellom fortid og nåtid, når et stadium er tilbaketrukket og et nytt skal påbegynnes. Når det gjelder pasienter med kognitiv svikt, må reminisensprosessen skreddersys i forhold til den enkeltes behov.

Bruk av referansegrupper. Referansegrupper kan bidra i forhold til ulike situasjonsbetingede og langvarige behov hos den eldre. Eksempelvis kan aktivitetsgrupper, mestringsgrupper knyttet til ulike type lidelser, eller sorggrupper lette overgangen for eldre og deres pårørende.

Skape et helsebringende miljø. Et helsebringende miljø er for eksempel et miljø der hindringer ikke hemmer pasientens fysiske funksjon, eller et miljø som ikke truer pasientens verdighet og integritet. Et mål for sykepleie er å skape et miljø som er dynamisk og fleksibelt nok til å møte de behov pasienten og eventuelle pårørende måtte ha til enhver tid i overgangsprosessen.

Mobilisering av ressurser. Styrking av indre og ytre ressurser er nødvendig. Styrking av ressurser er for eksempel å hjelpe pasienten til å styrke sitt selvbilde, å oppmuntre og motivere til helsebringende aktiviteter, å bidra til at familie og samfunn representerer ressurser i overgangsprosessen.

Implikasjoner for praksis og kunnskapsutvikling

Meleis og hennes kollegaer foreslår tre mulige måter å anvende det teoretiske rammeverket på i praksis (8). For det første har rammeverket implikasjoner for sykepleievurderinger fordi det identifiserer prosesser som er spesifikke nok til å legge føringer for observasjon og intervju. Dette gir sykepleieren anledning til å vurdere hvorvidt prosessene er helsefremmende eller ikke. Dermed blir også mulighetene til å vurdere i hvilke retning overgangen utvikler seg og til å identifisere pasienter som er i risikozonen større.

For det andre viser rammeverket til sykepleiehandlinger som anvendes til å hjelpe pasienter i ulike typer overganger, og for det tredje kan rammeverket anvendes til å argumentere for en tilnærming

til praksis som vektlegger kontinuitet og velvære, og som omfatter familien.

Det teoretiske rammeverket tydeliggjør kompleksiteten i overgangsprosesser, og dermed behovet for en helhetlig og kontinuerlig sykepleie hevder Meleis og hennes kollegaer. Dette er viktig i et helsevesen der økonomi og kostnadskutt truer sykepleiefaglige verdier (8). Det teoretiske rammeverket kan også legge føringer for videre teoriutvikling, og for empiriske studier av kvantitativ og kvalitativ karakter.

I følge Meleis og hennes kollegaer gir teorien om overganger geriatriske sykepleiere et betydelig redskap til både å forstå og møte eldre pasienters behov. Sykepleiere som arbeider innen geriatrien oppfordres til å bruke, bearbeide og utvide det teoretiske rammeverket som er beskrevet.

Avslutning

Det teoretiske rammeverket basert på Meleis' teori om overganger (transitions), gir nyttige og viktige innspill til både sykepleieforskning og praksis i det geriatriske feltet. Meleis presiserer selv at det er avgjørende å se hver enkel overgang som unik, med sin egen kompleksitet, og med sine mangfoldige dimensjoner (4). Dette er en viktig presisjon. Teorier skal, som historikeren Kjeldstadli påpeker, fungere som nøkler og ikke som bur (9). Slik sett kan Meleis' teoretiske rammeverk anvendes som nøkkel til større forståelse for overgangsprosesser hos eldre pasienter. ■

Referanser

1. Chick N, & Meleis AI. Transitions: a nursing concern. I: Chinn PL, red. Nursing Research Methodology: Issues and Implementation. Rockville, IL: Aspen; 1986. s. 237-257.
2. Schumacher KL & Meleis AI. Transitions: a central concept in nursing. Image J Nurs Sch 1994; 26(2):119-127.
3. Meleis AI & Trangenstein PA. Facilitating transitions: redefinitions of the nursing mission. Nurs Outlook 1994; 42(6): 255-259.
4. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger Messias DK, Schumacher K. Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Adv Nurs Sci 2000; 23(1):1-17.
5. Meleis AI. red. Transitions Theory. New York: Springer Publishing Company; 2010.
6. Bridges W. Transitions: Making sense of Life's Changes. Cambridge, MA: DaCapo Press; 2004.
7. Kralik K, Visentin K, van Loon A. Transition: a literature review. J Adv Nurs 2006; 55(3): 320-329.
8. Schumacher KL, Jones PS, Meleis AI. Helping elderly persons in transition: a framework for research and practice. I: Swanson EA, Tripp-Reimer T, red. Life Transitions in the older adult: Issues for Nurses and Other Health Professionals. New York: Springer; 1999. s. 1-26.
9. Kjeldstadli K. Fortida er ikke hva den engang var: en innføring i historiefaget. Oslo: Universitetsforlaget; 1999.

Søk stipend

NSF FGD Oslo og Akershus utlyser utdanningsstipend.

Styret i NSF FGD Oslo Akershus lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5000 hver for 2012. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD Oslo og Akershus som er à jour med medlemskontingenten og som har vært medlem i NSF FGD Oslo og Akershus de siste 6 måneder før søknadsfristen for stipendet kan søke.

Søknaden skal inneholde navn, postadresse, e-postadresse, medlemsnummer i NSF, samt arbeidsgiver. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes støtte for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2012.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa:
Christineekrheim@hotmail.no.

Søknadene blir behandlet av NSF FGD Oslo og Akershus styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2012.

Foto: Colourbox

Åndelig omsorg til personer med demens i sykehjem

– forskningsstatus og aktuelle utfordringer



■ **Liv Skomakerstuen Ødbehr**, sykepleier. Doktorgradsstipendiat ved Høgskolen i Hedmark.



■ **Kari Kvigne**, sykepleier, PhD. Førsteamanuensis ved Høgskolen i Hedmark, og Høgskolen i Sogn og Fjordane.



■ **Lars Danbolt**. Professor i teologi. Det teologiske menighetsfakultet. Leder ved Religionpsykologisk senter, Sykehuset Innlandet HF.



■ **Solveig Hauge**, sykepleier, PhD. Førsteamanuensis ved Høgskolen i Telemark, og Universitetet i Oslo.

Bakgrunn

Sykepleiere rapporterer at åndelig omsorg er krevende, og at de mangler kompetanse og innsikt i hvordan de skal utøve åndelig omsorg i praksis (1-2). For mange mennesker øker betydningen av åndelige og eksistensielle spørsmål med alderen (3-5). Åndelig omsorg aktualiseres særlig hos mennesker som opplever sorg, tap og smerte i livet (5-10). Utvikling av demenssykdom karakteriseres nettopp av mange tapsopplevelser av fysisk, psykisk og sosial karakter. Dette manifesteres i form av nedsatt hukommelse, kommunikasjonsevne og orienteringsevne (8, 11). Forskning viser at det er begrenset med kunnskap om hva som kjennetegner åndelighet og åndelige behov hos personer med demens (12-13). Det er derfor av stor betydning at sykepleierne forståelse av åndelig omsorg utvikles, slik at pasientenes behov kan bli møtt (14). I denne artikkelen vil vi se nærmere på hvordan åndelig omsorg for personer med demens i sykehjem er beskrevet i nyere helseforskning, og diskuterer dette med tanke på praksis i norske sykehjem.

Religiositet, åndelighet og åndelig omsorg

Begreper som *åndelig liv* og *åndelige behov* er ofte blitt

knyttet sammen med religiøse verdier, eller med noe som er av en religiøs karakter. Begrepet *ånd* assosieres i det norske språket med sjel, sinnelag, eller noe som er livgivende (15). På gresk brukes begrepet *pneuma* og på latin *spiritualis* (16-17). WHO har, i forbindelse med utarbeidelse av et spørreskjema om livskvalitet, åndelighet og religiøsitet (WHOQOL- SRBP), avklart begrepene religiøsitet, åndelighet og personlig tro (18-20). Religiøsitet forstås i sammenheng med tro, atferd og sosialt liv knyttet til en spesifikk religion, og spiritualitet forbindes med transcendens, at man er opptatt av livets grunnleggende spørsmål om mening og hensikt og er åpen for at det er mer i livet enn det vi ser og fullt ut kan forstå (18, 21).

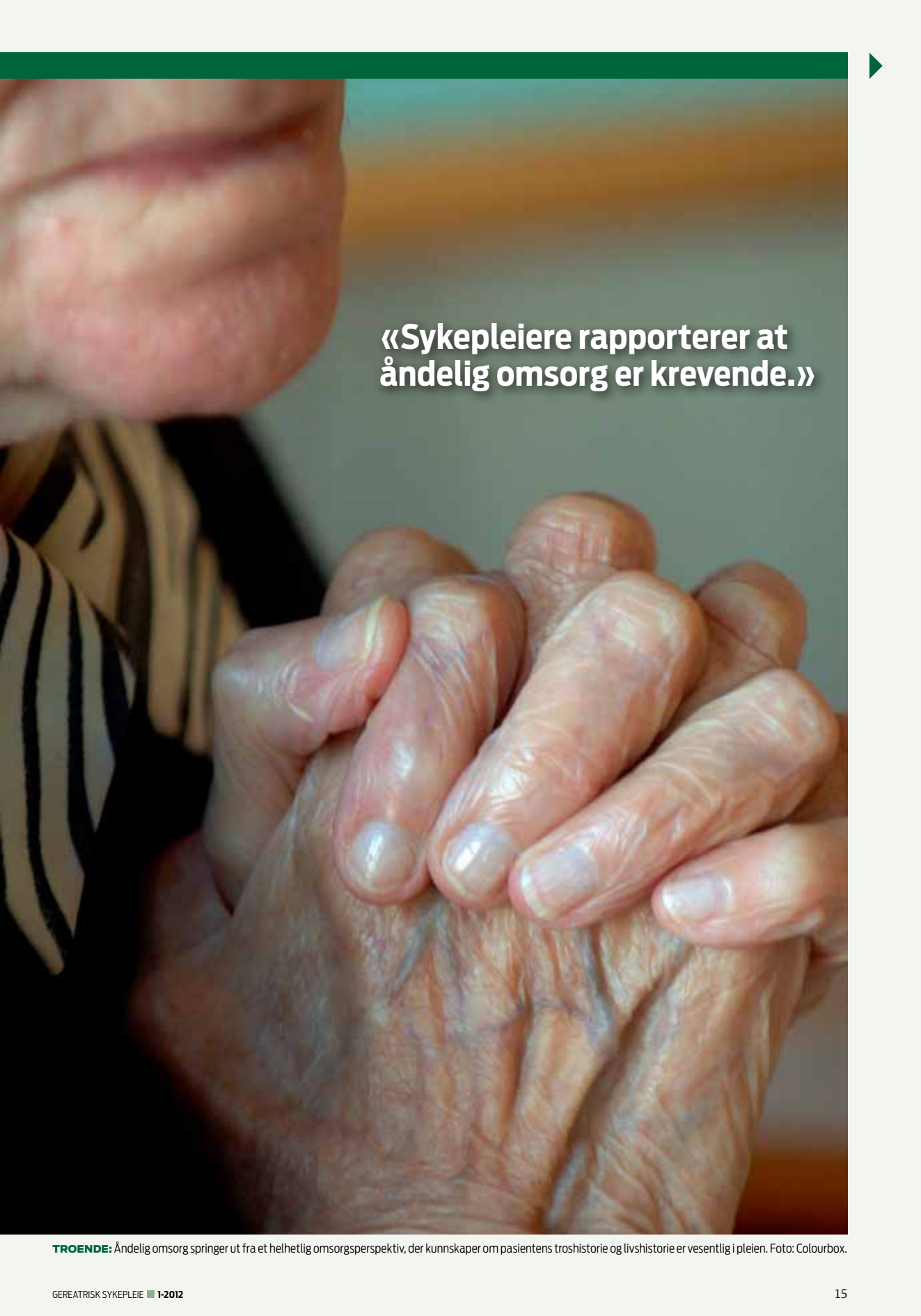
Åndelig er et ord med ulike assosiasjoner, men få distinkte definisjoner. Det er derfor ikke gitt at alle sykepleiere har en felles forståelse av hva åndelighet, det åndelige eller åndelig omsorg er. Det kan ha medført at det som gjelder åndelige behov og åndelig omsorg ofte er blitt sett på som noe perifert innen sykepleiefaget, og blitt henvist til prester eller andre representanter for religionene. Samtidig har ivaretagelse av pasienters fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov alltid utgjort sykepleiefagets fundament.

Sammendrag: Åndelig omsorg i pleien til personer med demens, er et lite undersøkt tema. Sykepleiere rapporterer at de mangler kompetanse innenfor området, og at åndelig omsorg er vanskelig i praksis. Hensikten med denne litteraturstudien var å se nærmere på hvordan åndelig omsorg for personer med demens i sykehjem er beskrevet i nyere helseforskning, og diskutere dette med tanke på praksis i norske sykehjem.

Åndelig omsorg for personer med demens handler i stor utstrekning om motivasjon og støtte til pasientens opplevelse av egen integritet, tro, tilhørighet og sammenheng i tilværelsen. Her er pleiepersonalets relasjonelle egenskaper

avgjørende for å kunne bygge bro slik at viktige relasjoner opprettholdes, men også i forhold til å minke pasientenes mange tapsopplevelser. I dette er minnearbeid og sansestimulering sentralt. Åndelig omsorg springer ut fra et helhetlig omsorgsperspektiv, der kunnskaper om pasientens troshistorie og livshistorie er vesentlig i pleien, både som et utgangspunkt og et supplement som kan styrke samhandlingen mellom pleier og pasient slik at den oppleves god for pasientene.

Nøkkelord: Åndelig omsorg, eldreomsorg, demens, sykepleie praksis, sykehjem



«Sykepleiere rapporterer at åndelig omsorg er krevende.»

TROENDE: Åndelig omsorg springer ut fra et helhetlig omsorgsperspektiv, der kunnskaper om pasientens troshistorie og livshistorie er vesentlig i pleien. Foto: Colourbox.

«Sang og musikk kan være umiddelbare og gode former for åndelig omsorg.»

Det er derfor grunn til å anta at sykepleiere møter pasienters åndelige behov ut fra flere ulike tilnæringsmåter, men at denne formen for omsorg likevel kan være svakere forankret både teoretisk og praktisk, enn andre sider av den helhetlige omsorgen.

Noen studier til temaet

Det finns en god del forskning som omhandler åndelig omsorg i sykepleie. Det meste av dette er relatert til palliasjon og omsorg ved livets slutt. Men det er også noen studier som knytter an til demensomsorg. Vi gjennomførte grundige søk etter artikler som hadde et primært fokus på åndelig omsorg overfor personer med en demenssykdom boende i institusjon. Søket omfattet fagfellebedømte forskningsartikler publisert fra 1995 og nyere, på engelsk, norsk, svensk, eller dansk med søkeordene: spiritual care OR pastoral care OR religion AND dementia OR elderly care, AND nurses practice OR nursing home, i basene Cochrane library, British Nursing Index, Medline, PsykInfo (OvidSp), Embase og Cinahl. Søket ga treff på 325 artikler. Ni av artiklene var relatert til pleiere i sykehjem med fokus på demens, og ble derfor valgt ut for videre studier (22-30). To av disse var skrevet av prester, men publisert i sykepleiefaglige tidsskrifter og er å betrakte som casestudier (24-25). De resterende sju artiklene er litteraturstudier. Av disse var fem artikler skrevet ut fra et medisinsk og psykologisk perspektiv, publisert i tidsskrift med fokus på etiske og religiøse tema, samt demens (23, 26, 28-30). De to siste artiklene var skrevet av og for sykepleiere (22, 27).

Artiklene representerte ulike perspektiv og fagtradisjoner, og hadde forskjellige agendaer, som å vise betydningen av åndelighet hos personer med demens og ulike former for åndelig omsorg, diskutere forhold mellom identitet og spiritualitet, se på betydningen av å innlemme ikke bare livshistorie, men også troshistorie i en helhetlig omsorgsplan. Videre omhandlet de betydningen av å utforske åndelig omsorg med tanke på å ivareta pasienters personlighet og integritet, se på hvilken funksjon religiøs aktivitet kan ha for å forebygge uro, og eventuelt øke velvære hos pasienter med Alzheimer sykdom samt presentere en mulig modell for evaluering av åndelig omsorg i denne forbindelsen.

Artiklene viser gjennomgående at åndelig omsorg overfor pasienter med demens i stor utstrekning hand-

ler om å møte pasienters behov for opplevelse av sammenheng i tilværelsen. Det pekes på at åndelig omsorg i form av tilrettelegging for deltakelse i religiøse og andre typer atferd som bidrar til å skape opplevelse av mening, kontinuitet og tilhørighet i livet kan være med på å utsette progresjonen av demenssykdom (25). Til dette er ivaretagelse av relasjoner, minnearbeid og sansestimulering sentralt. I det følgende presenteres de sentrale temaene i artiklene.

Pasienters behov for opplevelse av sammenheng

Opplevelsen av sammenheng for personer med demens knyttes i stor utstrekning til deres evne til å bevare relasjoner (11). Åndelig omsorg for pasienter med demenssykdom kan derfor sies å være relasjonelt orientert. Ivaretagelse av gode relasjoner ses som viktig i demenssykepleie, fordi sosial isolasjon beskrives som en stor utfordring for pasienter med demenssykdom (8, 11, 23). Relasjonsaspektet i pleien ble av pleiepersonell opplevd som krevende, noe som hang sammen med at mange av pasientene etter hvert mistet de kognitive ferdighetene, og ikke selv kunne formidle hvordan de erfarte sin hverdag. De relasjonelle sidene ved demensomsorgen, avhang derfor i stor utstrekning av pleiepersonalets evne til å kommunisere med pasientene gjennom sosial interaksjon (11, 22). Gode relasjoner ses på som viktig for at pasientene skal oppleve samhørighet med andre (23). I en av artiklene ble det nevnt at personalets rolle i stor utstrekning handler om å være en medvandrer, uten at det ble presisert hva dette innebar rent praktisk (24).

Pleiepersonalets samhandling med pasientene ble beskrevet i form av å kunne skape en atmosfære av frihet (22). Det kan skje gjennom at pleiepersonalet greier å ha en støttende og empatisk tilnærming til pasienter som lider av en demenssykdom, og på den måten bidra til at de opplever mening og håp til tross for sykdommen (22-23, 25). Det ble videre pekt på at det har stor betydning at pleiepersonalet greier å bruke pasientens tidligere liv som en ressurs inn i pleien og omsorgen av personer med demens (26). Det handler om å kunne se personen bak sykdommen, forstå atferden og symptomene, og forsøke å sette seg inn i pasientens perspektiv. I denne forbindelse framstår pasientens troshistorie som viktig, og at det legges til rette for at pasienten kan fortsette praksis som er i tråd med det som også



MUSIKKOPPLEVELSE: Meditasjon og avslappende øvelser ved hjelp av musikk, kan skape ro. Foto: Colourbox.

tidligere i livet har vært viktig for han eller henne. En studie framholdt bønn sammen med pasienten, for eksempel Fadervår eller bruk av skrevne bønner fra en bønnebok, som en viktig form for religiøs praksis som ivaretar spesifikk åndelig omsorg i tråd med pasientens egen troshistorie (22). Eksempler på åndelig omsorg som ikke forstås som spesifikt religiøst, er å gjøre bruk av aktiviteter som kunst, meditasjon og reminisens-terapi (22). Dette er former for åndelig omsorg som kan gis i et tverrfaglig samarbeid mellom sykepleiere, prester, leger og miljøpersonal, men også i samarbeid med pårørende (24). Som grunnleggende i sykepleierens åndelige omsorg til personer med demens, pekes det på personalets evne til å gi pasientene en opplevelse av å være verdsett og respektert. Dette ses på som et avgjørende bidrag til at pasientene kan erfare god livskvalitet (25), og vesentlige elementer dreier seg om å redusere opplevelsen av fremmedgjøring og styrke potensialet for positive identitetsopplevelser gjennom gjenkjennelige og meningsfulle aktiviteter sammen med pasientene (26-27).

Minnearbeid

Minnearbeid overfor personer med demens beskrives som vesentlig fordi det kan skape opplevelse av

mestring (22, 26) Pasienter som erfarer at de husker forhold fra tidligere i livet, uttrykker ofte større ro (22, 26). Minnearbeid kan også omhandle realitetsorientering for personer med en demenssykdom i enkelte tilfeller, i form av gjensidig refleksjon over gjenstanders bruksområde og bruksverdi. Pasientens egen erfaring av minnesluker kan for noen oppleves som ytterligere tap av funksjoner. Av den grunn framheves det at realitetsorienteringen ikke skal foregå på bekostning av pasientens opplevelse av verdighet ved at de gjentatte ganger blir påminnet om det de ikke kan.

I flere av artiklene ble også minnearbeid beskrevet i form av deltakelse i kjente ritualer som bønn eller andakter for de som ønsker det (22, 29). Slike ritualer appellerer til dypereliggende vaner, erfaringer og kjente minner som er viktige for hver enkelt. Gjenkjennelse kan for noen bidra til større indre fred og harmoni (26). Det hevdes at gjennom slike initiativ, kan det være mulig å stimulere og ivareta det åndelige i mennesket (29). Lesing av dikt og kjente fortellinger nevnes også spesielt i tilknytning til minnearbeid, og forbindes med opplevelsen av å knytte sammen mellom fortid og nåtid (22-23, 25-28).

«Åndelig omsorg er grunnleggende viktig i all sykepleie overfor eldre mennesker.»

Sansestimulering

Meditasjon og avslappende øvelser ved hjelp av musikk, beskrives som aktiviteter som kan skape ro med tanke på samtidig å tilvirke økt selvfølelse og velvære (22, 26). Det framgikk ikke i artiklene hva slik meditasjon omhandlet innholdsmessig. Former for sensorisk stimulering som framheves, er bruk av gjenstander man kan ta og kjenne på, bruk av effekter som skaper reminisens i form av gjenkjennelse av meningsbærende steder (kirke), symboler (lys, Bibel), situasjoner (andakter) eller atferdsmønstre (ritualer). Ikke minst kan bruk av sang og musikk være umiddelbare, og gode former for åndelig omsorg. Det kan skje gjennom musikkterapi, men også i enklere mer eller mindre spontane hendelser i fellesskap med flere eller i enerom mellom pleier og pasient. Kjent og kjær musikk oppleves av mange pasienter som et bindeledd mellom den tidligere aktive delen av livet, og den senere tiden med demenssykdommen (22, 30). Stimulering av sanser kan også skje i form av kunstneriske aktiviteter som å male bilder, modellere osv (22, 26, 28). Gjennom slike sysler kan pasientene gi uttrykk for følelser og oppfatninger på en annen måte enn gjennom de verbale og kognitive ferdighetene. Bruk av objekter er etter hvert blitt anerkjent i demensomsorgen (22, 26). Det kan være bruk av gjenstander, redskaper som er gode å ta på og som pasientene kjenner igjen. Målet er at pasientene kan stimuleres gjennom bruk av sanser som syn, hørsel, lukt og i visse tilfeller smak, slik at det skapes øyeblikk av erindring.

Diskusjon

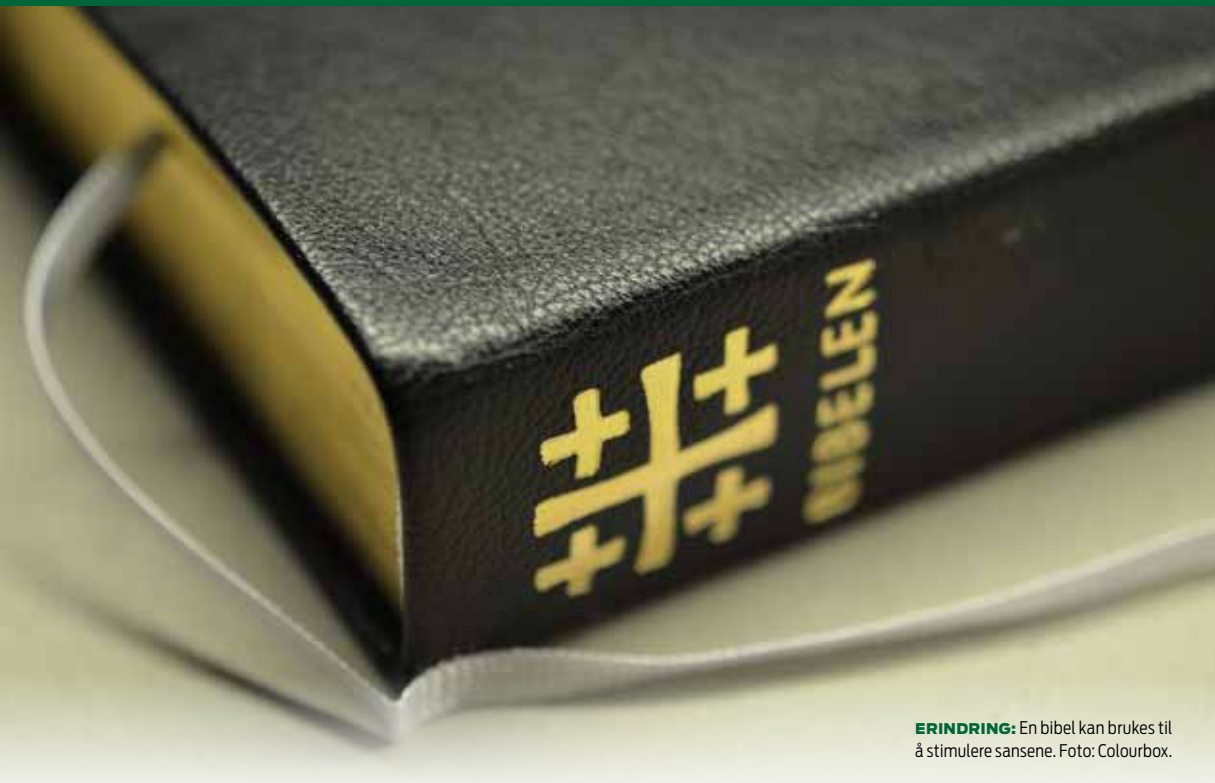
Selv om artiklene som vi har hentet kunnskap fra er ulike både når det gjelder fagtradisjoner og perspektiv, var det likevel tre hovedtema som var gjennomgående hos alle. Det gjaldt opplevelse av sammenheng, minnearbeid og sansestimulering. Litteraturgjennomgangen synliggjør også at åndelig omsorg til mennesker med demenssykdom, skiller seg lite fra åndelig omsorg til andre pasientgrupper som er kognitivt friske (3, 9, 12, 17, 27, 29).

Noe overraskende er det at enkelte sider ved åndelig omsorg framstilles enda mer abstrakt i demensomsorgen enn for pasienter som er uten kognitiv svikt. I den forbindelse kan nevnes forventningene om per-

sonalets evne til å skape en atmosfære av frihet for pasientene (21, 23). Dette kan synes vanskelig og lite konkret i en travel hverdag hvor det er små tidsressurser og lite personale tilstede og hvor pasientene selv ikke greier å gi tilbakemelding eller korrigerende respons. Det framgår heller ikke i datamaterialet hva som menes med frihet, og om målet er at pasientene skal ha en følelse av frihet, eller om det med frihet menes at pasienten kan gjøre det han eller hun selv ønsker uten å begrenses av sykehjemmets rutiner og kontroll. Flere skriver om betydningen av frihet og at empati og håp bidrar til opplevelse av frihet. Det er behov for å beskrive og utdype disse begrepene nærmere slik at det kan legges et mer konkret innhold til dem. På samme måte kan begrepet medvandrer oppfattes som et abstrakt begrep ved at det ikke gis noen innholdsbeskrivelse (24). Hva medvandringen innebærer i relasjon til personer med en demenssykdom på institusjon vil være vesentlig å utvikle videre.

Flere av tiltakene som beskrives i artiklene kan relateres til pleiepersonalets holdninger til personer med demens (8, 24, 27, 30), det vil si hvordan personalet verdsetter og forstår pasientene, samt hvilke etiske verdier som holdes høyt i den daglige pleien. En fare er at pasientenes behov for *væren* kan komme i skyggen av pleiernes *gjøren*. En annen side ved dette er at vi vet for lite om hva som kvalitativt er *væren* for pasienter med demens i senere faser av sykdommen (22, 31). Åndelig omsorg fordrer også noe av sykepleierne, at de også har en bevissthet om seg selv som et meningsøkende menneske med tilhørighet til steder og kontekster, ritualer og symboler. Personalet er profesjonelle og på et annet sted i livet enn pasientene, men pasienter og pleiere deler også noe grunnleggende felles i det å være mennesker med åndelige behov og uttrykk. Det betyr ikke at alt er likt, men krever faglighet og evne til å anerkjenne forskjellighet – og utforske dette i et relasjonelt samspill der også noe av asymmetrien som henger ved pleier – pasient - relasjonen kan reduseres, fordi man er to eller flere mennesker sammen. Et slikt samspill basert på både emosjonelle og kognitive aspekter kan betraktes som meningsfullt og livgivende i relasjonen mellom pleier og pasient.

De refererte studiene gjør oss oppmerksomme på at et sentralt element ved åndelig omsorg handler om støtte til pasientens opplevelse av egen identitet.



ERINDRING: En bibel kan brukes til å stimulere sansene. Foto: Colourbox.

Innenfor den åndelige dimensjonen knyttes fortid, nåtid og framtid sammen i et menneskes liv. Det dreier seg om det helt grunnleggende ved det å være menneske, å søke og fornemme mening og tilhørighet i tilværelsen, og i dette helhetlige omsorgsperspektivet hører pasientens troshistorie og øvrige livshistorie til.

Denne forståelsen av åndelig omsorg ligger nær WHO's konseptualisering av begrepet åndelighet (spirituality). Videre synes det å være en skjelling mellom åndelig og mer spesifikk religiøs omsorg som ligner den vi ser hos WHO. Tilrettelegging for religiøs deltakelse på ulike måter som passer for denne pasientgruppen forstås som åndelig omsorg, men åndelig omsorg er samtidig noe mer. Det forbindes med et stort spekter av omsorgstiltak som gir næring til pasientenes grunnleggende opplevelse av å være menneske, høre til i en sammenheng, relatere seg til andre og fornemme livsmening – at det er noe mer enn det man kan se og forstå. Dette er vesentlige aspekter når det dreier seg om en gruppe mennesker der nettopp evnen til å forstå er redusert, men ikke nødvendigvis evnen til å kjenne tilhørighet og søke mening.

Disse studiene tilsier ikke at åndelig omsorg i sykepleien for personer med demens er et undervurdert område. Imidlertid sett i forhold til hvor viktig åndelig omsorg er for pasientene, er dette et område som er lite forskningsmessig undersøkt. I den helhetlige sykepleien inngår bearbeidelse av sykdom og lidelse hos eldre mennesker med demenssykdom. Det er derfor

av stor verdi at det utvikles teoretiske rammeverk for åndelig omsorg som er realistiske og anvendbare for praksis. Slike tiltak kan bidra til å forbedre den åndelige omsorgen til personer med demens.

Avslutning

Åndelig omsorg er grunnleggende viktig i all sykepleie overfor eldre mennesker. Et dykk i relevant nyere forskningslitteratur har vist at åndelig omsorg for pasienter med demens i sykehjem i stor utstrekning handler om ivaretagelse av pasienters behov for opplevelse av sammenheng i tilværelsen, hvor bevissthet om relasjoner, minnearbeid og sansestimulering er sentralt. Samtidig er det tydelig at forståelsen av åndelig omsorg for personer med demens i sykehjem er lite utdypet. Dette gjenspeiles ved at sykepleieforskningen på mange områder kan oppfattes som ufullstendig og ganske teoretisk i sin beskrivelse av åndelig omsorg til eldre mennesker med en demenssykdom.

Vi vil særlig peke på noen forhold vi mener bør stå sentralt i fagutviklingen på dette området. For det første at man unngår generelle tilnærminger, og forankrer praksis i individuelle og lokale forhold. Kunnskap om pasienten i kontekst, og kunnskap om hvilke ressurser som finnes i lokalsamfunnet må stå sentralt. Til dette hører også et moment som er framhevet, nemlig det tverrfaglige samarbeidets betydning for åndelig omsorg og samarbeidet med pårørende og annet lokalt nettverk.

«Det er vanskelig å tenke seg helhetlig pleie uten at dette også innebærer åndelig omsorg.»

For det andre vil vi understreke det som er sagt om frihet og integritet, og viktigheten av å ivareta at pasientens opplevelse av fremmedgjøring reduseres, og opplevelse av mening og tilhørighet styrkes. Demenssykdom kan for mange pasienter innebære en erfaring av å miste noe av seg selv og å fremmedgjøres i sitt eget liv. Åndelig omsorg handler om at pasienter skal kunne hente trøst og styrke gjennom tilhørighet til steder og kontekster, ritualer og symboler som gjennom livet har gitt opplevelse av mening og tilhørighet.

For det tredje ser vi betydningen av at åndelig omsorg ses i en naturlig sammenheng med øvrig sykepleiefaglig omsorg. I pleier-pasient-relasjonen er det gjennom dager og uker utallige dagligdagse situasjoner med fortrolighet, kroppslighet og intimitet. Det er vanskelig å tenke seg helhetlig pleie uten at dette også innebærer åndelig omsorg. Hvilke muligheter ligger det her for de korte, men av og til gode eksistensielle samtaler mellom pleier og pasient knyttet til de daglige relasjonene? Studiene vi har vært innom har vist at det relasjonelle er grunnleggende ved åndelig omsorg, og i sykehjemmene er pleierne noen av pasientenes viktigste mennesker å relatere seg til. Sykehjemmene er pasientenes primære relasjonelle sted. Der kan de bekreftes som mennesker, oppleve anerkjennelse og også bearbeide de eksistensielle sidene ved tilværelsen som i særlig grad preger det å være i livets siste etappe. ■

Referanser:

1. Tanyi RA. Towards clarification of the meaning of spirituality. *J Adv Nurs* 2002;39(5):500-9.
2. Lundmark M. Attitudes to spiritual care among nursing staff in a Swedish oncology clinic. *J Clin Nurs* 2006;15(7):863-74.
3. Gaskamp C, Sutter R, Meraviglia M, Adams S, Tittler MG. Evidence-based guideline: Promoting spirituality in the older adult. *J Gerontol Nurs* 2006; Nov;32(11):8-13.
4. Katsuno T. Personal spirituality of persons with early-stage dementia. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice* 2003 Oct;2(3):315-35.
5. Torbjørnsen T. Åndelig omsorg. I: Kirkevold M, Brodtkorb K, Ranhoff AH, red. *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk; 2008: 456-64.
6. Beuscher L, Beck C. A literature review of spirituality in coping with early-stage Alzheimer's disease. *J Nurs Healthc Chronic Illn* 2008;17(5A):88-97.
7. Brooker D. *Person-centred dementia care: making services better*. London: Jessica Kingsley Publishers; 2007.
8. Kitwood T, Johnsen N. En revurdering af demens: personen kommer i første række. I: Høeg D, red. *Frederikshavn: Dafolo*; 1999.
9. Molzahn AE. Spirituality in later life: effect on quality of life. *J Gerontol Nurs* 2007;33(1):32-9.
10. Touhy TA, Brown C, Smith CJ. Spiritual caring: end of life in a nursing home. *J Gerontol Nurs* 2005;31(9):27-35.
11. Engedal K, Haugen PK. Demens: fakta og utfordringer : en lærebok. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2004.
12. Ross L. Spiritual care in nursing: an overview of the research to date. *J Clin Nurs* 2006;15(7):852-62.
13. Govier I. Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nurs Stand* 2000;14(17):32-6.
14. Pesut B, Fowler M, Taylor EJ, Reimer-Kirkham S, Sawatzky R. Conceptualising spirituality and religion for healthcare. *J Clin Nurs* 2008 Nov;17(21):2803-10.
15. Guttu T. *Norsk ordbok med 1000 illustrasjoner: riksmål og moderat bokmål*. Oslo: Kunnskapsforl.; 2005.
16. Buck HG. Spirituality: concept analysis and model development. *Holist Nurs Pract* 2006;20(6):288-92.
17. Delgado C. A discussion of the concept of spirituality. *Nurs Sci Q* 2005; Apr;18(2):157-62.
18. Underwood-Gordon L, Peters DJ, Bijur P, Fuhrer M. Roles of religiosity and spirituality in medical rehabilitation and the lives of persons with disabilities. A commentary. *Am J Phys Med Rehabil* 1997 May-Jun;76(3):255-7.
19. Group WS. A cross-cultural study of spirituality, religion, and personal beliefs as components of quality of life. *Soc Sci Med* 1486;62(6):1486-97.
20. Anonymous. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1569;46(12):1569-85.
21. Underwood LG, Teresi JA. The Daily Spiritual Experience Scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Ann Behav Med* 2002 Win;24(1):22-33.
22. Bepheg G. Care approaches to spirituality and dementia. *Br J Healthcare Assistants* 2009;3(1):43-6.
23. McCurdy DB. Personhood, spirituality, and hope in the care of human beings with dementia. *J Clin Ethics* 1998;9(1):81-91.
24. Dinning L. The spiritual care of people with severe dementia. *Nursing & Residential Care* 2005;7(1):36-9.
25. Goodall MA. The evaluation of spiritual care in a dementia care setting. *Dementia* 2009;8(2):167-83.
26. Vance DE. Spiritual Activities for Adults with Alzheimer's Disease: The Cognitive Components of Dementia and Religion. *J Relig Spiritual Aging* 2004;17(1-2):109-30.
27. Ruder S. Incorporating spirituality into the care of persons with Alzheimer's disease. *Alzheimer's Care Today* 2009;10(4):221-7.
28. Killick J. Dementia, Identity, and Spirituality. *J Relig Spiritual Aging* 2004;16(3-4):59-74.
29. Lloyd M. Understanding spirituality: tuning in to the inner being. *Journal of Dementia Care* 2004;12(4):25-7.
30. Lawrence RM. Aspects of spirituality in dementia care: when clinicians tune into silence. *Dementia* (14713012) 2003;2(3):393-402.
31. Sellers SC. The spiritual care meanings of adults residing in the mid-west. *Nurs Sci Q* 2001;14(3):239-48.

Demensplanen trappes opp

Flere dagaktivitetsplasser er ett av tre satsingsområder i den reviderte demensplanen.

L ike før jul la helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen frem en revidert utgave av Demensplan 2015 «Den gode dagen». Demensplanen har bidratt til å løfte demensomsorgen, men enda er det flere utfordringer i kommunene.

Det er tre store satsingsområder som trappes opp i den reviderte planen. Som en del av regjeringens ekstra bevilgning av midler til dette arbeidet, pågår det flere store, landsomfattende prosjekter nå.

Dagaktivitetstilbud

Det skal satses på flere dagaktivitetsplasser. Dette henger sammen med at det fortsatt er bare 9,3 prosent av de hjemmeboende personer med demens som har et dagaktivitetstilbud. Dette tilbudet omtales som det manglende mellomledet i omsorgskjeden. Ved å tilby dagaktivitetstilbud kan mange personer med demens bli boende i sitt hjem lenger. Det overordnede målet i demensplanen er at alle kommuner skal kunne tilby aktiviteter på dagtid til personer med demens innen 2015. Etter hvert som dagaktivitetstilbu-

det bygges ut er det et mål å lovfeste plikten for kommunene til å gi et slikt tilbud. For å stimulere til denne ønskede utviklingen er det etablert et øremerket tilskudd til opprettelse av 2300 plasser. Dette kan bety at så mange som 5000 personer med demens vil kunne omfattes av ordningen i 2012. Det pågår nå flere steder i landet etablering av nye dagsenterplasser tilrettelagt for personer med demens.

Flere botilbud

Det andre tiltaket i revidert demensplan er økt antall botilbud som er tilpasset personer med demens. Små boenheter med tilgang til uteareal bidrar til at personer med demens og kognitiv svikt kan opprettholde sitt funksjonsnivå lenger. Et investeringstilskudd i Husbanken bidrar til at sykehjem og heldøgns omsorgsboliger blir tilrettelagt med slike enheter. Regjeringen har som mål at det gis tilsagn om tilskudd til 12000 boenheter innen 2015.

Pårørendeskole

Økt kunnskap og kompetanse er det

tredje tiltaket som det skal satses på i større utstrekning. Pårørendeskole skal være et tilbud til flere. Det å leve sammen med en som har demens er krevende for pårørende. Pårørendeskole er et tilbud som gir støtte, veiledning og kunnskap til å mestre hverdagen. Også ansatte skal gis muligheter for grunn-, etter- og videreutdanning for å øke kompetanse på demens.

Rekruttering av kommuner til å starte opp med pårørendeskoler og samtalegrupper for pårørende til pasienter med demens pågår nå, og skal ferdigstilles innen utgangen av juni i år. Det samme gjelder prosjektet *Demens tidlig i livet/ Møteplass for mestring*, som er opplæring og samtaler for yngre personer med demens som har fått sin demensdiagnose før fylte 65 år, og deres pårørende. Det har også pågått flere prosjekter for ungdom i alderen 18 - 30 hvor en av foreldrene har fått en demensdiagnose. ■



Hilde Fryberg Eilertsen, demenskoordinator i Tromsø.

Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem?

– Presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter



Adel Bergland, sykepleier, dr. Polit. Førsteamanuensis, Lovisenberg diakonale høgskole, Oslo.

Introduksjon

En viktig målsetting for sykepleiere og andre ansatte som arbeider i sykehjem er å bidra til at den eldre har det godt eller så bra som mulig situasjonen tatt i betraktning. Mange sykehjem beskriver trivsel som en sentral målsetting. Trivsel er et uttrykk både fra hverdagspråket og et faglig begrep. Ifølge norske ordbøker refererer trivsel både til en tilstand av *å ha det godt* og *å like seg* og til en prosess knyttet til utvikling (1). I dagligspråket er betydningen *å ha det godt*, *finne seg til rette* og *like seg* den mest vanlige. Trivsel refererer altså til en persons subjektive opplevelse av sin situasjon, ofte i relasjon til et konkret sted. Trivselsbegrepet har så langt vært lite diskutert i sykepleiefaget.

Hensikten med artikkelen er å introdusere Haight et mfl.'s (2) trivselsteori og eksemplifisere og underbygge faktorene i teorien ved hjelp av to forskningsprosjekter. Det første prosjektet er en fenomenologisk livsverdens studie (3) om trivsel i

sykehjem (4, 5). Det andre prosjektet er en pågående studie om omgivelsenes betydning for beboernes hverdagsliv, funksjon og trivsel i sykehjem (6).

Trivselsteori

De amerikanske sykepleierne Haight, Barba, Tesh og Courts (2) introduserte i 2002 en *Trivselsteori* (Theory of thriving). Teorien ble utviklet med utgangspunkt i begrepet mistrivsel (failure to thrive – FTT). FTT refererer til et syndrom med uforklarlig vekttap og redusert funksjonsnivå; fysisk, mental og/eller sosialt hos eldre personer (2, 7). I medisinsk litteratur beskrives ulike sykdommer som årsaker til FTT (8), mens sykepleielitteraturen ofte beskriver psykososiale årsaker som sorg, tap og ensomhet (9, 10). De amerikanske sykepleieforskerne Newburn og Krowchuk presenterte i 1994 en analyse av begrepet FTT hos eldre personer som underbygget de ulike årsaksfaktorene (9). Med utgangspunkt i denne analysen ble forståelsen av

Sammendrag: En viktig målsetting i sykehjem er at eldre skal trives og ha det godt. Artikkelen presenterer en trivselsteori som indikerer at trivsel gjennom livsløpet er resultat av et samspill mellom tre faktorer: Personen, mellommenneskelige relasjoner og det fysiske miljøet. Ved hjelp av to forskningsprosjekter underbygges teorien ved å vise at trivsel i sykehjem er resultat av et individuelt og tilpasset samspill mellom disse faktorene.

Nøkkelord: trivsel, sykehjem, relasjoner, omgivelser, fysisk miljø.

Abstract: A main objective of nursing homes is to promote well-being and thriving for residents. This article introduces a theory of thriving that proposes that throughout life-span thriving results from an interaction between three factors: the person, human relationships and the physical environment. Results of two research projects showing that thriving in nursing homes results from an individual and adjusted interaction between these three factors are presented.

Key-words: thriving, nursing home, relationships, environment, physical environment.



TRIVSEL: Hvordan personen oppfatter, vurderer og håndterer sin livssituasjon kan ha betydning for trivselen. Foto: Colourbox.

FTT videreutviklet i et livsløpsperspektiv. FTT ble ikke lenger forstått som en tilstand, men som et endepunkt på et kontinuum fra mistrivsel (FTT) til trivsel (thriving). Trivsel ble beskrevet som et positivt begrep og det positive endepunktet på kontinuumet (2).

Tre faktorer er sentrale i *Trivselsteorien*: Personen, relasjonene til menneskene han/hun omgir seg med (human-environment) og det fysiske miljøet (non-human-environment) (2). Teorien beskriver personen med sosiale, fysiske, psykiske og åndelige dimensjoner. Andre mennesker og personlige relasjoner på ulike stadier i livet kan påvirke personen og det fysiske miljøet positivt og bidra til trivsel, vekst og utvikling eller påvirke på en negativ måte og derved bidra til mistrivsel og mangel på vekst og utvikling. Alle tre faktorene endrer seg og påvirker hverandre i et kontinuerlig samspill gjennom livsløpet og avhengig av hvordan samspillet er, blir resultatet en person som trives eller mistrives i større eller mindre grad. Trivsel beskrives som resultat av et *optimalt* samspill mellom personen, relasjonene

han/hun har og de fysiske omgivelsene og er resultat av en kontinuerlig tilpasning mellom disse faktorene (2, 11). En person som trives lever sitt liv på en optimal måte (2). En slik tenkning innebærer at trivsel anses som en prosess mer enn en tilstand. Trivsel i eldre år kan, ut fra dette perspektivet, forstås som en prosess hvor det kontinuerlig skjer tilpasninger som resultat av normale aldersforandringer, sykdom, endringer i fysisk funksjon og endringer i livssituasjon, slik at personen lever et så optimalt liv som mulig situasjonen tatt i betraktning (2, 11). Faktorene i trivselsteorien beskrives og eksemplifiseres videre i artikkelen.

Personen

Hvordan personen oppfatter, vurderer og håndterer sin livssituasjon kan ha betydning for trivselen (2). Et viktig element i forskning om trivsel er personens forventninger til omgivelsene. Den danske psykologen Petersen (12, 13) beskriver trivsel som en psykologisk tilstand og som resultat av personens forventninger til et miljø og hvor mange av forventningene som innfris



GDGT FORHOLD: En gruppe beboere beskrev nære og personlige relasjoner til enkeltpleiere som viktige for å trives i sykehjemmet. Foto: Colourbox.

i miljøet. Hvis mange og vesentlige forventninger innfris, blir resultatet trivsel. Hvis derimot mange og vesentlige forventninger ikke innfris, blir resultatet mistrivsel (12). Både Petersen (12) og Haigh m.fl. (2) beskriver altså trivsel som resultat av et tilpasset samspill mellom personen og personens forventninger til miljøet og den situasjonen han/hun befinner seg i. Personen kan ha innflytelse på sin egen situasjon på bakgrunn av hvilke forventninger han/hun har og hvilke strategier han/hun benytter i møte med vanskelige livssituasjoner, som for eksempel alvorlig sykdom og det å flytte på sykehjem. I situasjoner hvor en person ikke har valgmuligheter beskrives det å revurdere og justere mål og verdier som hensiktsmessige strategier (14, 15).

Personens bidrag til trivsel i sykehjem

Beboere i sykehjem har en betydelig funksjonssvikt og et stort behov for hjelp og må tilpasse seg en ny livssituasjon (16, 17). Et eksempel på hvordan beboere i sykehjem kan endre sine forventninger når de flytter på sykehjem finner vi i studien Trivsel i sykehjem (4, 5). Studien viste at når beboerne snakket om å trives i sykehjemmet, beskrev de trivsel som noe annet sammenliknet med tidligere i livet. De hadde justert og/eller endret sin oppfatning av trivsel. En kvinne som fortalte at hun trivdes i sykehjemmet, sa: «Du vet, det er ikke som før i livet. Det er helt annerledes. Det er to ulike måter. Jeg trivdes mer hjemme.» Det å flytte på sykehjem hadde ført til en stor forandring i beboernes liv. Beboere som ga uttrykk for å trives, hadde tilpasset sine forventninger til hva de mente var mulig å oppnå i miljøet, slik det beskrives av Petersen (12, 13) og Haigh m.fl. (2).

Studien identifiserte også tre ulike innstillinger til å bo i sykehjemmet: En innstilling om å trives, en ambivalent innstilling og en innstilling om å ikke ville trives (4, 5). En innstilling om å trives innebar å ta en beslutning om at sykehjemmet nå var det eneste mulige stedet å være fordi de hadde så stort behov for hjelp i dagliglivet. Videre innebar en slik innstilling å anse sykehjemmet som et hjem og tilpasse sine forventninger til de mulighetene som var i sykehjemmet. Beboere med en ambivalent innstilling og beboeren med en innstilling om å ikke ville trives holdt fast ved et håp om å komme hjem og hadde ikke slått seg til ro og blitt fortrolige med livet i sykehjemmet.

Eldre mennesker som flytter til sykehjem opplever en situasjon hvor de må *gi slipp på* hjemmet

sitt og orientere seg i forhold til de begrensningene et stort behov for hjelp og et liv i sykehjem setter. En slik livssituasjon utfordrer den eldre personens mål og verdier. Beboerne benyttet ulike strategier for å tilpasse seg livet i sykehjemmet og å kunne oppleve trivsel. Beboerne med en innstilling om å trives hadde innsett at de ikke lenger kunne klare å bo hjemme på grunn av sine helseproblemer og funksjonssvikt. De endret og justerte sine mål og verdier og la vekt på å skape seg gode dager i sykehjemmet (5, 15). Det at den eldre personen reviderer sine mål og verdier synes viktig for å trives i sykehjem (4, 5, 15). Den gruppen av beboere som hadde en ambivalent innstilling eller en innstilling om å ikke ville trives holdt fast ved ønsket om å fortsatt kunne bo hjemme også etter at de hadde flyttet inn på sykehjemmet. Gruppen med en innstilling om å trives kan sies å utvise akkomodativ fleksibilitet ved at de tilpasset sine mål til de endringene som var skjedd, mens de siste gruppene holdt fast ved sine tidligere mål og ønsker og viste assimilativ persistens (14, 15).

Relasjonenes betydning for trivsel i sykehjem

Ifølge Trivselsteorien er pleiere, familie, venner og andre beboere viktige personer for eldre i sykehjem og gode og positive relasjoner til disse personene bidrar til trivsel (2). Dette underbygges også av studien om Trivsel i sykehjem (4, 5, 18). Studien viste imidlertid et komplekst samspill mellom ulike typer av relasjoner og beboernes opplevelse av å trives eller ikke trives på sykehjemmet.

«Alle beboerne var opptatt av at pleierne måtte ha god kompetanse»

En gruppe beboere beskrev nære og personlige relasjoner til enkeltpleiere som viktige for å trives i sykehjemmet. Det var viktig å bli kjent med hverandre som personer og ikke bare i rollen som pleier og beboer. Et vanlig utsagn i denne gruppen var: *Jeg trives fordi jeg kjenner pleierne*. Flere av disse beboerne hadde knyttet seg nært til spesielle pleiere og for enkelte kunne det være avgjørende for hvordan dagen deres ble, om de fikk hjelp av sin favorittpleier i morgenstellet. Også beboere som ikke trivdes i sykehjemmet, hadde etablert personlige relasjoner til en eller flere av pleierne,

men det var ikke tilstrekkelig for at de opplevde å trives i sykehjemmet. En kvinne sa: «Jeg har fortalt (navn på primærkontakten) at hun er den beste sykepleier en kan få. Hun tar seg av alt og lytter til meg». Kvinnen fortalte videre at det var ikke noe pleierne kunne gjøre for at hun skulle trives. Alt kom an på henne selv. I de personlige relasjonene var fokus mer enn bare på de enkelte situasjonene hvor beboeren fikk hjelp. Fokus var på beboerens totale livssituasjon i sykehjemmet. Beboeren og pleieren utviklet en felles historie. I disse relasjonene utviklet det seg, fra beboerens perspektiv, en tillit og tilhørighet og tro på at pleierne ville gjøre det beste for dem. I hvilken grad beboerne aktivt tok kontakt med pleierne varierte. Noen beboere tok aktivt kontakt og la stor vekt på å ha en vennskapsliknende relasjon med stor grad av gjensidighet. Andre beboere som understreket betydningen av en personlig relasjon for å trives, ventet på at pleierne skulle ta initiativ til kontakt (18).

En annen gruppe beboere beskrev vennlige og hyggelige ikke-personlige relasjoner som viktige for å trives i sykehjemmet. Disse beboerne la vekt på at pleierne måtte være vennlige og ha en innstilling om å hjelpe. Et typisk utsagn var: *Jeg trives fordi alle pleierne er så snille og hjelpsomme*. Disse beboerne var opptatt av at pleierne viste interesse for dem som personer, men de var ikke så opptatt av å bli kjent

«Sykepleiere som har ansvar for beboere, må finne ut hva som er viktig for å trives for den enkelte.»

med pleierne som personer. Pleierne fremsto mer som en gruppe enn som tydelige enkeltpersoner. Det å utvikle en nær relasjon over tid med enkeltpleiere ble ikke vurdert som viktig for å kunne trives. Det avgjørende var at de fikk den hjelpen de trengte av pleiere som viste interesse for dem og som behandlet dem med vennlighet og med respekt (18).

En tredje gruppe beboere vurderte ikke nær tilknytning til pleiere som viktig for å kunne trives. De ønsket en viss distanse til pleierne. Deres fokus var å få kompetent hjelp og pleie heller enn personen som skulle yte hjelpen. En mannlig beboer sa: «Jeg trives. Vennlighet hele veien uten at de (dvs. pleierne) blir plagsomt personlige.» Det viktige var

at de fikk den pleien de hadde behov for. I denne gruppen var det noen som gjenkjente pleierne, for andre fremsto pleierne som en gruppe – generaliserte pleiere. En kvinne fortalte: «Jeg trives. Man kan ikke være på et bedre sted når man ikke kan være hjemme. Jeg kjenner i grunnen ikke pleierne, det er ikke viktig for meg».

Alle beboerne var opptatt av at pleierne måtte ha god kompetanse og kunnskap om beboernes sykdommer og behandling, samt at de behandlet beboerne med respekt og vennlighet (4, 5).

En annen gruppe personer som kan bidra til trivsel ifølge Haight m. fl. sin (2) trivselsteori, er andre beboere i sykehjemmet. Flere studier har vist at relasjoner mellom beboere i sykehjem ofte er begrenset og at det er vanskelig å etablere slike relasjoner (19-21). Betydningen av relasjoner til andre beboere for trivsel i sykehjemmet er lite studert. Studien *Trivsel i sykehjem* viste at det å etablere relasjoner til andre beboere er viktig for å kunne trives for noen, men ikke for alle (4, 22). Forutsetningen var at beboeren ønsket og var i stand til å etablere slike relasjoner. En gruppe beboere hadde etablert relasjoner til en eller noen få beboere som var mentalt klare og som de kunne ha en samtale med. En kvinne som spiste alle måltidene ved samme bord uttalte: «Vi kommer så godt overens. Det er som vi hører sammen.» Beboere som hadde etablert slike relasjoner, oppsøkte hverandre aktivt og tilbrakte tid sammen. Slike relasjoner bidro til trivsel ved at beboerne ga hverandre støtte, mulighet for å snakke om positive og negative tanker og opplevelser i sykehjemmet og fra tidligere i livet.

For en annen gruppe beboere var ikke relasjoner til andre beboere viktig for å kunne trives. De hadde ikke noe ønske om å etablere slike relasjoner. En kvinne fortalte: «Personlig så savner jeg ikke kontakt. Jeg er vant til å være alene. Så lenge jeg har mine (dvs. familien) som kommer og besøker meg, så er det nok for meg.» En mann fortalte: «Jeg kjenner ingen her. Jeg har ikke forsøkt å bli kjent med noen, jeg er for gammel til det.»

En liten gruppe beboere fortalte at de opprinnelig hadde et ønske om å etablere kontakt med andre beboere i sykehjemmet. Men da de hadde sett hvor mange av beboerne som hadde en kognitiv svikt, hadde de redusert sine forventninger og forventet ikke lenger å etablere slike relasjoner i sykehjemmet (22).

I samsvar med Trivselsteorien (2) var alle beboerne opptatt av at kontakt med og besøk av



FELLESKAP: Nære relasjoner mellom beboere kan være positivt, men mange bryr seg ikke om å bli venner med andre beboere på sykehjem. Foto: Colourbox.

familien bidro til trivsel i sykehjemmet. Dager med besøk fra familien ble beskrevet som gode dager sammenliknet med dager uten slikt besøk. Beboerne som ikke ønsket å etablere nære og personlige relasjoner med pleiere og/eller beboere, la stor vekt på at familien var de viktigste relasjonene for dem (4, 5).

Det fysiske miljøet

En annen faktor i Haight mfl. sin (2) trivselsteori er de fysiske omgivelsene som omgir personen, eksempelvis rom, avdelinger og bygninger. De fysiske omgivelsene kan påvirke personen direkte eller ha betydning for kontakt og utvikling av relasjoner til andre mennesker, for eksempel pleiere i sykehjem.

En litteraturgjennomgang viste at forskning om fysiske omgivelser i sykehjem i stor grad har fokusert på hvordan de fysiske omgivelsene kan bidra til økt funksjon og/eller reduksjon og regulering av utfordrende atferd hos personer med demens (6). Studiene hadde i all hovedsak negative resultatmål som reduksjon eller fravær av utfordrende atferd. Også studier med fokus på positive stimuli i omgivelsene som bilder og naturelementer, hadde ofte *atferdsregulering* som resultatmål. Litteraturgjennomgangen (6) viste at kunnskapen om hvordan de fysiske omgivelsene kan bidra til positive

resultatmål som trivsel i sykehjem er begrenset.

Studien om trivsel i sykehjem viste imidlertid, slik Haight mfl. beskriver (2) at ulike kvaliteter i de fysiske omgivelsene kan bidra til trivsel (5). De ble identifisert som tilleggsaspekter ved trivsel i sykehjem og indikerte derved at de ikke alene var tilstrekkelige for å skape trivsel. Pene, lyse og rene omgivelser ble beskrevet som viktig. Det å ha enerom ble vektlagt. En kvinne sa: «Jeg er veldig glad for at rommet er så stort at jeg har plass til noen egne møbler. Jeg føler meg mer hjemme når jeg kan sitte i mine egne stoler.» Det å ha eget bad ble vurdert som viktig for alle beboerne som hadde det, og var sterkt ønsket av dem som ikke hadde det (5).

En pågående studie indikerer at det fysiske miljøet i sykehjem har ulik betydning og funksjon blant annet avhengig av beboernes funksjonsnivå. Studien tar utgangspunkt i Werezak og Morgans (23) beskrivelse av kvaliteter ved gode omgivelser for eldre personer og personer med demens: Effektivt system for orientering, trygghet og sikkerhet, personliggjøring av steder og tilpasset nivå av stimuli.

God skilting og andre orienterende elementer kan være viktig for beboere som forflytter seg selv. For beboere som ikke forflytter seg selv, kan det ha mindre eller ingen betydning. Orienterende

elementer kan være viktig for beboere som har en moderat demenstilstand. Personer med alvorlig demens er ofte ute av stand til å forstå disse, mens mentalt klare beboere orienterer seg uten slik hjelp.

Fysiske steder og miljøer hvor det er godt å være, bør ha et tilpasset nivå av stimuli (23) og stimuli av moderat kompleksitet (24). Å sørge for et optimalt nivå av stimuli kan innebære ulike tiltak og aktiviteter for ulike grupper av beboere. Beboere som er i stand til å forflytte seg kan sørge for variasjon i stimuli ved å oppholde seg på ulike områder i og utenfor sykehjemmet i løpet av dagen. De kan delta på fellesaktiviteter på aktivitetsstuen om formiddagen, mens ettermiddagen tilbringes på rommet med å lese bøker eller få besøk fra familien. For andre beboere må tilpassede og varierte stimuli tilrettelegges av personalet. Det kan eksempelvis gjøres ved at ulike aktiviteter i avdelingen og på sykehjemmet gjennomføres på ulike fysiske steder og derved bidrar til variasjon (6).

Det er helt avgjørende at personalet vurderer kompleksiteten av stimuli ut fra den enkelte pasients situasjon, diagnose og funksjonsnivå. For få og enkle stimuli kan bidra til kjedsomhet, mens for mange og uforståelige stimuli kan bidra til forvirring. Det som kan være for få stimuli for noen beboere kan bidra til overstimulering og forvirring hos andre beboere. Å redusere overstimulering er et sentralt prinsipp i omsorgen for personer med demens (25). Det synes samtidig viktig å vurdere på hvilken måte positive stimuli kan tilpasses og fokuseres slik at de kan bidra til gode opplevelser hos personer med demens (6). Det å tilrettelegge de fysiske omgivelsene slik at de bidrar til trivsel, slik Haight mfl. (2) beskriver, krever derfor individuell tilrettelegging.

Konklusjon

De to forskningsprosjektene (4 -6) synes i all hovedsak å underbygge trivselsteorien til Haight mfl. (2). Beboerne som ga uttrykk for å trives i sykehjemmet, evnet å leve et så godt liv som mulig innenfor de rammene sykehjemmet satte (4). Studien underbygger teorien om at trivsel er resultat av et individuelt tilpasset samspill mellom den enkelte beboer, de mellommenneskelige relasjonene og det fysiske miljøet (2). På bakgrunn av studien kan det ikke listes opp hva som bidrar til trivsel hos alle beboere i sykehjem (4). Sykepleiere som har ansvar for beboere, må finne ut hva som er viktig for å trives for den enkelte. ■

Referanser

- Landrø MI, Wangensteen B. Bokmålsordboka. Bergen: Universitetsforlaget; 1986.
- Haight BK, Barba BE, Tesh AS, Courts NF. Thriving: a life span theory. *J Gerontol Nurs* 2002;28(3): 14–22.
- Schütz A, Ulf-Møller B. Hverdagslivets sociologi: en tekstsamling. København: Hans Reitzel; 2005.
- Bergland Å. Trivsel i sykehjem: en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag; 2006.
- Bergland Å, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *Int J Nurs Stud* 2006;43(6): 681–91.
- Bergland Å, Kirkevold M. Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? – En litteraturgjennomgang. *Sykepleien Forskning* 2011;6(1): 14–25.
- Rocchiccioli JT, Sanford JT. Revisiting geriatric failure to thrive: a complex and compelling clinical condition. *J Gerontol Nurs* 2009 Jan;35(1): 18–24.
- Verdery RB. Failure to thrive in older people. *J Nutr Health Aging* 1998;2(2): 69–72.
- Newbern VB, Krowchuk HV. Failure to thrive in elderly people: a conceptual analysis. *J Adv Nurs* 1994 May;19(5): 840–9.
- Bergland Å, Kirkevold M. Thriving – a useful theoretical perspective to capture the experience of well-being among frail elderly in nursing homes? *J Adv Nurs* 2001;36(3): 426–32.
- Hansen-Kyle L. A concept analysis of healthy aging. *Nurs Forum* 2005;40(2): 45–57.
- Petersen E. Trivsel og livskvalitet, krise og samfunnsudvikling: en antologi. Aarhus: Aarhus Universitet, Psykologisk Institut; 1995.
- Petersen E. Trivselsteorien – en sosialpsykologisk livskvalitetsmodell. I: Petersen E, m. fl., red. *Livskvalitet, resignation og overlevelse*. Aarhus: Aarhus Universitet; 1997. s. 70–97.
- Daatland SO, Solem PE. Aldring og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
- Brandtstadter J, Rothermund K. The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Dev Rev* 2002 Mar;22(1): 117–50.
- Kahn DL. Making the best of it: adapting to the ambivalent of a nursing home environment. *Qual Health Res* 1999;9(1): 119–32.
- Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: SINTEF, Unimed, Ledelse, organisasjon og samhandling; 2003.
- Bergland Å, Kirkevold M. Resident-caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Res Nurs Health* 2005;28(5): 365–75.
- Bitzan JE. Emotional bondedness and subjective well-being between nursing home roommates. *J Gerontol Nurs* 1998;24(9): 8–15.
- Ice GH. Daily life in a nursing home: Has it changed in 25 years? *J Aging Stud* 2002 Nov;16(4): 345–59.
- Hubbard G, Tester S, Downs MG. Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *Ageing Soc* 2003 Jan;23(1): 99–114.
- Bergland Å, Kirkevold M. The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *J Clin Nurs* 2008;17 (10): 1295–302.
- Werezak L, Morgan D. Creating a therapeutic psychosocial environment in dementia care. A preliminary framework. *J Gerontol Nurs* 2003 ;29 (12): 18–25.
- Cold B. Her er det godt å være – om estetikk i omgivelsene. Trondheim: NTNU 2010.
- Rokstad AMM. Miljøbehandling. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. *Personer med demens Møte og samhandling*. Oslo: Akribes; 2008. s. 152–79.

Seniorkor – helsefremjande aktivitet i stødig ramme

Innleiing og formål

Samanhengen mellom kultur og helse er tema i fleire nasjonale dokument (1-5). Hovudbodskapen er for det første at kultur skal vere tilgjengleg for alle uansett alder og funksjonsnivå, og for det andre at kultur gjev gode opplevingar og på den måten medverkar til god helse.

På bakgrunn av offentlege føringar om kor viktig kultur er, starta Trondheim kommune i 2002 eit kulturelt pionerprosjekt retta mot den eldre del av folkesetnaden. Offentlege og frivillige aktørar samarbeidde om eit mangfald av kulturelle aktiviteter. Evalueringsrapporten (6) viser at gjennom kulturaktivitet vart deltakarane stimulert til aktivitet som gav opplevingar av større mening, vekst og samanheng i kvardagen. I tillegg skapte aktiviteten rammer for gode sosiale fellesskap, med høve til utvikling og utviding av omgangskrets. Med erfaringane frå prosjektet i Trondheim,

og som ei oppfølging og konkretisering av dette, vart støtteordninga «Den kulturelle spaserstokken» etablert i 2007 (7).

Inspirert av «kultur gjev helse-tenkinga», nemnd over, vart det utvikla eit prosjekt i Førde kommune med tittelen: «Kultur og Eldre: eit prosjekt om heilskapstenking for betre helse». Prosjektet er eit samarbeid mellom kultursektoren og omsorgstenesta både på kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Eit av tiltaka i prosjektet er Førde Seniorkor. Koret vart etablert i 2008, det er opent for alle over 60, og har fast øvingsstad i kantina på sjukeheimen. Ved årsskiftet 2010–2011 var det rundt 75 medlemmar, der menn utgjorde om lag ein tredel. Koret har offentleg lønna musikkterapi som dirigent.

Formålet med denne artikkelen er å utforske kva koret betyr for den enkelte kordeltakaren ut frå eit helsefremjande perspektiv.



Aud Berit Fossøy, sosiolog, Cand.polit. Høgskulelektor, Høgskulen i Sogn og Fjordane, Avdeling for helsefag. Kontakt: aud.fossøy@hisf.no



Solveig Hauge, sykepleier, PhD, Førsteamanuensis ved Høyskolen i Telemark, Institutt for helsefag, og ved Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for sykepleievitenskap.

Samandrag: Sentrale føringar motiverer til satsing på kultur som verkemiddel i helsefremjande arbeid. Forsking viser betre livskvalitet og sjølvopplevd helse for den enkelte ved kulturell deltaking. I tillegg er det sosiale fellesskap dette skapar, sett på som verdifull. Eit konkret tiltak er Førde Seniorkor, eit kommunalt tilrettelagt tilbod. Artikkelen set søkelys på den enkelte deltakar sin oppleving av aktiviteten: kva utbytte har den enkelte og kan dette vera helsefremjande? Data innsamla ved intervju og observasjon blir diskutert på bakgrunn av internasjonal forskning om korsang for eldre, deretter blir data diskutert i lys av Hjort sine fire hovedgrupper av helsefremjande faktorar. Artikkelen viser at korsang blir oppfatta som ein meningsfull aktivitet som strukturerer kvardagen, og gir høve til utfordringar og fellesskap tilpassa det den enkelte ynskjer og kan vera tilfreds med.

Nøkkelord: helsefremmende arbeid, kor, senior/seniorkor, eldre, pensjonist, musikkterapi, psykososialt arbeid, kultur og helse

Abstract: Official guidelines from Norwegian authorities

promote culture as a tool for health promotion. Research suggests participation in cultural activities improves quality of life and selfperceived health. In addition, the community this creates seems to be valuable. The Forde Senior Choir organized by the Forde County administration is an example of cultural activity for the older adult population in the county.

This article focuses on the individual participant's experience of the activity, benefits of participation and in particular whether the individual has experienced any health benefit. Senior choir participants were interviewed and observations were conducted. Results are discussed based on international research on senior choir singing as well as in light of Peter Hjort's four main groups of health-promoting factors. Results indicate that choir singing is looked upon as a meaningful activity that provides structure to everyday life, and satisfies the desire for challenge and opportunity for each participant.

Keywords: health promotion, choir, chorus, senior, older people, retirement, music therapy, psycho-social work, culture and health



Kva veit vi om samanhengen mellom kultur og helsefremjing

Helsefremjande tenking inneber ei grunnforståing av at måten vi lever liva våre på har innverknad på helse vår. Tenkinga bygger på eit utvida helseomgrep der god helse inneber dimensjonar som motstand mot sjukdom, god fysisk form, energi og vitalitet, sosiale relasjonar og det å kunne fungere effektivt (8, 9). I tråd med dette skildrar Hjort (8) fire hovudgrupper med helsefremjande faktorar: trivsel, meistring, overskot og sosial støtte. Når helse vert knytt til slike omgrep er det rimeleg å tenkje at ulike former for kulturell aktivitet kan ha innverknad til dømes på trivsel eller overskot. Ein grunnleggande tanke blir difor at meiningsfulle kulturaktivitetar vil kunne gi auka livskvalitet og dermed betre helse.

Samanhengen mellom kultur og helse er forska på i ulike fagmiljø og ut frå ulike perspektiv. Det

«Deltaking i kor kan gje færre legebesøk.»

er til dømes dokumentert positiv samanhengen mellom song og helse (10-12). Det å delta i eit songkor har vist seg å styrke fellesskap og livkvalitet i ulike grupper som: innsette, menneske i rehabiliteringsprosessar, eller spesielt marginaliserte grupper (13, 14).

I Storbritannia er det frå 2005 utvikla eit lågterskeltilbod for eldre av typen syng-med-oss: The Silver Song Club Project (15). Klubbane samlast regelmessig i lokaler tilknytte eldresenter eller andre eigna arenaer i lokalmiljøet. Øktene er leia av ein person med gjennomført kursprogram og frivillige frå lokale kor og sanggrupper er medhjelparar. Evaluering av prosjektet, viser at denne modellen skaper glede, velvære, fellesskap, forbedring av hukommelse og konsentrasjon (15, 16). Liknande funn er gjort i studie av pensjonistkor i Missouri, USA (17). I tillegg viser studie av 21 ulike kor i England, Tyskland og Australia (18) at det regelmessige og langsiktige ved å delta i kor, hindra inaktivitet og gir ein balanse i tilværet. Vidare viser forskning at deltaking i kor kan gje konkrete utslag som færre legebesøk, mindre

medisinbruk, mindre einsemd, færre fallulykker og dødsfall for aldersgruppa over 65år (15, 19, 20).

Metode

For å utforske kordeltakarane sine opplevingar av å delta i seniorkor vart det valt eit kvalitativ design med observasjon og intervju som data-samlingsmetode.

Datasamling

Observasjon: Det var gjennomført 8 økter observasjon av korøving, à 90 minutt, to konsertframføringar og eit kveldsarrangement. Dette resulterte i 15 sider feltnotat. I tråd med anbefalingar i metodelitteraturen la forskaren opp til både nærleik og avstand i observasjonsfasen (21). Nærleik vart sikra ved ei aktiv rolle før og etter øvinga, i form av uformelle samtaler med kordeltakarane. Avstand vart sikra ved at forskaren under sjølve korøvinga var tilhøyrar saman med bebuarar og tilsett frå sjukeheimen. Det vart nedfelt stikkordsmessige notatar som seinare vart skrive ut som samla tekst. Observasjon gav data om ulike sider ved korøvinga som repertoaret, samversform, reaksjonar, humør, kommentarar og generell stemning.

Intervju: For å få betre innsikt i den enkelte sin oppleving av å delta i eit kor, vart det i tillegg gjennomført fem individuelle intervju, fire med deltakarar i koret og eit med dirigenten. Dei intervju kordeltakarane var alle i 70-åra, tre kvinner og ein mann, ein levde saman med ektefelle, tre åleine. Det var viktig at dei intervjuja hadde delteke regelmessig på øvingar og opptreden med koret minst eit år, om dei hadde vore med på lengre turar med koret var ikkje noko krav. Intervjuja vart gjennomført på ein roleg kafé, eit møterom eller eit kontor. Som utgangspunktet for intervjuet vart det nytta ein halvstrukturert intervjuguide. Intervjuja hadde preg av samtale, der spørsmål resulterte i svar som igjen var grunnlag for nye tankerekker. Intervjuja varte frå 30 til 60 minutt, dei vart tatt opp på lydfil og transkribert. Dette utgjorde om lag 15 sider tekst. I tillegg vart det i etterkant av intervjuja, gjennomført memoskriving, der forskaren nedfelte viktige observasjonar og analytiske idear.

Analysemetode

I analysen vart det brukt ei hermeneutisk tilnærming, der lesing av feltnotat og intervjuetekst var utgangspunkt for å finne meining og forståing. Feltnotat og transkriberte intervju vart grundig gjennomlest, samla og kvar for seg. Utsegn og aktivitet som var av ein slik art at det ga meining, vart markert. Så vart innhaldet i markert tekst abstrahert i kategoriar ved å stille fylgjande spørsmål til teksten: Kva handlar dette om? Dei ulike kategoriane vart så gruppert etter tema, og sortert i ulike hovud- og undertema.

Etiske omsyn

Prosjektet vart meldt til personvernombodet via Norsk Samfunnvitenskapelig Datatjeneste. Alle kordeltakarane fekk informasjon om prosjektet, munnleg og skriftleg. Alle som er inkludert i studien har gitt skriftleg informert samtykke både for observasjon- og intervju-delen av studien. Det vart understreka at det var frivillig å delta, og at om ein hadde gjeve samtykke kunne ein trekkje dette attende fram til analysearbeidet starta. I tillegg var forskaren medviten på å opptre diskret og respektfullt i all sin kontakt med kordeltakarane og dirigent.

Funn

Regelmessig møteplass

Informantane i studien gjev uttrykk for at koret er viktig fordi det er med på å skape rytme i kvardagen. Øvingane er lagt til måndagane kl 10.30 til 11.30, og det synes som det regelmessige med koret er eit gode som deltakarane ser fram til og organiserar livet sitt ut frå. Fleire av medlemmane har utvikla faste rutinar rundt koret, for eksempel avtale om å reise saman med andre. Ei av kvinnene sa: «Du vi drar klokka ti om vinteren, elles er det ti over ti, kvar måndag, det er veninna mi som køyrer».

Nokre av medlemmane er med på fleire typar aktivitetar. Desse prioriterar koret sjølv om det kan bli mykje å vera engasjert i. Slik ein av dei mannlege deltakarane som var aktiv på fleire arena, uttrykte det: «Eg ser fram til kvar ein måndag eg».

Ope for alle, men ikkje utan struktur

Noko av det deltakarane i koret var tydelege på var kor viktig det var at koret var opent for alle. Det var inga opptaksprøve eller andre typar kvalifikasjonskrav for å bli medlem i koret. Ein informant sa det slik: «Du treng ikkje synge, du kan gjerne mime».

Sjølv om det ikkje var sett opp inntakskrav for å bli medlem i koret, var det heller ikkje slik at det var fritt fram. Var ein først medlem var det til dømes forventing om frammøte. Denne situasjonen vart observert ved korøving: «Dirigenten gjennomfører opprop. Frå forsamlinga høyrer klare og mindre klare JA. Når nokon ikkje er tilstades, så blir det kommentert og vedkommande blir etterspurt».

Det var heller ikkje slik at ein kunne gjer kva ein ville når ein først var på korøving. Tidspunktet for når korøvinga skulle vera låg alltid fast, same dag og same tid og same stad kvar gong. Denne faste strukturen gjorde at om ein skulle vere med mått ein møte til rett tid.

Eit anna trekk som vart sett pris på var at koret har ein fast og profesjonell dirigent. Dette syntes å gje deltakarane ei oppleving av koret som eit ope tiltak, men med visse kvalitetar. Koret var ikkje ei privatsak, der ei lita gruppe kunne bestemme. «Viktig at dette ikkje skal drivast av dei eldre åleine, då blir det ein klikk der enkelte kan ta styringa, og då vil ikkje andre bli med».

Balanserte utfordringar

Å vere med i koret ser på den eine sida ut til å opplevast som ei utfordring, samstundes som korøvinga handlar om trygge repetisjonar. Dette viser seg ved at: «Terping på utvalde parti og strofar pregar øvinga. Ein ny og ukjent låt skal øvast inn. Mange er usikre, men latteren kjem fort når dirigenten overdriv og spøker med trivielle ting».

Sjølv om utfordringane til tider er i overkant store, verkar det som dirigenten sin måte å handtere krevjande songar på, hjelper dei til å takle vanskanene. Det har også hendt at koret har gjeve opp ein song dei har prøvd seg på. Ei eldre kvinne sa: «Vi prøvde på Gubben Noah, men den blei det ikkje noko av, eg veit ikkje kvifor. Den sprekaste



vi har er Kjerringa med staven, den kan vi og då har vi det kjekt».

Kordeltakarane opplever balansen mellom det nye og ukjende og det vande og trygge som ei fin utfordring, samstundes som det kjem fram at dei tykkjer det er svært godt å arbeide med eit kjent og kjærnt songmateriale. For nokre få verka den sangmessige utfordringa å ver heilt på grensa for det dei makta. Ein av informantane sa dette: «Syns det av og til kunne vore litt enklare songar, men til jul er det julesongar og til påske er det påskesongar, det er så kjekt, gammalt og godt».

For andre vart utfordringane knytt til aktiviteten i koret eit springbrettet til å kaste seg ut i

«For mange synest koret å vere noko meir enn berre eit kor.»

enno større utfordringar, både i sjølve øvinga og elles på turar, for eksempel ved å lese opp ein tekst eller fortelje vitsar framfor heile koret.

Å vere til nytte

For mange synest koret å vere noko meir enn berre eit kor. Koret gir ei meining utover seg sjølv og kan bere i seg ei kjensle av å vere nyttig. Ein av informantane uttrykkjer dette i klårtekst: «I koret er du til nytte, du er samfunnsnyttig, koret er viktig for sjukeheimen, for andre i fylket og for heile landet, at eldresaka blir satt på kartet».

Denne opplevinga av å vere til nytte vert styrka når koret til dømes blir bedne om å halde konsertar. Koret har hatt konsert saman med Rikskonsertane, barneskuleelevar og stjerner som Arja Saijonmaa. Slike store oppdrag, saman med at koret har gjennomført fleire turar både i eige fylke og utanlands, ser ut til å byggje opp under opplevinga av å vere verdifulle. Å vere til nytte som samla kor kan for enkelte også opplevast som ei tydeleggjering av eigen verdi. Dette vart formulert av ein informant: «Det var då eg begynte å bli meg sjølv, dette er meg og min stemme, det er her eg høyrer til».

Balansert fellesskap

Noko av det som er mest framtreddande med koret

synes å handle om ei oppleving av fellesskap. Deltakarane i koret er svært ulike både når det gjeld alder og sosial deltaking. Først og fremst ser det ut til at berre det å framstå som eit samla kor, til dømes under opptreden, styrkar fellesskapskjensla. Ein av sangarane sa det slik: «Vi har hatt fleire opptreden, det gir veldig mye fellesskap å stå der».

Men det er og tydeleg at fleire ynskjer eit fellesskap med måte. Det er ikkje slik at alle ynskjer å være like nære for kvarandre. Ein i koret sa: «Å nei, eg kjenner ikkje alle, men eg helsar når eg treff dei i butikken eller på gata. Det er nok det».

Så sjølv om dei er medlemar i det same koret inneber ikkje det at alle må vera saman eller at alle må kjenne fellesskap med alle. Dette synes også å vera ei grunnleggjande forståing hos dirigenten. Som ein kordeltakar uttrykte det: «Folk vil ikkje bli kjent med alle. Det er viktig at alle er trygge i koret, ikkje at dei må bli rista for mykje saman».

Drøfting

Deltakarane i koret var alle utanfor ordinært arbeidsliv. Denne ledige tida kan ha positiv betydning for oppslutninga i koret. Erfaringar frå Trondheim (6) viser at for enkelte handlar kulturdeltaking i eldre år om endeleg å ha tid til å dyrke ein hobby eller eit talent som har vore nedprioritert. Våre funn viser også at det ikkje nødvendigvis er sungen åleine som er hovudmotivet for å delta. Utsegn viser at deltakarane verdset dette høve til regelmessig sosial interaksjon. Dette er i samsvar med studie av britiske sangklubbar der høve til sosial samhandling, ved sida av den musikalske, blir vektlagt (15, 16, 18). Også studie av seniorkor med spesifikk musikalsk profil viser det same sjølv om hovudfokuset her i større grad ligg på prestasjon (18).

Funna viser at koret er oppfatta som eit lågterskeltilbod, men nivået og aktiviteten blir ikkje oppfatta som enkel og triviell. Jamnlege framføringar og øvingar som er opne for publikum gjer at koraktiviteten blir opplevd som meir enn eigen nytte. Dette er ulikt det som oppstår i sangklubbar (15) for eldre, der aktiviteten ikkje har definert publikum og fokuset er den enkelte deltakar.

Deltakarane i koret opplever å få aksept for

sitt individuelle aktivitetsnivå ved at rammene for aktivitet er vidt definert. Dette er ei form som ivaretek forskjellar i ferdigheiter og behov hjå deltakarane. Andre studier (6, 18) viser at eldrekor og generell kulturell aktivitet for eldre fangar opp ressurssterke og personar som har tidlegare sangerfaring. Våre funn tyder på at også personar utan musikalsk erfaring deltok i seniorkoret.

Korsang kan vera helse

Koret ga den enkelte høve til å meistre nye og gamle utfordringar innanfor ei trygg ramme. Wiese (17) peikar på at sangaktivitet krev fysiske ferdigheiter og teknikkar som kan svekkast med åra. Seniorkoret kan dermed vere ein arena som legg til rette for å ivareta tidlegare ferdigheiter. Det er grunn til å tru at høve til kreative utfordringar og å kunne vedlikehalde gamle evner, gir kordeltakarane ei god kjensle, og overskot til å møte nye utfordringar. I eit så stort kor vil også store og krevjande oppgåver kunne opplevast negativt for enkelte. Leiing og organisering av aktiviteten vart gjennomført med tanke på dette. Hjort (8) peikar på meistring som middel til indre styrke hjå individet: auka sjølvtilitt og sjølvkjensle, og å vera trygg på seg sjølv. Blir utfordringane for store vil dette kunne gi motsett utslag.

Den enkelte kordeltakar kunne finne sitt passende nivå for aktivitet og fellesskap. Ei trygg ramme og tydeleg leiing av aktiviteten kan vera grunnen til at dette vart mogeleg. Funna viser at kordeltakarane her fann trivsel i form av vennskap, humør og glede, og dei fann støtte hjå kvarandre, dirigenten og publikum. Dette kan bidra til å halda fast ved eit positivt livssyn som igjen er ein viktig helsefremjande faktor.

Avslutning

Funna i denne studien støttar opp under tidlegare funn: Seniorkor kan gi grunnlag for meiningfull aktivitet og nye sosiale fellesskap. Korsang i stødig ramme inneber utvikling og ivaretaking av fysiske ferdigheiter i tillegg til læring og samhandling. Dette er positivt helsefremjande arbeid. ■

Referansar

1. St.meld.nr. 48 (2002-2003). Kulturpolitikk fram mot 2014. Oslo: Kulturdepartementet, 2003.
2. St.meld.nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Helsedepartementet, 2003.
3. St.meld.nr. 25 (2005-2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2006.
4. St.meld.nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helsedepartementet, 2007.
5. Lov om offentlege styresmakters ansvar for kulturverksemd (kulturlova). LOV-2007-06-29-89. [30.10.2011]. Tilgang frå: www.lovdato.no
6. Jaastad L. Kulturdeltakelse og helse: Den kulturelle spaserstokken, arena for kulturell deltakelse for seniorer i Trondheim kommune. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning HIST/NTNU; 2011.
7. Kulturdepartementet. Den kulturelle spaserstokken. 2009. [30.10.2011]. Tilgang frå: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/kud/sok.html>
8. Hjort PF. Problemer i eldre år: hva kan forebygges? I: Hjort PF: Helse for alle!: foredrag og artikler 1974–93. Oslo: Statens institutt for folkehelse; 1994.
9. Smith JA. The idea of health: implications for the nursing professional. New York: Teachers College, Columbia University; 1983.
10. Knudtsen MS, Holmen J, Håpnes O. Hva vet vi om kulturdeltakelse og helse? Tidsskr Nor Laegeforen 2005;24:3418-20.
11. Balsnes AH. Sang og velvære: en kartlegging av eksisterende forskning om sangens effekter. Oslo: Novus forlag; 2010.
12. Grape C, Sandgren M, Hansson L-O, Ericson M, Theorell T. Does singing promote well-being?: An empirical study of professional and amateur singers during a singing lesson. Integr Physiol Behav Sci 2003;38(1):65-74.
13. Cohen ML. Choral singing and prison inmates: Influences of performing in a prison choir. Journal of Correctional Education. 2009;60(1):52-65.
14. Bailey BA, Davidson JW. Effects of group singing and performance for marginalized and middle-class singers. Psychology of Music. 2005;33:269-303.
15. Bungay H, Skingley A. The silver song club project: a formative evaluation. Canterbury Christ Church University; 2008 [26.10.2011]; Tilgang frå: <http://www.canterbury.ac.uk/Research/Centres/SDHR/Documents/FormulativeEvalFull.pdf>.
16. Skingley A, Bungay H. The Silver Song Club Project: singing to promote the health of older people. BrJ Community Nurs 2010;15(3):135-40.
17. Wiese GW, Hartmann DJ, Fisher BJ. Exploration of the relationship between choral singing and successful aging. Psychol rep 1992;70:1175-83.
18. Clift S, Hancox G, Morrison I, Hess B, Stewart D, Kreutz G. Choral singing, wellbeing and health: Summary of findings from a cross-national survey. Sydney: De Haan Research Centre for Arts and Health; 2008 [26.09.2011] Tilgang frå: <http://www.canterbury.ac.uk/Research/Centres/SDHR/Documents/ChoralSingingSummary.pdf>.
19. Cohen GD, Peristein S, Chapline J, Kelly J, Firth KM, Simmens S. The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. Gerontologist. 2006;46(6):726-34.
20. Houston DM, McKee KJ, Carroll L, Marsh H. Using humour to promote psychological wellbeing in residential homes for older people. Aging Ment Health. 1998;2(4):328-32.
21. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.



Disputerte på kvalitet i sykehjem

Sigrid Nakrems doktorgradsavhandling har som mål å bidra til en dypere forståelse av sykehjemskvalitet.

Sigrid Nakrem forsvarte 16. desember 2011 avhandlingen «Kvalitetsmål for pleie og omsorg i sykehjem – hva er av betydning?» for doktorgraden i samfunnsmedisin ved Det medisinske fakultet, Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet i Trondheim.

Sykehjem er en helsetjeneste som vil være nødvendig for eldre som ikke føler seg trygge eller kan få tilstrekkelig behandling, pleie og omsorg i eget hjem. Antall eldre over 65 år er økende i Norge, noe som innebærer et økt press på sykehjem i framtiden. Det er derfor av stor betydning at sykehjemstjenesten utvikles med tanke på å skape best mulig nytteverdi ut fra behov. Sykehjemmene har utviklet seg de siste 50 årene fra hovedsakelig et botilbud til helseinstitusjoner som gir avansert helsehjelp.

Sykehjemsbeboere er skrøpelige eldre med komplekse problemstillinger og er avhengig av avansert sykepleie. Kvalitetsindikatorer er kvantitative mål som reflekterer en profesjonell standard for pleie og omsorg, og slike mål benyttes i økende grad for å vurdere kvalitet i sykehjem. Imidlertid er det nødvendig å inkludere det som har størst betydning for sykehjemsbeboere i slike mål for å kunne gi god pasientsentrert sykepleie.

Hovedmål

Studiens hovedmål var å bidra til en dypere forståelse av sykehjemskvalitet ut fra helsepersonellens, beboernes og pårørendes ståsted. Avhandlingen omfatter en oversikt over kvalitetsindikatorer som er i bruk internasjonalt. Videre beskriver avhandlingen beboernes erfaringer med

mellommenneskelige faktorer ved sykehjemskvalitet, samt hvordan de erfarer å bo i et sykehjem og opplever kvaliteten på hjemmet sitt. I avhandlingen blir også pårørendes forståelse av og meninger om sykehjemskvalitet utforsket. Avhandlingen er basert på dybdeintervju av beboere ved fire ulike sykehjem, og fokusgruppeintervjuer med pårørende ved to av sykehjemmene.

Funn

Funnene viser at kvalitet på pleie og omsorg i sykehjem omfatter minst fire hovedområder: Bokvalitet, personellkvalitet, helsetjenestekvalitet og sosial kvalitet. Videre er pleie- og omsorgskvaliteten påvirket av en rekke eksterne faktorer som nasjonale føringer, lovverk, ledelsesstruktur, bygningskonstruksjon og lokale forhold. Den internasjonale oversikten over kvalitetsindikatorer gir indikasjoner på at noen av dem kan brukes som pålitelige og gyldige evalueringer av kvaliteten på pleie og omsorg, samt helserelaterte resultater for beboerne. I den kvalitative intervjuundersøkelsen med beboere og pårørende, ble fysisk og psykisk velvære, mellommenneskelige forhold og det sosiale miljøet tillagt større betydning for kvaliteten. Objektive indikatorer for disse beboer erfarte områdene for kvalitet må utvikles. For å sikre at disse er pasientsentrerte, bør utviklingen av kvalitetsindikatorer gjøres i tett samarbeid med sykehjemsbeboerne og pårørende, i tillegg til helsepersonell. ■



VELFORTJENT GRATULASJON: Doktoranden Sigrud Nakrem (i midten) gratuleres av Karen Bjørø, andre nestleder i NSF, og Knut Jørgen Rotabakk, fylkesleder i Sør-Trøndelag. Foto: Gunn Heidi Nakrem.

Søk stipend

NSF FGD utlyser utdanningsstipend.

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5000 hver for 2012. To tildeles vår og to tildeles høst. Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD som er ajour med medlemskontingen-ten for 2012 kan søke.

Søknaden skal inneholde navn, postadresse, e-postadresse, medlemsnummer i NSF samt arbeidsgiver. I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2012.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa hilde@nsfgeriatridemens.no eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen.

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2012.



Foto: Colourbox

Avsender
Sykepleien
Postboks 456 Sentrum
NO-0104 Oslo



Bli medlem



Meld deg inn i NSF's Faggruppe for sykepleiere
i geriatri og demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor og send den til vår medlemsansvarlige Gunhild Grythe.

INNMELDINGSBLANKETT

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2012.

Pensjonister, medlem som ikke er i aktivt arbeid og sykepleierstudenter betaler 50 prosent av kontingent.

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGD, Gunhild Grythe, 2910 Aurdal.

Eller du kan sende en e-post med opplysningene til gunhildg@nsfgeriatridemens.no