

Gode øyeblikk

Kulturell stimulering av hjemmeboende
eldre med begynnende demens

Evalueringsrapport

**Hildfrid V. Brataas
Helga G. Bjugan
Lillian Hernes
Gunn Wolden**

Gode øyeblikk

Kulturell stimulering av hjemmeboende
eldre med begynnende demens

Evalueringsrapport

Hildfrid V. Brataas
Helga G. Bjugan
Lillian Hernes
Gunn Wolden



Høgskolen i Nord-Trøndelag
Rapport nr 51
Avdeling for helsefag
ISBN 978-82-7456-547-0
ISSN 1504-7172
Steinkjer 2008

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Innledning	7
Mål og hensikt	11
Metode	12
Resultater	18
Drøfting og anbefalinger	28
Konklusjon	30
Referanser	31

Forord

Prosjektgruppen har erfart at kulturelle aktiviteter gir liv til hverdagen
For eldre hjemmeboende med mild demens/hukommelsesproblemer.

Oppsummert om erfaringer hos de som tilbud fikk:

Hva er et liv hvor jeg vil, men ikke husker eller tør?

Trenger støtte for å våge meg ut av min dør?

Sang og trivsel i mitt hjerte, gir min aldring mindre smerte

Historie, musikk og samspill mang en mening meg har gitt

Takk for støtten som vi fikk,

Takk for gode øyeblikk!

Prosjektgruppen mener dette er noe av essensen fra prosjektet, og vil takke FOLK2,
HiNT og Samarbeidsorganet for muligheten til å gjennomføre dagtilbudet for
deltakere i to kommuner.

Februar 2008

HiNT, Levanger

Meråker

Verdal

Hildfrid V. Brataas

Helga G. Bjugan

Lillian Hernes

Gunn Wolden

Prosjektleder

Intervensjonsleder

Ansvarlig, Meråker

Ansvarlig, Verdal

Sammendrag

Prosjektets innebærer utprøving av et dagtilbud med kulturelle aktiviteter for hjemmeboende med tegn på demens i mild og moderat grad. Kulturelle aktiviteter vil innebære sang, musikk, dans, fortelling, lokalhistorie, plantemiljø og annen aktivitet, og tilbys en dag pr. uke i to kommuner, Meråker og Verdal, over åtte uker høsten 2007. For det ene dreier det seg om kulturell stimulering som kan bidra til å vedlikeholde sosial og kulturell kompetanse. For det andre dreier det seg om å ta deltakernes interesser på alvor og bidra til at de kan aktivisere tidligere verdsatte aktiviteter, noe som kan bidra til stunder med gode opplevelser og på denne måten fremme helse/ livskvalitet.

Mål og hensikt:

Hvordan erfarer ulike aktører dagtilbudet? Målet var å få erfaringskunnskap om kritiske suksessfaktorer ved innføring av dagtilbud med kulturaktiviteter for hjemmeboende med hukommelsesproblemer. Var det mulig å benytte aktivtører og interne ressurser samt lokale kulturaktører? Her var økonomi et kjernepunkt. Vi ønsket å undersøke om tiltaket bidrog til trygghet, kulturell stimulering og rehabilitering/oppretholdelse av sosial praksis. Videre ønsket vi å videreutvikle sykepleierstudentenes praksis i et samarbeid mellom omsorgstjenester i kommunene og høyskole.

Ved å utvikle kulturelle dagtilbud som prosjekt, var hensikten å få kunnskap om suksessfaktorer som kan benyttes ved innføring av slikt tilbud i basisorganisasjonenes virksomhet. Vi ønsket også å prøve ut studentdeltakelse i aktivitetsprosjektet. Videre antok vi at kunnskap utviklet i prosjektet kunne komme til nytte ved innføring av kulturelle dagtilbud i andre kommuner enn prosjektkommunene.

Metode:

Kunnskap fra prosjektet baseres på feltobservasjoner gjort av helsepersonell, studenter og prosjektkoordinator og prosjektleder, og oppfatninger tjenesteytere og

sykepleierstudenter i hjemmebasert omsorg har dannet seg på bakgrunn av erfaring med prosjektet.

Utvalg: I hver kommune deltok åtte hjemmeboende personer som opplevde økende hukommelsesproblemer. En i hver kommune døde i løpet av prosjektperioden.

Resultater:

Det ble gjennomført seks kulturelt dagtilbud i Meråker og syv i Verdal. Aktiviteter ble besluttet i samarbeid mellom deltakere og aktivitører og omsorgspersonell, med noe ulik grad av styring i de to prosjektkommunene. Viktige aktiviteter var musikk og sang, og iblant dans. Deltakerne var med på å velge allsang og musikk de likte. Diktlesing var også tilbud, samt bingospilling. Vi fant m.a.o. at ”alminnelige” aktiviteter i lokalsamfunnene var foretrukne kulturaktiviteter. Det ble benyttet lokale utøvere, og lokal musikk og historie var ofte foretrukket. Eksterne aktører tok lite betalt, eller ikke betaling. Følgelig kan kulturaktiviteter være lokale og både rimelige og foretrukne av deltakere.

Turer til kulturhistorisk viktige steder i nærområdene ble gjennomført i begge kommuner. Felles måltider, og å lage tradisjonsmat som kalvedans eller lefse var også kulturaktiviteter som ble gjennomført. Vi erfarte at deltakerne spiste godt, og de roste det å få trerettens middag. Muligens bør ernæringsstatus følges opp mer hos personer med hukommelsesproblemer enn hva som er praksis.

Også lokalhistorie, både eldre historie eksempelvis knyttet til Stiklestad, og nyere historiske begivenheter, slik som utvikling, og nå nedleggelse av en hjørnesteinsbedrift i Meråker, var av interesse for deltakerne. Lokalhistorisk kunnskap var tydelig av verdi. Det ble benyttet noen lokale kulturaktører. Frivillighetssentraler, skoler, barnehager og andre kan være ressurser for slike tiltak, og kan benyttes i større grad enn i dette prosjektet. Deltakerne kan også selv hjelpes til mer aktivitet, gjennom eksempelvis å utvikle underholdningstilbud for sykehjemspasienter eller andre grupper.

I den største kommunen brukte deltakerne noe tid på å bli kjent og trygg i gruppa. I den minste kommunen kjente deltakerne og prosjektansvarlige hverandre fra før, og dette lettet etableringen av gruppa. Noen var også her noe tilbaketrukkne i begynnelsen.

Dette kan også ha andre årsaker, slik som nedsatt hørsel. Sammen med aktivitør og omsorgspersonell (hjelpepleier eller sykepleier) gled studentene godt inn i gruppa. Studentene ble godt mottatt og verdsatt av deltakerne.

Deltakere i begge kommuner ga uttrykk for trivsel i prosjektet. Vi erfarte åpenhet om hukommelsesproblemer og utvikling av trygge grupper. Da en gruppe fikk vite at det var to dager med kulturtilbud igjen, syntes deltakerne dette var leit. I den andre gruppen ga de klart uttrykk for ikke selv å make å organisere treff, men at de ønsket en fortsettelse. Vi vet at meningsfull aktivitet er viktig for menneskers trivsel og livskvalitet. Resultatene viser at hjemmeboende med begynnende hukommelsesproblemer har behov for støttende omgivelser med tilrettelegging av sosial aktivitet utenfor hjemmet.

I prosjektet ble transport til og fra dagtilbudet organisert av helsetjenesten. Studenter eller ansatte var følge i de tilfeller dette ble ansett nødvendig. I begynnelsen kunne noen deltakere glemme dag eller tid for tilbudet, og de var ikke klar til å dra når de ble hentet. Det ble ordnet med varsling dagen i forvegen, og dette lettet forberedelsen for de med størst hukommelsesproblemer. Transport utført av sjåfører som forstår å støtte deltakerne og ivareta deres verdighet viste seg å være en viktig faktor for god ivaretagelse av deltakerne.

Kulturelle dagtilbud var lagt til lokaliteter med store stuer og kjøkken hvor deltakere kunne lage tradisjonsmat. Vi vurderer mulighetene for slike tradisjonsaktiviteter som suksessfaktorer.

Anbefalinger

Med bakgrunn i prosjekterfaringene kan dagtilbud med kulturaktiviteter anbefales. Langtidseffekter på livskvalitet anbefales undersøkt. Biomedisinske effekter anbefales også undersøkt.

Kulturelle dagtilbud basert på lokal historie, mattradisjoner og kulturaktiviteter som sang og musikk kan være både rimelig og foretrukket av deltakere, og anbefales ut fra erfaring i dette prosjektet.

Studentpraksis knyttet til kulturelle dagtilbud gir direkte erfaring som grunnlag for refleksjon og utvikling av kunnskap om aktivitetens betydning i en helhetlig omsorgskjede. Studenter på tredje studieår gir noe ulike anbefalinger m.h.t. om dagtilbud bør inngå i praksis i 3. eller 1. år av studietilbudet. Vi anbefaler utprøving av ulike praksismodeller.

Innledning

Prosjektets tema er aktivitetstilbud for hjemmeboende personer med tegn på demens i mild grad. Demens er en hjerneorganisk sykdom kjennetegnet av svekket mental kapasitet og svikt i psykososiale prosesser (Engedal 2001, Engedal og Haugen 2004). I første fase gir demens tegn på mental svikt i form av sviktende hukommelse, gjenkjenning, gjenkalling og tidsorientering, noe som medfører språk- og orienteringsproblemer. Personlighetstrekk kan være mer markert enn tidligere og engstelige reagere med tilbaketrekning og depresjon, eller bli aggressive og irritable. I andre fase har demente problemer med å bruke lærte ferdigheter. Tredje fase har preg av motorisk svikt, balanse- og gangproblemer og inkontinens (op.cit.). Prosjektet har fokus på hjemmebasert omsorg for personer med mild til moderat demens eller tegn på begynnende hukommelsesproblemer som fører til redusert sosial og kulturell aktivitet.

Det antas at 66 000 personer i Norge har demens og at 10 000 årlig rammes av demens. Antall eldre i befolkningen er økende, og en må følgelig forvente økende press på omsorgen for eldre demente. 80% av pasientene i norske sykehjem har demens, og at bare halvparten av disse har fått slik diagnose, viser en norsk studie (Selbaek, Kirkevold og Engerdal, 2006). Altså er det mulig at det forekommer innleggelse i sykehjem uten at hjemmeboende først får diagnostisert demens og tilbud om adekvat medisinsk behandling og individuelt tilpasset hjemmebasert omsorg. U hensiktsmessig institusjonalisering av personer med demens er beskrevet fra andre land (Hayes 1999). Presset på omsorgsinstitusjonene reduseres dersom personer med demens i tidlig fase kan leve et aktivt liv og motta personfokuset omsorg i heimen. Effektive tilbud til hjemmeboende personer med demens har vært et forsømt område i norsk eldreomsorg (<http://www.nordemens.no/web/p15.html>). Hvorvidt hjemmebasert omsorg anses hensiktsmessig og foretrekkes, synes å ha både helsepolitiske og kulturelle årsakssammenhenger. Kan hende har ikke faglig og

politisk ledelse prioritert forebyggende og rehabiliterende tiltak for hjemmeboende fordi presset har vært stort mht. å dekke opp tiltak for de som trenger pleie ved egenomsorgssvikt? I de to prosjektkommunene erfarer vi en dreining mot helhetlige tilbud innen hjemmebasert omsorg, dvs. at aktivitet og deltakelse anses som viktige faktorer for menneskers helse og livskvalitet.

I de fleste europeiske land øker hjemmebasert omsorg for eldre dramatisk, og foretrekkes foran innleggelse i sykehjem (Carpenter o.fl. 2004). En svensk undersøkelse viser en trend i de senere årene i retning hjemmebasert omsorg og reduksjon i ressurser til sykehjemsdrift, mens ressurser til hjemmebasert omsorg viser en dramatisk økning på omtrent 400 prosent (Wimo o.fl. 1999). I Norge bor minst halvparten av alle med demens i egen heim, og for at de skal kunne bo i egen heim må tjenestetilbudene tilpasses individuelle behov og familieforhold (St.meld.nr. 25 2005-2006). 'Tilrettelagte dagtilbud for hjemmeboende er viktig for å utsette institusjonsinnleggelse, og det er samtidig en nødvendig avlastning for pårørende' (op.cit.: 46).

Demens kan medføre sviktende orienteringsevne. Følgelig kan hjemlige omgivelser gi kjente rammer som fremmer trygghet av betydning for mestring av belastninger som følger av demensutvikling. De fleste demente er over 65 år, og har et liv bak seg, hvor også kulturelle leveregler er betraktelig endret. Hjemmet kan være et fast holdepunkt med hensyn til å bevare identitet og selvoppfatning. I dagens samfunn er kulturelle verdier som stabilitet, forutsigbarhet og varighet erstattet med verdier som fleksibilitet, endring og kortsiktighet (Thoresen 2002). Det varige og forutsigbare har tapt posisjon i vår kultur, slik at eldre, uavhengig av om de har demens eller ikke, må se sine verdier i lys av nye verdsett. Hjemmet er en arena hvor de selv kan velge å holde fast ved normer og levesett de selv verdsetter. Samtidig kan sosial og kulturell aktivitet innskrenkes og eventuelt falle helt bort. Omsorg av god kvalitet, vil slik vi ser det måtte ta høyde for personens kulturelle verdier og legge til rette for tradisjonelle kulturaktiviteter som assosierer til selvforståelse, livsfortolkning og identitet utviklet gjennom et langt liv.

Med kulturpsykologisk utgangspunkt forstås person og samfunn som gjensidig konstituerende. Kultur innebærer meningsskapende aktivitet som medlemmer i

kulturer deltar i, og hvor etablerte meningssystemer befestes, utfordres og endres gjennom deltakernes handlinger og samhandling (Bruner 1997, Toverud o.fl. 2002). Kulturell aktivitet menes en form for aktivitet også betegnet som kulturuttrykk og kulturopplevelse, slik som musikk, dans, form-, bilde- og litteraturopplevelse (Knutsen, Holmen og Håpnes 2005). Forskning har vist sammenheng mellom denne type kulturopplevelse og helse (op.cit.). Helse er her forstått salutogent, som ressurser for å mestre hverdagens krav (Antonovsky 1987, 1993).

For personer med mild/moderat demens peker forskning på flere positive effekter av kulturell aktivitet. Deltakelse i kulturelle aktiviteter bidrar til opprettholdelse av meningsfylte personlige og sosiale nettverk og motvirker funksjonssvikt (Bygren 1996). Kulturell aktivitet stimulerer sanselighet gjennom kroppen, følelsene, syn, hørsel, lukt, smak og stillingssans. Aktiviteter med utgangspunkt i personlige minner og preferanser og i felleskulturell tradisjon underbygges livskvalitet og identitet ved å vektlegge minner, opplevelser og erfaringer (Myskja og Lindbæk 2000, Cheston og Bender 1999, Kitwood 1998, Hulteng 1996). Kulturell stimulering har betydning for emosjonell tilstand og har vist effekt på tale, atferd og kognisjon (Baker, Bell og Baker 2001). Musikk og dans har vist seg å motvirke passivitet, dempe uro og å bidra til at demente er mer våkne, gladere og har bedre erindring og kommunikasjon (Myskja 2005, 2006, Hicks-More 2005, Palo-Bengtsson, Winblad og Ekman 1998).

Mennesker med hukommelsesproblemer kan velge sosial tilbaketrekning for å oppnå trygghet. Derimot velger noen å prøve ut nye mestringsstrategier i sosiale sammenhenger. Ved slike valg har sosial støtte betydning, og særlig støtte fra nære relasjoner (Bjrgan og Brataas 2005). I hjemmebasert omsorg blir det viktig å etablere trygge relasjoner og ha tro på at mennesker med demens slik som andre kan lære (Hargie og Hargie 1995), og gi personer med tegn på mild/moderat demens mulighet til makt, kontroll og sosial støtte av betydning for mestring og helse (Cassidy 1999) og løfte frem deltakernes ressurser (Befring 2006, Antonovsky 1993) i tilrettelegging for deltaking i kulturelle aktiviteter.

I kulturell stimulering settes fokus på personen som har fått demens, og ikke på et kasus med hjerneorganisk skade. Tom Kitwood (1998) har introdusert personsentrering i forhold til demens. Richard Cheston og Micael Bender (1999) snakker om en personfokuset tilnærming.

Den viktigste oppgaven er å forsøke å forstå den subjektive verden til den som har fått demens ved å fokusere på personen (ikke hjerneskaden), personens opplevelse, ønsker og forståelse (ikke kognitiv svikt), og personen med sine verdier, livsførsel og normer (ob.sit). Mennesket er en kropp som opplever sanselighet gjennom ulike hukommelsesformer, syn, hørsel, lukt, smak, språk, berøring, bevegelse/opplevelsen av den kinestetiske sans (stillingssansen). Sanselighet er utgangspunktet for en reise gjennom livsløpets erfaringer fra det levde liv i en vedvarende endrings-, dannelses og læringsprosess.

Vår intensjon med prosjektet var å bygge på ovenfor beskrevne kunnskap, og tilby en møteplass der *målet var å skape "gode øyeblikk"*, bedre/bevare funksjon og bedre livskvalitet. Vår antagelse var at dagtilbud med kulturaktiviteter ut fra deltakernes interesser og preferanser åpne for ulike betraktninger og nye tolkningsmuligheter i deltakernes situasjon. Vi ønsket å gjennomføre et prosjekt som et ledd i utviklingen av en modell for kulturell stimulering av eldre med hukommelsesproblemer. Vi ønsket også at et kulturelt dagtilbud kunne være læringsarena for sykepleierstudenter, og en arena for helsepersonellens medvirkning i utvikling av erfaringsbasert kunnskap om og for praksis. Ut fra dette ble problemstillingen: Hvordan erfares innføring av dagtilbud med kulturaktiviteter for hjemmeboende med hukommelsesproblemer?

Hva karakteriserer prosesser og erfaringer med innføring og slikt tilbud?

- Hva betegner prosessen med innføring av kulturtilbud i omsorgstjeneseregi?
- Hvordan erfarer deltakere, helsepersonell og studenter tilbudet?
- Hva er suksessfaktorer og gir mening for aktivitetsdeltakere og -tilbydere?
- Hvordan samsvarer aktørenes erfaringer?

Mål og hensikt

Prosjektets mål er:

- Å utvikle og tilby dagtilbud for hjemmeboende med tegn på demens i mild grad.
- Å få erfaringskunnskap om prosessen, deltakererfaringer og mulige suksessfaktorer og utfordringer.
- Å utvikle mer aktivt samarbeid mellom høgskole og kommunale omsorgstjenester samt samarbeid mellom kommunene helsetjenesten og lokale kulturaktører.

Mer kunnskap om gjennomføring av tiltaket, sett i lys av betydning kulturelle aktivitetstilbud ville ha for deltakerne, gir et erfaringsbasert kunnskapsgrunnlag for integrering av denne type tiltak i basisorganisasjonenes virksomhet, dvs. som ordinært dagtilbud i kommunehelsetjenesten. Intensjonen var også å høste erfaringskunnskap opp mot praksis for bachelorstudenter i sykepleie. Videre ble prosjekterfaringer ansett å være nyttige når andre vurderer etablering av kulturelle dagtilbud for hjemmeboende med hukommelsesproblemer.

St.meld. nr. 25 (2005 – 2006) ”Mestring, muligheter og mening” (Omsorgsmeldinga) setter fokus på demens og videreutvikling av aktiv omsorg for personer med slike problemer. Sykepleierutdanninga ved HiNT, Levanger så det som viktig å videreutvikle kompetanse og aktivere sykepleiestudentene til engasjement og deltakelse i utviklingsprosjekter innen feltet, og i Meråker kommune og Verdal kommune hadde man et ønske om å prøve ut kulturelle dagtilbud. Prosjektet er støttet økonomisk av FOLK2 (Folkehelse og kultur – prosjektet) og Samarbeidsorganet for høgskolen og kommunehelsetjenesten.

Metode

Prosjektet omfatter utvikling, innføring og utprøving av en modell for kulturell stimulering for hjemmeboende personer med tegn på demens i mild/moderat grad. Aksjonen er observert og løpende vurdert av prosjektgruppen, bestående av ansatte ved høgskolen, aktivitør, omsorgspersonell og studenter i praksis på tredje år av bachelorstudiet i sykepleie.

Kunnskap fra prosjektet baseres på følgende data:

Feltobservasjoner ga data om prosessen. Personellet og deltakerne ga uttrykk for oppfatninger om tiltaket. HiNT-ansatte og ansatte i kommunene skrev separate feltnotater.

Studenter skrev refleksjonsnotater (logg) og praksisrapporter.

Etter gjennomført tiltak ble det gjennomført et gruppeintervju med personellet og studentene, hvor fokus var prosjekterfaringer i lys av forventninger (13.11.2007).

Her deltok to studenter, fire sykepleieledere/-ledere, to hjelpepleiere og en aktivitør.

Prosjektleder ledet intervjuet som varte ca 1 ½ time. Intervensjonskoordinator i HiNT assisterte. Det ble benyttet tematisk intervjuguide med følgende spørsmål:

- Hva var forventninger du/dere hadde til prosjektet
- Hva var de viktigste erfaringene
- Hva betydde organisering og rammer
- Hvilken mening gir opplegget for dere nå i ettertid?

Utvalg

Deltakere var hjemmeboende eldre med diagnostisert mild demens og med redusert sosial aktivitet som følge av tegn på kognitiv svikt/hukommelsesproblemer.

Det ble ikke satt aldersgrense oppover. Tiltaket var innrettet mot eldreomsorg, og nedre aldersgrense ble satt til 55 år. Begge kjønn skulle være representert.

Utvalgsmetode

Det ble benyttet strategisk metode. Prosjektet har ikke fokus kunnskapsutvikling om sykdom/sykdomstegn, men derimot på å tilby aktiviteter som møter interesser hos seniorer som viser tegn på demens som hindring for å være sosialt og kulturelt aktiv. Følgelig er ikke diagnostisert type demenssykdom vesentlig, men at deltakere er utredet for- eller og viser tegn på mild/moderat demens. Demensutredning ble vurdert i samarbeid med nasjonale og lokale helseinstanser. Vi samarbeidet med Geriatrisk poliklinikk og Alderspsykiatrisk poliklinikk ved Helse-Nord-Trøndelag og kommunehelsetjenesten i de to prosjektkommunene om utvelgelse av personer utredet for tegn på demens i mild/moderat grad. Kommuneleger gjennomfører demensutredninger i samarbeid med omsorgstjenesten, (<http://www.aldringoghelse.no/PDF/Pleiepersonell%202005%20NY.pdf>). For å nå aktuelle personer var det derfor aktuelt å samarbeide med kommuneleger og ledere for hjemmebaserte tjenester. Innen hjemmebasert omsorg og kommunelegetjeneste hadde man opplysninger om hjemmeboende med tegn på kognitiv svikt/hukommelsesproblematikk. I samarbeid med helseforetaket ble et mindretall informanter med diagnostisert mild/moderat demens identifisert. Tilbudet ble også annonsert i lokalpressen, og det ble opplyst om at potensielle deltakere kunne ta kontakt med omsorgstjenesten.

Helsetjenesten i de to prosjektkommunene besørget utvelgelse, informasjon og forespørsel om deltakelse. De forespurt ble intervjuet av helsepersonell i kommunen, fikk muntlig informasjon om prosjektet og skriftlig informasjon (Vedlegg nr. 1). Det ble informert om type tilbud og forslag til kulturelle aktiviteter, og om muligheter for skyss, matsservering, hvilemuligheter under tilbudet og kostnader til skyss og mat som var forutsatt dekket av deltakerne.

Etiske overveielser og tiltak

Etiske retningslinjer for forskning ble tilstrebet ivaretatt. Deltakelse i prosjektet var frivillig og skulle baseres på informert samtykke. Deltakere kunne når som helst i prosjektperioden trekke seg fra deltakelse uten at dette hadde noen konsekvenser for

dem. Prosjektet skulle ikke påføre deltakerne unødige belastninger, men derimot være basert på kunnskap innen feltet. Personopplysninger, observasjonsdata og informasjon deltakere formidlet er anonymisert i feltnotater og studentlogger, og er behandlet konfidensielt. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet, Norsk Datatilsyn og Etisk råd for medisinsk forskningsetikk ved Det medisinske fakultet, Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim, som ikke ser noen forskningsetiske problemer ved gjennomføringen av prosjektet.

Involvering av studenter på bachelor i sykepleie

Fire studenter i 3 år av bachelorutdanningen i sykepleie hadde praksis knyttet opp mot prosjektet. De var valgt ut fra skolens tradisjonelle fordeling av praksisplasser. Informasjonen om hvem som skulle ha praksis på prosjektet ble gitt så vidt sent at studentene ikke fikk delta i forberedelsene og kun fikk en kortfattet innføring om prosjektet. De fikk også en lærebok og en metodebok om musikk og helse for personer med demensproblematikk.

Studentenes fordypningsfokus var eldreomsorg. Ledelse innen eldreomsorgen er vektlagt i denne prosjektperioden. Ut fra hvordan studentene erfarer innføringen av det nye tilbudet skulle de fritt velge å arbeide med studentoppgaver som belyser følgende spørsmål:

Hva er vesentlige lederutfordringer knyttet til gjennomføringen, eller erfaringer knyttet til sammenhenger mellom fagområder slik som omsorg for demente, pedagogikk, kommunikasjon og ledelse. Fra praksis på tiltak med kulturelle sammenkomster skrev sykepleierstudentene logger og de kunne fritt velge å skrive oppgave i hjemmebaserte tjenester maksimum 10 sider. Studentene skulle formidle praksiserfaringer til praksisfeltet og til andre studenter i seminardager for 3. års studenter. De ordinære kriteriene for praksisstudiet på 3. år skulle følges.

Gjennomføring

Før modellen ble prøvd ut ble deltakere intervjuet av helsepersonell i kommunene. Det ble benyttet tematisk intervjuguide. Hensikten var å legge til rette tiltak ut fra deltakernes sosiale og kulturelle interesseområder og deres fungering og behov for tilrettelegging for å kunne delta i kulturaktiviteter. Kommunehelsetjenestens ansatte gjennomførte intervjuene. Tiltaksplaner ble skissert ut fra informasjon som fremkom. Hensikten var å gi tilbud ut fra deltakernes egne preferanser.

Prosjektet er aksjonsorientert, og har fire faser, plan, gjennomføring, evaluering, rapportering. Det anvendes forskningsbasert kunnskap og teorier (Hummelvoll 2006). Hvordan aksjonen skal gjennomføres bestemmes ut fra denne kunnskapen. Informasjon fra intervjuer med deltakere ble også lagt til grunn. Helsepersonell og sykepleiestudenter fikk innføring i prosjektets mål og hensikter. Det ble utarbeidet lokale planer for hvordan tiltaket skulle kunne medvirke til salutogen hjemmebasert omsorg. Kulturaktører ble forberedt på å bistå. En aktivitør er musiker og den andre aktivitøren kunne i noen grad benytte musikere i nærmiljøet. Datasamlingen ble planlagt å foregå som observasjon, feltnotater fra observasjoner og erfaringsbeskrivelser til HiNT-ansatte gitt av studenter og helsepersonell samt studentlogger/oppgaver og ansattes skriftlige erfaringsrapportering. Fase tre i aksjonsorienterte prosjekter innebærer gjennomføring av prosjektet i den praktiske virkeligheten. Denne fasen med full fordypning i praksis er avgjørende for resultatet (op.cit.: 22). Kunnskap nås gjennom vår erfaring med personer og aktiviteter. Vi benyttet observasjon, samtaler og skriftlige erfaringsnotater. Vi benyttet logger og notater fra evalueringsmøter etter hver aktivitetsdag. Intensjonen er å være åpen for deltakernes perspektiver og erfaringer. Fase fire omfatter kritisk analyse for å bringe frem mening i erfaringene.

Som evaluering av modellen ble det gjennomført en gruppesamtale (fokusgruppe) med ansatte og studenter som deltok i opplegget i de to kommunene. HiNT's prosjektansvarlige ledet gruppesamtalen. Alt datamateriale ble samlet inn og gjennomgått i sin helhet av prosjektarbeidere ansatt i HiNT. Prosjektets

problemstillinger guidet analyse av erfaringsdata. Høgskolens prosjektansvarlige gjennomførte tematisk analyse med vekt på effekter og utfordringer i prosjektet samt fortolkende analyse av fremtredende tema i materiale fra ulike prosjektaktører samt i materialet som helhet. Dessuten ble utviklingsarbeidet evaluert i møte mellom prosjektmedarbeidere i høgskolen, ansatte i kommunene og studenter som hadde praksis i prosjektet. Evaluering baseres på deltakernes feltnotater samt studentoppgaver knyttet til prosjektet. Det ble skrevet en kort rapport fra prosjektet før årsskiftet 2007/2008 (vedlegg 3) og sluttrapport fra prosjektet våren 2008.

Fremdriftsplan

Litteraturstudie, plan og utvikling av tiltak	vår 2007
Koordinering av prosjektet med praksisstudier i sykepleie	vår 2007
Søknad til Regional forskningsetisk komité	vår 2007
Søknad til Personvernombudet ved NDT	vår 2007
Gjennomføring av intervjuer, tiltak og observasjon	høst 2007/vår 2008
Evaluering og rapportskrivning	høst 2007/vår 2008
Rapportering; foreløpig rapport ved årsskiftet 2007/2008	
Endelig rapport våren 2008.	
Analyse, tolkning og formidling	høst 2007-høst 2008

Prosjektperiode: 2. januar 2007 – 31. desember 2008.

Prosjektorganisering, veiledning og prosjektansvar

Styringsgruppe bestående av samarbeidsorganet for omsorgstjenesten og Høgskolen i Nord-Trøndelag, Folk2, samt prosjektgruppe med ansvar for prosjektgjennomføring.

Referansegrupper benyttes etter behov og består av professor Knut Engedal o.a. i Aldring og Helse, Nasjonalt kompetansesenter (<http://www.aldringoghelse.no/kontakt.html>) og representanter fra Geriatrisk poliklinikk og Alderspsykiatrisk poliklinikk, Helse Nord-Trøndelag. Andre referansepersoner var kulturaktører som ble benyttet når det var aktuelt. Samtalepart var Professor Ove Helzen, HiNT.

Prosjektgruppe

Prosjektleder: Førstemanuensis Hildfrid V. Brataas, Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT)

Leder for intervensjonen/koordinering: Høgskolelektor Helga G. Bjugan, HiNT

Prosjektansvarlig i Verdal: Leder for hjemmebasert omsorg, Gunn Wolden

- Aktiviteter ble koordinert av hjelpepleiere og en aktivitør i Verdal kommune

Prosjektansvarlig i Meråker: Lillian Hernes

- Sykepleier, hjelpepleier og en aktivitør koordinerte aktiviteter i Meråker kommune

To sykepleierstudenter med praksis i hjemmebasert tjeneste, Verdal kommune, deltok

To sykepleierstudenter med praksis i hjemmebaserte tjenester, Meråker kommune, deltok

Resultater

Resultater fra feltobservasjoner og fokusgruppe beskrives samlet.

Gjennomførte aktiviteter

Det ble gjennomført syv dager med tilbud i en kommune og seks i en, dette fordi en deltaker døde i prosjektperioden. Første samling etter dødsfallet begynte med minnestund. Sang og musikk, å lytte til musikk og bevege seg til rytmen eller danse var aktiviteter under alle samlingene. Deltakere i begge kommuner var på turer til historiske steder og arbeidsplasser innen industri og landbruk, blant annet besøk på gården til en hjelpepleier. Det var innlegg og diskusjoner om lokalhistorie i flere av samlingene. På begge steder hadde man aktiviteter som bingo eller annet spill. På begge steder hadde man kaffestunder og felles middag. Deltakerne tilrettela for måltidene og pyntet bord og hjalp hverandre med servering. Noen dager ble det laget lokal tradisjonsmat på stedet, eksempelvis lefser og kalvedans. Enkelte dager ble det gjennomført aktiviteter deltakere og ansatte i fellesskap hadde planlagt for dagen. Noen dager var eksterne kulturaktører invitert for å bidra med ønskede innslag og aktiviteter.

Deltakernes forventninger og situasjoner

Alle deltakere ga i intervjuer før oppstart uttrykk for at de hadde redusert aktivitetsnivå på bakgrunn av hukommelses problem. De hadde sluttet å spille, delta på turer, kjøre bil, lese bøker, se på tv m.m. og hadde lyst til å komme ut litt mer. Sviktende helse, transportproblem m. m førte til at de ble sittende mer hjemme en tidligere.

De fleste deltakerne var tydelige på at de hadde hukommelses problem og tre visste at de hadde demens diagnose. Innsikt i situasjonen syntes likevel å være noe

varierende. Ved ett besøk ønsket en ektemann at kona skulle delta, men hun syntes at hun var ”alt for sprek” til dette og at andre som var dårligere heller måtte få tilbudet. Denne damen var sannsynligvis den av alle intervjuer snakket med som var mest uttalt dement.

Pårørende som var til stede i tre av intervjuene bekreftet at bruker over tid hadde større problemer med å takle hverdagen på samme måte som tidligere. Alle pårørende som uttalte seg, var opptatt av at dette var et svært godt tilbud som de ønsket at den enkelte skulle delta på.

I intervjuer før oppstart ga alle deltakerne uttrykk for å ønske sang, musikk og eventuelt dans. Noen foretrakk gammeldans, andre likte all slags musikk. Alle var eller hadde vært medlemmer i en/flere humanitære organisasjoner, noe som kan avspeile et lokalkulturelt bilde. Deltakerne beskrev tidligere aktiviteter i kulturen hvor samvær på tvers av generasjoner var vanlig. Aktivitetene i dagtilbudet ble planlagt å avspeile deltakernes interessefelt. Hvordan la helsepersonellet opp til å møte deltakernes forventninger og interesser?

Ansattes forventninger og erfaringer

Før oppstart hadde ansatte hatt forventninger om at prosjektet skulle være noe aktivt for deltakerne. De var spente på å se hvor engasjerte og aktive deltakerne ble. Ansatte hadde laget en skisse til dagsplan ut fra forventninger og interesser beskrevet i intervjuene. Ansatte hadde forventninger om at det skulle være morsomt å delta.

Fra forventninger om tilrettelegging til erfaringer av deltakersamarbeid

De ansatte hadde en gropskisse over ting som kunne gjøres;

” . . . men så utviklet det seg litt annerledes, for det viste seg at de som var med i prosjektet var mye mer engasjert enn vi trodde, så de tok litt over styringa selv, og det er jo kjempebra” (aktivitør)

”De ble kjent den første dagen, og da kom det fram mer opplysninger enn de vi hadde i utgangspunktet. De nøstet sammen selv” (hjelpepleier)

”De hadde samtalen i gang selv. Det var viktigere for dem enn hva vi gjorde. Det var et pluss for dem, men kanskje det viktigste for dem at de møttes”
(student)

Bevisstgjøring på medbestemmelse: Det ble trykt opp sanghefter. Ut fra det kunne deltakerne bestemme hva de ville synge. Viktighet av ikke å undervurdere brukerne fremheves.

Fra ivaretaking, nytte- og normalitetstenkning til undring over deltakeropplevelser

Ansattes utgangspunkt i tradisjonelle tenkemåter innen demensomsorgen (Epp 2003), ble utfordret gjennom prosjekterfaringene. En av de som hadde ansvar i dagtilbudet omtalte flere ganger deltakere med uttrykket ”stakkarer”. Eksempelvis:

”Vi er jo så heldige at vi stimulerer oss selv, de stakkar, som bor heime, de må nødvendigvis ha litt hjelp. Men det ser vi jo nytten av ...”

Det synes å ligge en ivaretakings rolleoppfatning bak, og en tiltak – nytte tenkning. Andre hadde fokus på tilrettelegging for et normalt liv. I en kommune hadde deltakerne vært på besøk på en gård; de fikk komme heim til noen. Dette var en opplevelse av normalt liv:

”Dem bor i en vanlig heim og dem omgås sine. Men å få komme til en vanlig heim hos noen andre, - og det forstår ikke jeg, den oppturen det var, det forstår ikke jeg helt” (hjelpepleier)

Å få bli bedt til andres heimer ble diskutert. Kanskje unnlater noen pårørende til demente å ta dem med på besøk, og på markeringsdager, slik som konfirmasjoner, bryllup og annet?

”Vi skal på en måte skyve unna det som ikke passer inn” (sykepleier)

Det var ikke helt lett å forstå betydningen av å komme på besøk:

”De bor i en vanlig heim og omgås sine. Men å få komme til en vanlig heim hos noen (andre), det forstår ikke jeg, den oppturen det var, det forstår jeg ikke helt” (hjelpepleier)

Om å understreke for deltakerne hva dagtilbudet er, og ikke er

Respekt og varhet for deltakernes oppfatninger om tiltak knyttet til deres demenssituasjon ble fremhevet. Deltakere trenger informasjon om at hensikten med dagtilbud er å legge til rette rammer og aktiviteter, og at hensikten ikke har noe med medisinsk avklaring eller behandling å gjøre. En hendelse kan illustrere uttrykket på dette området. Aktivitøren foreslo at de kunne spille bingo. En deltaker spurte så: ”Blir jeg testet nå?”

Fra målorientering til fokus på sosialt samspill og trivsel

De ansatte hadde mange mål hver aktivitetsdag, men fikk ikke gjennomført alle fordi det ble mye deltakerne ville diskutere og fortelle om. For mange var nok den sosiale delen, det å komme seg ut, det som betydde mest. Alt første dag ga deltakerne uttrykk for at det var godt å komme ut og møte folk. Studentene observerte gleden som ble vist allerede da de kom i heimene og hentet dem. Deltakerne var mye alene, og det å møtes i en trygg sosial arena for flere, var ansett som en av de viktigste erfaringene for deltakerne:

”De har hatt en opplevelse som de lever på, de har levd et liv. De har hatt fysisk utfoldelse, de har beveget kroppen sin. Og de har tatt opp mer mat enn hva de kanskje gjør til sammen resten av uka” (sykepleieleder)

Alle deltakerne spiste godt og trivdes godt under felles måltider. Det ble nevnt på hver samling hvor trivelig det var å spise sammen.

De ansatte erfarte at hjemmeboende med hukommelsesproblemer er en gruppe mennesker som har stort behov for å komme sammen med andre i lignende situasjoner, og at dette gjør godt for dem, selv om de kanskje har glemt hva de gjorde forrige gang.

Om ansatte som tilretteleggere for mestring, og om omsorgsfulle deltakere

Ansatte hadde tilstrebet å ta med deltakerne i planleggingen av aktiviteter, og observert stigende aktivitet og åpenhet blant deltakerne, og stigende glede på aktivitetsdagene. De anså det som viktig å legge opp til aktiviteter som deltakerne mestrer, og som er tilpasset kulturen. Eksempelvis kunne forslag om fingermaling virke upassende for noen.

De fleste deltakerne viste innsikt og delte omsorg i hverandres situasjon som glemske. Det ble også vist forståelse for deltakere som stadig gjentok utsagn eller hadde atferd som kunne krenke andre. Personellet reflekterte over dette, også i lys av deres ansvar for å sette sammen grupper av deltakere med lignende funksjonsnivå. Ett sted hadde de erfart at deltakere måtte skjermes pga en sin væremåte.

”Men så kunne det være øyeblikk hvor han fungerte overraskende godt”
(aktivitør)

Et eksempel illustrerer deltakere med innsikt og åpenhet, og med evne til å vise hjelpsomhet, også overfor ansatte. En som arbeidet i prosjekt fortalte at hun nylig hadde gått ut av huset mens det sto en kasserolle på komfyren, og med plata på full

styrke. En deltaker uttalte at ”vi som er glemske” har hjelpemidler for å unngå slike situasjoner, og beskrev så et forebyggende hjelpemiddel.

Fra usikkerhet før sorgmarkering til fellesskap og tradisjonsforankret minnestund

I en kommune døde en av deltakerne to dager før en planlagt samling. Denne samlingen ble avlyst. Før dagtilbudet påfølgende uke var ansatte og studenter litt spent på hvordan dagen ville bli, da dette var første samling etter at en deltaker døde. Begravelsen var to dager før, og aktivtøren hadde deltatt, og spilt i begravelsen. Deltakere kom og tok i mot studentene da de kom til samlinga, og uttrykte at det var fint at de skulle være med fortsatt. Det ble en god stemning. Aktivtøren tente lys og de startet dagen med minnestund og oppsummering fra begravelsen og talen om den døde. Det ble en høgtidelig markering som avspeiler kulturens ritualer og sedvane.

Etter denne markeringen valgte de sanger i sangheftet ”Gode øyeblikk” som var laget til dagtilbudet. Senere på dagen kom en i sangkoret i bygd. Han spilte sammen med aktivtøren og sang lokale melodier og tekster fra bygda, og fortalte historier fra sangene. Studentene bidrog med kake til kaffen. Ektefellen til den avdøde var med på dagtilbudet, og falt fint inn i allsangen de hadde. Vi erfarte og en samstemt gruppe. Deltakerne virker tryggere i rollene i dag. De viser tegn på å dele, og trives sammen. I løpet av dagen var det noen morsomme kommentarer, men de var ikke upassende. En av deltakerne bød opp en student til en dans. Aktivtøren spilte og hadde små innspill med morsomme ageringer som understreket rytmen, og dette satte en spiss på fremføringen.

Feltnotatene viser at det var knyttet usikkerhet til forventningene denne dagen, og at deltakerne med sin livserfaring og sosiale kompetanse syntes å forstå dette. De ga særlig studentene en varm velkomst denne dagen. Kanskje anså de unge som uerfarne, og i behov av omsorg og ”inntreden” i den kulturelle måten å takle sorg på? Vi erfarte også at dagen hadde karakter av en høytidelig minnestund, og aktiviteter som henspeiler på livsutfoldelsens betydning, og at begge deler hadde preg av samhold og situasjonstilpasset samspill.

En festdag hver uke

Deltakerne hadde gitt uttrykk til pårørende og andre om å være med på noe som gledet dem. Deltakere som hadde vært skeptiske til å delta, og som pårørende hadde hatt problemer med å få med seg ut, ga uttrykk for å stortrives på onsdager, ”det er da det skjer”. Andre hadde fortalt at de gikk på fest, fast hver onsdag. Ansatte mente dette var en opplevelse deltakerne kunne bruke hele uka.

Om helsepolitiske intensjoner og utvidet fagforståelse

Lederne ga uttrykk for forventninger av administrativ eller helsepolitisk karakter, ut fra intensjoner om og fordelaktighet av at eldre kan bo lengre i heimen:

”Jeg tenker litt slik; tror det er ei god investering med aktivisering. Jeg tror det er godt bidrag for at eldre kan bo lengre heime, at det er veldig forebyggende på helsa. Sånn tenker jeg. . . . en kjempeinvestering å drive med aktivitet som er med og stimulerer og som holder folk litt mer aktive”
(sykepleieleder)

Denne lederen brukte termen ”sykepleiefaglig” om andre oppgaver, og syntes å skille ut aktivisering i dagtilbud som en viktig, men ikke tradisjonelt sett sykepleiefaglig oppgave:

”Ja for jeg tenker på det at vi må ha fokus på det sykepleiefaglige og det som er sykt. Men kanskje har vi for mye fokus på det. Kanskje er det like viktig å dra inn aktivitetsbiten som bidrar til å få dem litt opp og holde dem litt mer i gang” (sykepleieleder)

Her ser vi at lederen etter erfaringene med dagtilbud vurderer en utvidet forståelse av sykepleie som faglig utøvelse. Videreføring av dagtilbudet ville være interessant:

”Det er snakket mye om tema (aktivisering) i politiske organer, og det ville være kjempeinteressant å få sett hvordan vi kunne gått videre med dette” (leder).

Studentenes prosjekterfaringer

Studentene hadde før oppstart ulike og til dels uklare forventninger til ”hva som forventes av oss”. Dette gjaldt forventninger til deres aktivitet under dagtilbudene samt forventninger fra skolen om arbeidskrav i læresituasjonen. Kravet til utøvelse av omsorgsoppgaver var fremtredende hos noen, mens andre var opptatt av tilstedeværelse og læring i uforutsette situasjoner. Alle studentene hadde læringsutbytte, både mht å se aktiviteters betydning i menneskers liv, og i forhold til studentenes motivasjon for denne type arbeid:

”Det er en gulrot for oss, og det er bra de har det bra og trives. Da blir en mer motivert til det at vi står på og gjør det for dem da” (student).

Sitatet synes å avspeile en paternalistisk hjelperrolle, og ikke en samarbeidsrolle. Henderson (1961) skrev på midten av forrige århundre at sykepleierens ansvar er å ivareta menneskets grunnleggende behov når dets egne ressurser ikke strekker til på grunn av sykdom og helsesvikt.

Studentenes bevisstgjøring på deltakernes medbestemmelse ble diskutert i fokusgruppen. Følgende sitater fra diskusjonen illustrerer studentenes læring, men også at et utvidet omsorgsfokus var tilstrebet hos ledere. Det ble laget egne sanghefter til bruk i prosjektet, og ut fra heftene kunne deltakerne bestemme hva de ville syngte. Studentene hadde positive erfaringer fra dette, og personellet fremhevet betydningen av ikke å undervurdere deltakerne, eller ”brukerne”:

”Vi lærte det gjennom aktiviseringa i denne praksisen, at vi blir bevisst på det, at det er med ringer i vann. Vi skal jo være mer kulturelt aktiv som helsepersonell” (student)

”Det er jo dere sykepleierstudentene som er den kommende generasjonen sykepleiere som skal være mer bevisst på livsinnholdet!” (sykepleierleder)

Studentene reflekterte over både sosiale og kulturelle behov hos demente:

”Sosiale behov er grunnleggende behov hos mennesket. . . . kulturell stimulering er også med på å trene opp og vedlikeholde viktige mentale funksjoner hos demente” (student)

De så det som viktig å gi deltakerne mulighet til å gjøre ting i sitt eget tempo. De så det også som viktig å passe på at ingen ble satt utenfor fellesaktiviteter og samtaler. I loggene reflekterte studentene blant annet rundt en deltakers utfordrende atferd i forhold til andre deltakere. Ansatte passet hele tiden på at ingen ble krenket, og samtidig viste deltakerne respekt og forståelse for denne deltakeren. Studentene hadde lært mye om hvordan grensesetting kan gjennomføres.

Ansattes erfaringer med organisering og rammer

Hente - bringe tjenesten fungerte godt. De første gangene måtte personell eller studenter inn i heimene og hente noen av deltakerne, men etter hvert stod de som kunne det og ventet på trappa. Likevel kunne noen glemme at det var denne dagen det var dagtilbud, og derfor ble det ordnet med en påminning dagen før:

”Det er viktig å kunne ta en telefon for å minne deltakere på at det er prosjektdag. Det kunne også vært samarbeid med hjemmetjenesten som kunne hjulpet til med denne informasjonen, dette for at deltakere ikke skal bli overrasket når noen plutselig står der i døra og skal hente dem. Når sjåførene kom for å hente deltakerne (før heimreise fra dagtilbudet) ble de urolige, og alle reiste seg. Forslag her er at sjåførene venter på gangen hvis de kommer før avtalt tid. Det er ansatte på dagtilbudet som skal informere når dagen er ferdig. Erfaringen var at fast tid er viktig for å skape trygghet” (aktivitør).

Romforhold med atskilt kjøkken, sofagrupper og underholdningsplass (plass til aktiviteter) var hensiktsmessige.

”Trygghet og gjenkjenning i rom og slikt tror jeg er veldig viktig” (leder)

Om studentdeltakelsens betydning for deltakerne:

”Deltakerne ser at unge mennesker er interessert i dem. De har barnebarn og oldebarn, og sammenligner litt med dem. Det blir friske innslag” (sykepleier).

Ansattes egne konklusjoner

”Alle syntes å stortrives, og avdekket samtidig behovet for å videreføre tiltaket. Dette prosjektet må bare videreføres, for det er definitivt et stort behov. Ut fra erfaringene er det viktig at sang og musikk blir en stor del av videreføringen. Tips til aktiviteter er jo å bruke lokale artister som har mulighet til å opptre på dagtid. Kulturskolen kan kontaktes, og barnehagene bør også inn i bildet. Det kunne også gått an at man prøver å sette opp forestillinger der de eldre selv er med som aktører. Kor, teater, revy, o.s.v.” (aktivitør).

Drøfting og anbefalinger

Kulturelle aktiviteter, eksempelvis sang og musikk, historiske "vandringer" og mattradisjoner ble omtalt, men ikke utdypet med hensyn til hva de betydde for den enkelte. Forskning har vist at kulturelle aktiviteter forankret i felleskulturell tradisjon stimulerer sanselighet og underbygger livskvalitet og identitet, og har vist effekt på kognitiv funksjon Baker o.fl. 2001, Myskja og Lindbæk 2000, Cheston og Bender 1999, Kitwood 1998, Hultgren 1996). Ansatte mente å erfare slike effekter, men disse ble ikke målt i dette prosjektet.

En annen effekt av dagtilbudet som er mindre fokusert i forskning om grupper med demens, er erfaringen av gruppens sosial interaksjon og opplevelse av glede og fest gjennom det å gjøre og erfare noe sammen. Den sosiale interaksjonen ble fremhevet. Det handler for det ene om grunnleggende behov som sosiale mennesker. Innen personsentrert demensomsorg betraktes ikke behov biologisk, men som følgende seks ikke hierarkistiske universelle behov; forankring, betryggelse, identitet, meningsfull aktivitet, sosial inkludering og kjærlighet (Mitty og Flores 2007, Kitwood 1997). Tilrettelegging for gruppeaktiviteter, det vil si omsorg med fokus på gruppens felles interesser, synes å ha effekter på hver enkelt person. Altså betyr personfokustert omsorg ikke nødvendigvis omsorg i møte med enkeltindivider.

For det andre synes dette å handle om identitetsbekreftende sosialt samspill mellom gruppedeltakere. Ansatte kunne bekymre seg for at det ble lite variasjon, men deltakerne etterspurte ikke mer variasjon av aktiviteter. Det ble derimot gitt uttrykk for å se fram til å gjøre mer av det samme sammen, 'neste onsdag'. Omsorg, varhet, og en tradisjonell måte å minnes en død på, viser til en felles kulturelle koder for handlemåter hos deltakerne, og denne ble bekreftende for deres identitet. Dagtilbud for grupper med felles kulturell bakgrunn synes følgelig å gi en arena som understøtte tradisjonelle verdier som stabilitet, forutsigbarhet og varighet (Thoresen 2002). Det nye deltakerne erfarte i den første samlingen, lærte de å forholde seg til. De viste med andre ord at de liksom andre mennesker, kan lære (Hargie og Hargie 1995). Det handlet om å løfte fram deltakernes ressurser ved å gi rom og mulighet for dette. Vi fant også at en skepsis til om intensjonen med prosjektet var ekte, lå

under da en deltaker fryktet at spill av bingo var en mental test. Det blir viktig å underbygge tryggheten for at målet er livsutfoldelse, og ikke testing inn mot diagnostisering og behandling: Hver arena har sin egen funksjon.

Kritiske suksessfaktorer

Vurdert opp mot kritiske suksessfaktorer, viser prosjektet at opplegget for dagtilbud var vellykket.

En suksessfaktor er informasjon til og fra deltakere før prosjektstart. Dette ble gjennomført skriftlig og ved samtaler i hjemmet, og fungerte godt.

En annen faktor er hente- og bringe støtte til deltakere. Dette fungerte godt i begge kommuner, etter noen misforståelser ved første samling i en kommune.

Utvikling av en trygg sosial gruppe var en viktig suksessfaktor som ble innfridd. Her viste deltakerne selv anvendelse av sosial og kulturell kompetanse.

Kulturtiltak som interesserer og stimulerer aktivitet var en suksessfaktor. Resultatene viser her at prosjektet vært vellykket i begge kommuner.

Anbefalinger

Med bakgrunn i prosjekterfaringene kan dagtilbud med kulturaktiviteter anbefales. Kulturaktiviteter basert på lokal historie, mattradisjoner, sang og musikk kan være både rimelig og foretrukket av deltakere, og anbefales ut fra erfaring i dette prosjektet. Prosjektet ble gjennomført i vinterhalvåret. Utendørs aktiviteter og naturopplevelse er viktig i norsk kultur, og anbefales foreslått for deltakere i lignende tilbud. Uansett type aktivitet, er deltakernes egne valg grunnleggende i denne type personfokuset kulturforankret omsorgstjeneste.

Studentpraksis knyttet til kulturelle dagtilbud gir direkte erfaring som grunnlag for refleksjon og utvikling av kunnskap om aktiviteters betydning i en helhetlig omsorgskjede. Studenter på tredje studieår gir noe ulike anbefalinger m.h.t. om dagtilbud bør inngå i praksis i 3. eller 1. år av studietilbudet. Vi anbefaler utprøving av ulike praksismodeller.

Kort- og langtidseffekter på livskvalitet og undersøkelse av medisinske effektmålinger var ikke mål for dette prosjektet, men anses hensiktsmessig for å underbygge effekter funnet i andre studier.

Konklusjon

Prosjektets mål om kulturell og sosial stimulering av deltakere med mild demens ble oppnådd i prosjektperioden. Lang tids effekter ble ikke målt, men ville være ønskelig. For ansatte innebar erfaringene med prosjektet bekreftelse på noen antagelser, men også læring og utvidet forståelse for betydningen av tilrettelegging for meningsfull aktivitet som en del av omsorgskjeden. Prosjektet nådde også mål om studentaktivitet og studenters læring om kulturell stimulering for personer med mild demens.

Gjennomføringen av prosjekter to kommuner var basert på ekstern finansiering fra FOLK2 og Samarbeidsorganet mellom HiNT og kommunehelsetjenesten. Implementering av dagtilbud i ordinær drift innen kommunehelsetjenesten var ikke en del av prosjektet, men er ut fra erfaringene en aktuell problemstilling. Det vil også være behov for mer forskning om gode og kost - effektive måter å møte behov for dagtilbud hos hjemmeboende med mild demens.

For deltakerne synes den sosiale arenaen å bety mye. Kulturell aktivitet behøver ikke koste mye. Alle deltakerne i dette prosjektet var glad i musikk og sang, og dette var aktiviteter alle aktivitetssdagene. Deltakerne var aktive, og det er mulig at de kunne bidratt enda mer, eksempelvis med lokalhistorisk kunnskap. Skoler og barnehager kan også være arenaer for kulturaktiviteter dagtilbudene kan samarbeide med. Gården, naturen og dyrene er andre felt hvor vi ser muligheter for aktiviteter og oppfølgende diskusjoner blant deltakerne. Vi håper resultatene fra prosjektet vil inspirere andre kommuner i arbeidet med å tilrettelegge for gode øyeblikk, det vil si festdager som gir mening til hverdagslivet for hjemmeboende med mild til moderat demens.

Referanser

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale (SOC). *Social Science and Medicine*, 36, 6: 725-733.
- Baker, R., Bell S., Baker E. (2001). A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol*, 40:81–96.
- Befring, E. (2006). Om å løfte fram det løfterike. *Respekt*, 4: 52- 55.
- Bjugan, H.G. og Brataas, H.V. (2004). *Glemskhetens utfordringer. Om påkjenninger, mestringskompetanse og livskvalitet hos personer med Alzheimers sykdom.* Rapport nr. 14/2004. Steinkjer: Høgskolen i Nord-Trøndelag.
- Bjugan, H.G. og Brataas, H.V. (2005). "Det er husken som er verst!" Mestring og livskvalitet ved Alzheimers sykdom i fase en. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*; 7, 1: 14-26.
- Bruner, J. (1997). *Utdanningskultur og læring.* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Bygren, O. (1996). Unequal in death, Attendance at cultural events, reading books or periodicals, and making music or singing in a choir as determinants for survival: Swedish interview survey of living conditions. *BMJ*, 23: 1577 – 1580.
- Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E., Schroll M., Finne-Soveri, H., Henrard, J.C. Garms-Homolova V., Jonsson, P., Frijters D, Lunggren G., Sorbye LW., Wagner C., Onder G., Pedone, C. og Bernabei, R. (2004). Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clin Exp Res.*;16, 4: 259-69.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health.* London: Routledge.
- Cheston, R. og Bender, M. (1999). I Myskja, A. (2006). *Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling.* Fagbokforlaget.
- Engedal, K. (2001). *Alzheimers sykdom og andre demenstilstander. I: Fossan, G. og Raaheim, K., (red.). Eldreårenes psykologi.* Oslo: Fagbokforlaget.
- Engedal, K. og Haugen, P. K. (2004). *Lærebok demens Fakta og utfordringer.* Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Hargie, O. og Hargie, C. (1995). *Sosiale ferdigheter inn på skolens læreplan. I: Ask, FF og Sletta, O. (red.) Kommunikasjon som sosial og tverrkulturell kompetanse.* Trondheim: Tapir.
- Hayes, J. M. (1999) *Respite for caregivers. A community-based model in a rural setting.* *Journal of Gerontologic Nursing*; 25, 1: 22-6.
- Helse- og omsorgsdepartementet: St.meld. nr 25 (2005 – 2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.*
- Henderson, V. (1961) *Sykepleiens grunnprinsipper.* Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Henderson, V. (1972) *Basic principles of nursing care.* London: International Council of Nursing.
- Hicks-More, S. L. (2005). *Relaxing music at mealtime in nursing homes: effect on agitated patients with dementia.* *Journal of Gerontological Nursing*; 31, 12: 26 - 32.
- Hulteng, L. K. (1996) *Norsk erindringskonferanse Oslo. Foredragsbok fra den første nordiske erindringskonferansen (reminisence) 4-6 september.*

- Hummelvoll, J. K. (2006). Handlingsorientert forskningssamarbeid – teoretisk begrunnelse og praktiske implikasjoner. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*; 1: 17- 30.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2006). St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered: The person comes first*. Philadelphia: Open University Press.
- Kitwood, T. (1998). Toward a theory of dementia care: ethics and interaction. *Journal of Clinical Ethics*; 9, 1: 24-34.
- Kitwood, T. (1999). En revurdering af demens – personen kommer i første række. Fredrikshavn: Dafolo Forlag.
- Kitzinger, J. (1995). Introducing focus groups. *BMJ*; 311, 299-302.
- Knutsen, M.S., Holmen, J. og Håpnes, O. (2005). Hva vet vi kulturdeltakelse og helse? *Norsk Tidsskrift for Lægeforening*; 24: 3418-20.
- Mitty, E. og Flores, S. (2007) Assisted living nursing practice: the language of dementia: theories and interventions. *Geriatric Nursing*; 28, 5: 283-288.
- Myskja, A. (2006). Den siste song – sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A. (2005). Metodebok. Systematisk bruka av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen. Oslo: Kirkens Bymisjon.
- Myskja, A. og Lindbæk, M. (2000). Hvordan virker musikk på menneskekroppen? *Tidsskrift for den norske lægeforening*; 120: 1182-5.
- Palo-Bengtsson, L., Winblad, E og Ekman, SL (1998). Social dancing: a way to support intellectual, emotional and motor functions in persons with dementia. *Journal of psychiatric & Mental Health Nursing*; 5, 6: 545-554.
- Reason, P. (1994). Three Approaches to Participative Inquiry. I: Denzin, NK og Lincoln, YS (red.) *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Schwandt, TA (1994). Constructivist, Interpretivist Approaches to Human Inquiry. I: Denzin, N. K. og Lincoln, Y. S. (red.): *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, London: Sage Publications, s. 118-37.
- Selbaek, G, Kirkevold, O og Engedal, K. (2006) The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; Published Online Dec 28 2006.
- Thoresen, K. (2002). Aldring og alderdom i sin tid. I: Thorsen, T og Toverud, R (red.) *Kulturpsykologi. Bevegelser i livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 152-181.
- Toverud, R., Thorsen, K., Gulbrandsen, L. M., Andenæs, A., Hjort, H., Jensen, T. K. og Ulvik, O.S. (2002). Kulturpsykologi, - utgangspunkt, mål og framkomstmiddel. I: Thorsen, T og Toverud, R. (red.) *Kulturpsykologi. Bevegelser i livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget, s. 17-33.
- Wimo, A., Ronneback, E., Nyberg, A., Granholm, O. og Thorslund, M. (1999). Nursing load in different care alternatives in Sweden during 18 years. *Arch Gerontol Geriatr.*; 28,3: 205-16.

<http://www.aldringoghelse.no/PDF/Pleiepersonell%202005%20NY.pdf>