

**“Aktiv fritid i sykehjem”:
Et kartleggingsinstrument for ønskede
fritidsaktiviteter hos sykehjemsbeboere**

**Prosjektrapport
Prosjektperiode 2009 – 2010**

**Fellesprosjekt for Fredrikstad-, Halden-
og Moss kommune og Avdeling for
helse- og sosialfag, Høgskolen i Østfold**

**Anne-Kristin Martinsen
Liv-Solveig Tvette**

**Høgskolen i Østfold
Arbeidsrapport 2012:5**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Høgskolen i Østfold. Arbeidsrapport 2012:5

© Forfatterne/Høgskolen i Østfold

ISBN: 978-82-7825-376-2

ISSN: 1503-6677

Forord

Denne prosjektrapporten handler om å utvikle et kartleggingsinstrument for ønskede fritidsaktiviteter hos sykehjemsbeboere, idet dagens instrument erfares mangelfullt av de ansatte.

Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom 4 avdelinger ved 3 sykehjem i henholdsvis Fredrikstad, Halden og Moss kommune, og høgskolelektorer og studenter ved Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag, bachelor i vernepleie.

Her benyttes anledningen til å takke alle som deltok i prosjektet: Elisabeth Østensvik, prosjektansvarlig for Glemmen undervisningssykehjem, Fredrikstad kommune, var den første til å omsette luftige ideer til aktiv handling. Hun ble tett fulgt av Kari Ann Tvedt, personalrådgiver, Moss kommune og Inger Olsen, enhetsleder, Halden kommune. Deres deltagelse under planlegging og organisering var avgjørende for å lykkes med å etablere prosjektet.

Kontaktpersoner ved sykehjemmene var Anne L. Hagelskjær ved Orkerød sykehjem, Camilla Behrentz ved Halden sykehjem, Ellen Midtgård, avdeling Solsiden, Glemmen sykehjem, og Lene H. Jensen og Vibeke Kaas Ibsen, avdeling Regnbuen, Glemmen sykehjem. En takk til dere også!

Sist, men ikke minst, må studentene nevnes som brukte tid og energi gjennom hele praksisperioden på å samle og evaluere data. En stor takk til Per Arne Eggum, Marte Olsen, Hanne A. Fosby, Erita Qerimi, Britt Thorvaldsen, Aud Drabeløs, Trine J. Fredriksen og Tone M. Spjudvik!

Fredrikstad februar 2011

Anne-Kristin Martinsen og Liv-Solveig Tvette

INNHALDSFORTEGNELSE

1. Bakgrunn for prosjektet	3
1.1. Politiske føringer	3
1.2. Beboer og tjenestetilbud i sykehjemsavdelinger	4
1.3. Fritid og fritidsaktivitet	4
1.4. Aldringsteorier	5
1.5. Brukerinnflytelse, forskning og faglig kompetanse	6
2. Prosjektets målsetting	6
3. Utarbeidelse av kartleggingsinstrument	7
3.1 Grunnlagsmateriale	7
3.2. Prosjektets skjema	8
4. Resultater	9
4.1. Kontekst for kartleggingssamtalene	9
4.2. Fokus og spørsmål i bruk under kartleggingssamtalene	9
4.3. Observasjonsdata fra kartleggingssamtalene.....	10
4.4. Ønskede og gjennomførte fritidsaktiviteter.....	11
4.5. Beboernes tilfredshet med gjennomførte fritidsaktiviteter.....	11
4.6. Studentenes vurdering av kartleggingsinstrumentet.....	12
5. Diskusjon.....	13
6. Veien videre	16
7. Avslutning	17

Referanser

Vedlegg¹:

1. Kartleggingsskjema for intervjuer
2. Kartleggingsskjema for observatør
3. Skjema for gjennomføring og evaluering av fritidsaktivitet – for observatør
4. Skjema for beboers evaluering av gjennomført fritidsaktivitet – for intervjuer

¹ Utviklede skjema gjengis i en fortettet form av plasshensyn.

PROSJEKT ”AKTIV FRITID I SYKEHJEM”

Denne rapporten fokuserer på utvikling av et instrument for å kartlegge sykehjemsbeboeres ønsker for fritidsaktiviteter.

Prosjektet ble gjennomført ved sykehjem i Fredrikstad, Halden og Moss. De som deltok i prosjektet var: åtte vernepleierstudenter i deres andre praksisperiode (3. semester), syv beboere, fem studentansvarlige, ansatt ved de respektive sykehjemsavdelingene, og to lærere ansatt ved vernepleierutdanningen ved Høgskolen i Østfold. Prosjektets styringsgruppe besto av prosjektansvarlig for Glemmen undervisningssykehjem, daværende virksomhetsleder ved Halden sykehjem, personalrådgiver i Moss kommune samt lærerne som deltok i prosjektet.

Lærerne utarbeidet kartleggingsinstrumentet, mens studentene gjennomførte selve kartleggingen og evaluerte instrumentet.

1. Bakgrunn for prosjektet

1.1. Politiske føringer

Sentrale politiske føringer for kommunal omsorgstjeneste i Norge og flere forskningsarbeider på feltet eldreomsorg, påpeker entydig behovet for økt satsning på det sosiale og kulturelle området. I St.meld. nr. 25 (2005-2006); Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer – vektlegges kultur, aktivitet og trivsel som sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Stortingsmeldingen viser bl.a. til Lov om sosiale tjenester § 4-3 der kommunen er pliktig til å yte et egnet tjenestetilbud til de som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp til å greie dagliglivets gjøremål. Begrepet *dagliglivets gjøremål* blir i denne sammenheng forstått som mer enn rene omsorgsoppgaver. Det gjelder muligheten til i så stor grad som mulig å ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og øvrig sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i eget engasjement og egne interesser. Etter Kvalitetsforskriften (2003) er det ytterligere presisert at tjenester etter loven skal dekke grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Brukere av aktuelle tjenester skal med det bl.a. få tilfredsstilt sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet, bli tilbudt varierte og tilpassede aktiviteter. Likeledes skal personer med demens, og andre

som har vanskelig for å formulere sine behov, ha tilrettelagte tjenestetilbud. I følge Romøren (2005) blir da kvalitet i sykehjem, sett fra norske myndigheters side, primært definert gjennom forhold som antas å ha betydning for den enkelte tjenestemottakers livskvalitet.

1.2. Beboer og tjenestetilbud i sykehjemsavdelinger

Tjenestetilbudet i dagens sykehjemsavdelinger er i all hovedsak rettet inn mot beboernes behov for fysisk pleie og omsorg, behandling og rehabilitering. Miljøterapeutiske og individuelt tilrettelagte fritidsaktiviteter får liten plass (Hestetun 2000; Hofseth & Norvoll 2003; Statens helsetilsyn 2003; Førland et al 2005). I følge en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten (Statens helsetilsyn 2003) har ca. 60 % av beboerne i sykehjem et utilstrekkelig tilbud om aktivitet og sosial kontakt, dette til tross for at sykehjem tradisjonelt sett tilbyr aktiviteter som håndarbeid, bingo, konserter og andakt. Disse fellesaktivitetene er i følge Jørgensen (1997) og Hauge (2004), aktiviteter som av mange eldre blir opplevd som meningsløst arbeidstvang, og som de reelt sett ikke ønsker å delta i.

Hovedtyngden av dagens sykehjemsbeboere er over 67 år. 75 % er over 80 år, og 73 % er kvinner (Statistisk sentralbyrå 2007). Funksjonsevnen deres er sterkt redusert, og de er multisyke (Statens helsetilsyn 2003). De oppholder seg i heldøgns institusjoner; det være seg avdeling for langtidsopphold (permanent bolig) eller avdeling for midlertidig opphold. Sykehjemsbeboere på langtidsopphold tilbringer da mer eller mindre alle døgn og hele døgnet i institusjonen. De sover, spiser og har sin fritid på samme sted (Garsjø 2003). Videre viser flere forskningsprosjekt at dagens eldre er beskjedne. De stiller små krav og tilpasser seg forventningene til hva de regner som realistisk å oppnå i sykehjem. Resultatene tolkes dit hen at eldre er beskjedne i forhold til å uttrykke egne ønsker (Bondevik 2001; Bergland 2006; Strand 2007).

1.3. Fritid og fritidsaktivitet

Når det gjelder *fritid* knyttes vanligvis begrepet til betalt arbeid, og det blir da betydningsknyttet til frihet fra arbeidsgiver og pålagte arbeidsoppgaver. Slik forstått må man inneha arbeid for å kunne snakke om fritid. Dikotomien arbeid – fritid blir fremtredende. Da det ikke er snakk om arbeidstid for beboere i sykehjem, benytter vi oss av følgende tilnærming til begrepet: ”Fritid er en opplevelse for individet basert på innhold, kvalitet eller tilstand” (Säfvenbom 2005:41). Her framstår fritid som en individuell og subjektiv opplevelse

løsrevet fra kravet om arbeid. Ei heller er fritid knyttet til daglige situasjoner som å ivareta fysiologiske behov; det være seg personlig hygiene og ernæring. Dette til tross for at disse eksemplene på daglige gjøremål kan benyttes til trening og vedlikehold av ferdigheter, samt til sosial relasjonsbygging.

Hva som anses som en *fritidsaktivitet* vil også være individuelt. For eksempel kan oppgaver knyttet til hushold være en fritidsaktivitet for en person, men betraktes som mer eller mindre påtvunget arbeid av en annen. Andre knytter fritidsaktiviteter til arena eller sosiale kontekster (Säfvenbom 2005). Å delta på en aktivitet kan ha positiv effekt på ulike måter, som for eksempel fysisk bevegelse, psykisk styrket selvfølelse, glede ved å mestre og sosialt få tilhørighet ved for eksempel gruppeaktiviteter (Larsen 2006). Men ikke alle beboere har krefter til å delta i aktiviteter. I den sammenheng er det viktig å tenke på at det er flere måter å være deltakende på; alt fra at en selv styrer aktiviteten til å observere at andre står for utførelsen (Slåtta 2005).

1.4. Aldringsteorier

Betrakter vi alderdommen som en biologisk fase av livet hvor mennesket trekker seg tilbake fra samfunnet, tilbake fra sosiale roller og nettverk, samt blir mindre utadrettet i sin atferd, klassifiseres det eldre mennesket, i følge sosiolog Elaine Cumming og psykolog William Henry, innenfor *tilbaketrekningsteorien*. I følge denne teorien er det to elementer som trekker i samme retning; alderdommens iboende eller ”naturlige” tilbøyelighet til tilbaketrekning og samfunnsforhold som skyver gamle mennesker ut. Teorien er funksjonell i sin tilnærming og hevder at det som er gunstig for individet, også er gunstig for samfunnet, og omvendt (Cumming & Henry 1961). Tar vi derimot utgangspunkt i *aktivitetsteorien* eller verdistandpunktet at aktivitet er gunstig i alderdommen (Havighurst, Neugarten & Tobin 1968), framstår gamle som deltagende i samfunnet. I dette perspektivet på aldring oppmuntres eldre til aktivitet, og det gis støtte til studier av vilkårene for at gamle skal kunne delta. I følge aktivitetsteorien er gamle ofre for et utstøtende samfunn. Kritikken mot denne teorien er at gamle framstår som en homogen gruppe, uten forskjeller i vaner og preferanser. De framstår ikke som aktører i eget liv og foretar ikke selvstendige valg. I følge Daatland og Solem (2000) overser aktivitetsteorien samspillet mellom individ og omgivelser. I følge et kulturgerontologisk perspektiv lever de gamle derimot sin alderdom i møte med normer og idealer i det gitte samfunn (Thorsen 1998). I den senmoderne og postmoderne kultur hvor ungdommelighet, aktiv livsførsel og materielle holdninger er verdier i befolkningen, framstår

gamle nødvendigvis med tilsvarende idealer. En norsk studie viser at gamles ideelle/ønskede alder er langt yngre enn den de faktisk har (Daatland 2005). Framtidens sykehjemsbeboere vil trolig bestå av nye generasjoner eldre som vil ønske en omsorg som gir rom for å realisere mer individualistiske verdier (Slagsvold & Strand 2005; St.meld. nr. 25 – 2005-2006).

1.5. Brukerinnflytelse, forskning og faglig kompetanse

For å bedre den aktive omsorgen, sette et sterkere fokus på aktivisering, trivsel og sosiale tiltak innenfor omsorgstjenesten generelt og eldreomsorgen spesielt, anses det blant annet som viktig å styrke brukerinnflytelse, forsknings- og utviklingsarbeid, samt den faglige kompetansen. Sterkere brukerinnflytelse skal gjennomsyre morgendagens omsorgstjeneste ved et tilbud preget av større valgfrihet og individuell tilpasning. Forsknings- og utviklingsarbeid på omsorgsfeltet skal styrkes for bl.a. å få økt kunnskap om brukernes bakgrunn, preferanser, levekår og helse til bruk i utvikling av nye metoder i forebygging og behandling. Kompetanseløftet 2015 har satt som mål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten. Siktemålet var 10 000 nye årsverk på tjenesteområdet innen utgangen av 2009, hvor sykehjem og hjemmetjenester skulle ha hovedprioritet. De nye personellårsverkene skal bl.a. bidra til å styrke vektleggingen av kultur, aktivitet og sosiale tiltak. I det er målet også å oppnå større tverrfaglighet i sektoren (St.meld. nr. 25 – 2005-2006).

2. Prosjektets målsetting

Hovedmålet med prosjektet var å utvikle et instrument for å få fram reelle, individuelle ønsker i forhold til fritidsaktiviteter blant beboere i sykehjem. For som tidligere omtalt er eldre mennesker ofte beskjedne og svarer positivt bekreftende på spørsmål vedrørende trivsel, samtidig som de kjeder seg og ofte ikke ønsker å delta på ulike gruppeaktiviteter.

En måte å få tilgang til sykehjemsbeboeres interesser og livshistorie er de såkalte bakgrunnsopplysningsskjemaene som mange sykehjem benytter ved innleggelse. Disse kartlegger familieforhold, evt. yrkesaktivitet og interesser eller hobbyer vedkommende har hatt. Se eksempel: www.kloverasen.no/files/skjemaer/bakgrunnsopplysningsskjema.doc Aktuelle bakgrunnsopplysningsskjema skal bl.a. benyttes som grunnlag for å tilby aktiviteter og samtaleemner med den enkelte beboer. Gjennom samtaler med ansatte i sykehjem har vi inntrykk av at det ofte er vanskelig å få tak i viktige hendelser og interesser når skjemaet skal

fylles ut. I tillegg gir ansatte uttrykk for at opplysningene som innhentes ikke blir benyttet systematisk i planlegging av individrettede aktiviteter. Dette ble bekreftet under informasjons- og planleggingsmøtene med den enkelte avdeling før prosjektets oppstart. Ut fra disse erfaringene synes det å ikke være tilstrekkelig å kartlegge tidligere interesser hos beboer for å få kunnskap om hva beboer ønsker i dag. Interessene kan være forandret grunnet f.eks. nedsatte funksjoner og endrede forventninger til egen deltagelse i ulike aktiviteter i dagliglivet i institusjonen. Bakgrunns-/livshistorie kan imidlertid ses på som et tillegg, særlig for dem som ikke kan – eller har vansker med å uttrykke ønsker i dag.

3. Utarbeidelse av kartleggingsinstrument

3.1 Grunnlagsmateriale

Under søken etter kartleggingsinstrument ble det funnet flere skjema til kartlegging av ulike forhold knyttet til eldre personer og i forhold til ulike funksjonsnedsettelse eller -tap i alderdommen. Eksempler er Barthel ADL-index som brukes mest i forbindelse med hjerneslag, Katz ADL-index, Sunaas ADL-index og ADL-taxonomi. Alle disse har som formål å kartlegge dagliglivets funksjoner pr. måletidspunkt, og noen kan angi forventet framtidig funksjonsnivå etter for eksempel en rehabiliteringsperiode (Tuntland 2006). I forhold til kartlegging av fritidsaktiviteter foreligger et skjema som kartlegger spesielle aktiviteter som bevegelse/fysisk trening, musikk og vurdering av minnegrupper. Sistnevnte er utarbeidet for utfylling av personalet (Eggen et. al. 2003).

Flere av skjemaene som ble vurdert har samtale som utgangspunkt for kartleggingen. Helbostad, Taraldsen og Saltvedt (u.å) påpeker at mange personer med fremskreden demens kan ta imot enkle instruksjoner vedrørende bevegelser. Dette kan danne grunnlag for fysisk aktivitet eller benyttes som innfallsvinkel til kommunikasjon eller generelle aktiviteter. Myska (2005) anbefaler at man må komme i dialog med personen når en skal kartlegge rett type musikk. Spørsmålene må stilles ut fra personens kognitive evner. Deretter må en registrere reaksjoner på musikken ut fra verbale utsagn, kroppsspråk, ansiktsuttrykk eller bevegelser. Lancashire Quality Of Life Profile – LQLP er et amerikansk strukturert intervju-skjema for måling av livskvalitet, helse og velferd hos personer med psykiske vansker og lidelser, og/eller funksjonshemninger. Skjemaet er utarbeidet ut fra empowerment ideologien (Oliver et al 1996). Det er oversatt og tilpasset norske forhold (Stubrud 2003). Sammen med ulike

skjema for kartlegging av bakgrunnsinformasjon, ble disse ulike skjema viktig grunnlagsmateriale i utarbeidelsen av kartleggingsinstrumentet.

Når det gjelder intervju kan det ha ulike grader av struktur; fra åpne samtaler til spørsmål med lukkede svaralternativ som stilles i en fastlagt rekkefølge (Jacobsen 2003). Flere av instrumentene (Myskja 2005; Eggen et.al. 2003) ligner i formen semistrukturerte forskningsintervju. Det innebærer at forsker har utarbeidet en intervjuguide med en rekke spørsmål, men som ikke er til hinder for å gi plass til eventuelle nye spørsmål og oppfølgingsspørsmål. I følge Kvale og Brinkmann (2009) må ikke guiden være til hinder for ny informasjon og nye perspektiver. Dette er særlig aktuelt når en søker faktabasert informasjon, meninger eller holdninger. Derimot skal den være til hjelp i tilfeller hvor samtalen kan komme utenfor temaet (Kvale & Brinkmann 2009; Holme & Solvang 1998).

3.2. Prosjektets skjema

I alt ble det utarbeidet fire skjema. To skjema er relatert til selve kartleggingssamtalen, hvorav et for intervjuer og et for observatør. To skjema er knyttet til gjennomføring og evaluering av den ønskede fritidsaktiviteten, som studentene skulle tilby å gjennomføre en dag pr. uke gjennom tre av prosjektukene (jfr. vedlegg 1-4). Språket i skjemaene ble holdt i korte, presise setninger og i et dagligdags språk. Dette ut fra antakelsen om at noen av beboerne med stor sannsynlighet ville ha begrensninger i språkforståelse. Det ble overveid om det ville være en god oppstart for samtalen å ha med ett eller flere spørsmål rettet mot tilværelsen før innflytting i sykehjem, men dette ble forkastet ut fra en antakelse om at det kunne bli vanskelig å bringe beboeren tilbake i nåtid.

På forsiden av skjemaet for kartleggingssamtalen (jfr. vedlegg 1) ble det utarbeidet en instruksjon som inneholdt punkter vedrørende forberedelse til- og gjennomføring av samtalen. Bakerst i alle skjemaene ble det lagt inn noen aktuelle kvalitetskriterier for et intervju (Kvale & Brinkmann 2009). Dette ble gjort fordi studentene i prosjektet ikke hadde hatt undervisning innen forskningsmetode. Lærerne måtte derfor anta at de ikke hadde erfaring med å planlegge og gjennomføre et intervju, eller denne type samtale. Studentenes manglende erfaring var også en viktig årsak til at semistrukturert intervju ble valgt som form for samtalen.

Det kan bli for vanskelig for én student både å lede samtalen, skrive ned svarene og observere respondenten samtidig. Derfor skulle to studenter gjennomføre hver kartleggingssamtale hvorav en skulle lede selve samtalen, mens den andre skulle være observatør og notere reaksjoner hos respondenten og hvordan samtalen forløp. Fokus hos

observatør skulle rettes inn mot så vel kroppsspråk som verbale utsagn hos respondent og intervjuer, inn mot intervjuers tydelighet og tempo på tale, samt hvorvidt oppfølgingsspørsmålene ble stilt på et vis som medførte at de ble ledende eller ei. Kvale (1997) beskriver ledende spørsmål benyttet på dette viset som hensiktsmessig, blant annet for analyse og kvalitet. Derfor ble det utarbeidet et skjema med rettesnor for observasjonen (jfr. vedlegg 2, første side).

4. Resultater

4.1. Kontekst for kartleggingssamtalene

De fleste kartleggingssamtalene ble gjennomført på beboers rom ved sykehjemmet. I tillegg ble en samtale holdt på folkebiblioteket i aktuelle by, og en samtale ble utført ved kantina på aktuelle sykehjem. I møte med en av beboerne ble det innledet med korte samtaler over ønskede fritidsaktiviteter, så vel under fotstell som under turer ute i friluft.

”Jeg valgte å ta med pasienten til miljøer hun trivdes i ... Vi satt på rommet hennes, drakk kaffe og pratet, hadde fotstell, vi var ute og trillet en lang tur i rullestol flere ganger, satt ute på verandaen og snakket sammen på kjøkkenet over en kaffe og kjeks. Jeg følte at pasienten åpnet seg mer og mer under disse omstendighetene, men i korte perioder av gangen.”

Deltakerne under samtalene var beboer og student, og i de fleste settinger var også en observerende student til stede. Intervjuer stilte spørsmål, gikk i dialog og noterte svarene til beboeren, mens observatør satte fokus på kontekst og samhandling (jfr. vedlegg 1 og 2). En av studentene valgte bevisst å gjennomføre uformelle samtaler på tomannshånd med beboeren, fordi studenten ved flere anledninger registrerte at beboeren svarte: ”Jeg vet ikke” når andre var tilstede. Spørsmålene ble i større grad besvart når kun de to var i samtale. Den observerende studenten kunne også være fraværende grunnet annen vakt aktuelle intervjudag.

4.2. Fokus og spørsmål i bruk under kartleggingssamtalene

Intensjonen var at studentene skulle følge kartleggingsskjema (vedlegg 1) systematisk gjennom hele samtalen, men enkelte spørsmål ble likevel utelatt mer eller mindre bevisst. Spørsmål som ikke ble stilt av disse studentene var bl.a.: ”Hva ønsker du å bestemme over?” (nr. 3), ”Kan du nevne noen aktiviteter du ikke liker å gjøre?” (nr. 10) og ”Trives du her, og i tilfelle hvorfor?” (nr. 12). Hvorfor spørsmål nummer 10 og 12 ikke ble stilt, begrunner

studentene med at de ble besvart under tidligere reiste spørsmål. En student sier i etterkant av intervjuet at hun uheldigvis overså en hel side i dette skjemaet.

Tre av studentene fulgte bevisst opp spørsmålene som var rettet inn mot fritid og aktivitet, men utelot de øvrige spørsmålene fra intervjuguiden. De argumenterer med at skjemaet måtte tilpasses den aktuelle beboeren, og som en av studentene sier: "Ved direkte spørsmål om hva hun likte, fikk jeg til svar at hun ikke visste, men når vi snakket om hennes fortid kom det frem at hun har vært meget fysisk aktiv ..." Ytterligere to studenter fokuserte kun på aktuelle fritidsaktiviteter under andre samtale med beboer.

En av studentene stilte kun konkrete spørsmål som ikke avkrevde fortellende svar, samtidig som spørsmålene hyppig ble ledende formulert. Det framkommer samtidig data på at denne beboeren hadde moderat til alvorlig grad av vaskulær demens.

4.3. Observasjonsdata fra kartleggingsamtalene

Det var gitt skriftlig bestilling til observatøren på følgende fokuspunkter under samtalen (jfr. vedlegg 2): – samtals forløp (bruk av pauser, tilleggsspørsmål, ubesvarte spørsmål, ledelse av samtalen og hvorvidt beboer blir gitt tid under samtalen), øyekontakt mellom partene og andre nonverbale uttrykk under intervjuet. Disse observasjonspunktene ble vektlagt og dokumentert i varierende grad hos observerende studenter.

Når det gjaldt samtals forløp påpeker ett par av observatørene at intervjuer holdt fast ved samtaletemaet, til tross for hyppige "sidesprang". "Utenom snakk" ble ikke honorert. Enkelte observatører påpeker også at intervjuer tidvis ble sterkt styrende, og tilleggsspørsmål ble hyppig stilt. Følgende eksempler kan gis: "Du savner kanskje å gå mer tur?" "Du liker hagearbeid, du?" En annen observatør vektlegger intervjuers evne til å gjenta og hyppig bekrefte beboers svar. Endelig fokuserer ett par observatører på at beboer får tid nok til å snakke. Det i kombinasjon med enkle spørsmål avstedkommer lange svar fra en av beboerne.

To av beboerne med diagnoser av alvorlig grad demens framstod som svært høflige, men de svarte inadekvat på de fleste spørsmålene. Svarene passet ei heller til tid og sted. Den ene av disse to beboerne unnskyldte seg ofte under intervjuet med dårlig hukommelse. Det intervjuet ble avbrutt.

For øvrig ble det hos beboere med demens observert hyppig gjesping, fikling med fingrene, tok seg til panna, vekslet mellom smil og alvor og "ryddet" rundt seg.

Gjennomgang av alle loggførte data fra intervjuene viser tydelige tegn på at flere av deltakerbeboerne ikke valgte en bestemt ønsket fritidsaktivitet for gjennomføring. De ble

under kartleggingssamtalene utfordret av intervjuer på å velge en av flere ønskede aktiviteter, men det var da de som unnlot å svare på spørsmålet, ”trakk på det” eller snakket det bort med andre temaer.

4.4. Ønskede og gjennomførte fritidsaktiviteter

Fritidsaktiviteter som var ønsket av beboerne strakk seg fra baking, via turgåing, hagearbeid, fisketurer, sosialt samvær med venner, handleturer, andakt, sang og pianospill, kino/filmkvelder, litteraturkvelder, bibliotekbesøk og lydbøker, til konserter og galleribesøk. Flere av disse aktivitetene ble bekreftet ønsket gjennomført først etter at intervjuer hadde foreslått dem. Ett unntak i så måte var beboeren som ville dra til Hellas, dersom han helt fritt kunne velge hva han ville gjøre.

Enkelte fritidsaktiviteter ble planlagt og avtalt med beboer, som for eksempel baking og turgåing. Men når tidspunktet for gjennomføring var der trakk beboer seg, eller studenten i samarbeid med ansatt vurderte dagsformen til beboer for dårlig for aktuelle aktivitet. Derimot ble følgende fritidsaktiviteter faktisk prøvd ut og gjennomført: lytting til lydbok, kafébesøk, bibliotekbesøk, konsert, turgåing og filmkveld ved to av sykehjemsavdelingene. Den ene av beboerne som faktisk ønsket å se film var ikke var tilstede under aktiviteten, da hun selv vurderte egen helse for dårlig. Studenten refererer følgende fra samtale med denne beboeren etter vist film:

”Hun (deltakerbeboer) spurte om det var mange som var på stuen og så på film. Når jeg sa det var mange, gav hun uttrykk for at hun var fornøyd. Så etter min vurdering, så er hun nok litt opptatt av at andre har det sosialt og trives.”

4.5. Beboernes tilfredshet med gjennomførte fritidsaktiviteter

De fem beboerne som deltok i ønskede fritidsaktiviteter uttrykte stor tilfredshet med henholdsvis spasertur i sykehjemmets parkområde, konsertopplevelse, filmkveld i avdelingen, kafe- og bibliotekbesøk. Sistnevnte medførte at en beboer senere ble observert lyttende til lånte lydbøker fra biblioteket.

En annen beboer som hadde sagt seg interessert i å høre på lydbok, hadde 1 time og 20 minutter sittet og lyttet til boken. I følge studenten som nå kjente denne beboeren, var det påfallende lang sammenhengende tid i ro for henne. I løpet av denne tiden gråt ikke beboer (noe som skjedde tidvis hyppig), derimot ble smilet observert. Det var beboer selv som slo av CD-spiller. Hun sa hun måtte bevege seg. Studenten foreslo tre ganger på senere tidspunkt å

fortsette lydboken. Beboer avslo tilbudet alle gangene. På spørsmålet om beboer husket innholdet i boken, svarte hun nei.

Beboeren som hadde gått tur med student i sykehjemmets parkområde fire dager per uke over en tre ukers periode, var det vanskelig å vurdere hvorvidt hadde opplevde trivsel under aktiviteten, fordi beboer alltid var høflig og svarte positivt på henvendelser. Men da beboer dro luften godt ned i lungene, sukket, kommenterte at det gjorde godt å være ute i frisk luft og ofte sa: ”Han kommer fra nord i dag, ja” (om vinden), tolket studenten det som et tegn på trivsel.

4.6. Studentenes vurdering av kartleggingsinstrumentet

Ved prosjektperiodens slutt forelå det fra alle 8 studentene evalueringsdata om kartleggingsinstrumentet og gjennomføring av fritidsaktiviteter; både i forhold til den skriftlige instruksjonen om bruken av skjemaet, spørsmålenes relevans og skjemaets lay-out. Dataene ble samlet inn ved et strukturert spørreskjema med fireleddet svaralternativ, en såkalt Likert skala, og med mulighet for kommentarer (Grønmo 1996).

Studentene ble også spurt om de anså seg som godt forberedt til å gjennomføre kartleggingen. På dette uttrykte studentene at de hadde nok kunnskap om aktuelle diagnoser, og de fleste at de hadde nok om aktiviteter for eldre. Observatørrollen var også de fleste fortrolig med. Derimot var de mindre forberedt på å føre samtaler med personer med demenssykdommer.

De fleste studentene anså instruksjonen om bruken av skjemaet ”kartlegging av ønskede fritidsaktiviteter hos beboere i sykehjem” (vedlegg 1) som nyttig. Synet på spørsmålenes relevans var delt, i det halvparten av studentene anså spørsmålene som irrelevante. Under kommentarer skrev de bl.a. at ”deres” beboer ikke klarte å delta i intervjuet til tross for at temaene i kartleggingsinstrumentet var relevante som samtaleemner. Det var særlig spørsmålene som krevde et fortellende svar som ble for vanskelig. En student savnet spørsmål angående tidligere interesser. Forslag til forbedringer fra studentene var å ha flere konkrete spørsmål.

Skjemaet for observatør under kartleggingsintervjuet (vedlegg 2) ble erfart av studentene som en god støtte i forhold til hva observatør skulle ha fokus på. Observatørkriteriene var ”to the point” ifølge en student. En innvending her var at skjemaet kunne bli litt forvirrende, fordi det var meget detaljert. Det kunne også være lett å skrive svarene til beboer i stedet for å følge observasjonskriteriene.

I skjemaet ”beboers evaluering av gjennomført fritidsaktivitet” (vedlegg 4) ble spørsmålene vurdert til å være relevante av de studentene som benyttet skjemaet. Tre av studentene benyttet ikke skjemaet, fordi fritidsaktivitet ikke ble gjennomført eller evaluering ble for vanskelig for beboer. Også her ble det kommentert at spørsmålene måtte være korte og konkrete. Ingen av studentene hadde forslag til forbedringer.

Siste skjema var for observatør under gjennomføring og evaluering av fritidsaktivitet (vedlegg 3). Studentene mente at skjemaet var en god veileder for hvordan en skulle gå frem, og det var bra tilpasset intervju-skjemaet (vedlegg 4). Studentene hadde ingen forslag til forbedring vedrørende innhold eller lay-out.

Planleggingen av fritidsaktivitetene gikk bra for alle studentene, men to av dem klarte ikke å gjennomføre aktiviteten. Den ene oppgir at det tok så lang tid å bli kjent med beboer at det ble liten- eller ingen tid til fritidsaktiviteter, mens den andre studenten ikke oppgir noen årsak. For uten tidsmangel, var sykdom, funksjonsvansker, kognitiv svikt, beboers skifte av mening eller glemt ”avtale” årsaker som medførte vanskeligheter med å gjennomføre ønskede fritidsaktiviteter. En student opplevde ingen hindringer i forhold til gjennomføring av prosjektets ulike ledd.

5. Diskusjon

Hovedmålet for prosjektet var å utvikle et instrument for å kartlegge sykehjemsbeboeres ønsker for fritiden i sykehjemmet.

Flere av studentene uttrykte at kartleggingsinstrumentet var utfordrende i bruk, og at kartleggingssamtalene ikke gikk som forventet. (jfr. kapittel 5.2). Årsakene til dette kan være flere. En kan ligge i selve samtalesituasjonen som innebar en samtale med to studenter, som er forholdsvis nye personer for sykehjemsbeboerne og kan ha bevirket at de følte seg utrygge. Tilsvarende kan sies om studentene, da funn påpeker at flere av dem opplevde seg mindre forberedt på å føre samtale med personer med demenssykdommer. Derfor ble alle prosjektdeltakerne invitert til et seminar på høgskolen tredje dag av praksisperioden. Faglig tema for dagen var: ”Fakta og utfordringer knyttet til kommunikasjon og aktivitet for beboere i sykehjem”. Diagnosen demens og kommunikasjon med mennesker som har demens ble fokusert spesielt.

De fleste studentene benyttet kartleggingsskjema og noterte underveis i samtalen. Målsettingen var at studentene skulle få kartleggingssamtalen til å bli tilnærmet lik en

dagligdags samtale. Andre års vernepleierstudenter har i prinsippet lite eller ingen erfaring med å lede denne type samtaler, noe som kan ha medført at de bl.a. ikke har klart å stille oppfølgingsspørsmål. Instrumentet inneholdt ett par kontrollspørsmål for å teste reliabilitet og konsistens i svarene. Disse spørsmålene ble imidlertid utelatt av flere studenter, fordi de mente at spørsmålene var stilt tidligere i samtalen. De viste med dette ingen forståelse for hensikten med disse spørsmålene. Studentenes manglende kunnskap og erfaring med intervju som kartleggingsmetode synes med det å ha påvirket resultatene. Til deres forsvar skal det sies at de deltok ikke i prosessen med å utvikle instrumentet. De fikk kun en innføring i tankegangen som lå til grunn.

På den annen side tolket studentene under en av kartleggingssamtalene deltakers atferd som uttrykk for mistriivsel, og samtalen ble straks avbrutt. De fleste beboerdeltakerne uttrykte imidlertid at det opplevdes som hyggelig at noen hadde tid til å snakke med – og høre på dem. Så selve samtalsituasjonen var en positiv opplevelse. Denne erfaringen er i tråd med en rapport utgitt av Statens helsetilsyn (2003:66) hvor informanter uttrykker at beboerne ønsker mer tid med pårørende eller ansatte alene på rommet.

Å velge ut spørsmål for å dekke et tema ut i fra det univers av spørsmål som kan stilles, er utfordrende. I tillegg kommer avgjørelser i forbindelse med begrepsbruk, antall spørsmål og hvor åpne spørsmålene skal være. Som bakgrunnsstoff for prosjektet ble også erfaringer som viser at personer med fremskreden demens kan ta imot enkle instruksjoner vedrørende bevegelser (jfr. Eggen et al 2003). Alt dette ble diskutert i planleggingsfasen og under utarbeidelsen av kartleggingsinstrumentet, ut fra forventede deltakers situasjon og fysisk og psykisk helse. Likevel framstod kartleggingsinstrumentet som lite egnet for flere av beboerdeltakerne. Mange av spørsmålene ble for vanskelige. Blant annet spørsmålet hvor deltaker blir bedt om å fortelle hva som skjer i avdelingen en vanlig dag. Spørsmålet var tenkt som en åpen start på intervjuet, men alle spørsmålene burde vært korte og presise, tatt i betraktning det faktiske utvalget av beboere som deltok i prosjektet. Kanskje burde samtalen startet med de gamles interesser fra før flytting til sykehjemmet, selv om dette ble faglig frarådet.

Ett studentpar utarbeidet et eget kartleggingsinstrument, andre benyttet kun enkelte av spørsmålene, og noen av dem avbrøt kartleggingssamtalen av ulike årsaker. En student omformet kartleggingssamtalen til småprat. Kun en student benyttet alle spørsmålene og fikk adekvate svar. Studentene utførte forandringene uten å konferere med deltakende lærere. Dermed ble ikke deltakerbeboerne stilt de samme spørsmålene, og grunnlaget for å evaluere kartleggingsinstrumentet ble svekket. Nå skulle det også vise seg at ingen av studentene

foretok en ny kartlegging etter at første aktivitet var gjennomført og evaluert. Derfor ble bare første utkast av instrumentet utprøvd, og lærerne fikk aldri sjanse til å korrigere instrumentet.

De oppsatte deltakerkriteriene for sykehjemsbeboerne var at de skulle kunne delta i en samtale, bo ved en langtids pleieavdeling og gjerne ha uttrykt ønske om en mer aktiv hverdag. Disse kriteriene var enten for uklare eller ikke godt nok formidlet til aktuelle sykehjem og boenheter under informasjonsmøtene. Dette resulterte i at flere av de deltakende beboerne falt utenfor de oppsatte kriteriene, først og fremst ved at de hadde en for langt framskreden demenssykdom. Som tidligere omtalt, er dagens beboere i sykehjem multisyke. Selv om hovedårsaken til innleggelse ved langtidsavdelinger er et stort hjelpebehov for pleie- og omsorgstjenester, har de fleste en demenssykdom av ulik grad (Statens helsetilsyn 2003).

Under evalueringen uttrykte flere av studentene at ”deres” beboer var for dårlig til å delta i et intervju, fordi de ikke klarte å svare adekvat på konkrete spørsmål eller uttrykke ønsker. For dem hjalp det ikke om spørsmålene ble forsøkt formulert i et enkelt språk. Det skal også være sagt; to av studentene kom på en korttidsavdeling som medførte at beboeren de intervjuet flyttet før de fikk fulgt opp med noen aktivitet. Dette viser i ettertid at utvelgelsesprosessen burde vært styrt i større grad. Prosjektansvarlige burde hatt en reell innflytelse på hvem av beboerne som ble spurt om å delta i prosjektet.

Halvparten av beboerdeltakerne hadde større kognitive svikt enn hva som var forventet for kartleggingsinstrumentet, og dette tyder på å være en hovedårsak til at kartleggingsinstrumentet ble erfart som lite egnet. I forhold til noen av de utvalgte beboerne, som også var de kognitivt best fungerende, klarte studentene å gjennomføre kartleggingen og få konkrete svar på ønsker om fritidsaktiviteter.

Prosjektet utviklet seg til å dreie vekk fra hovedmålet om å utvikle et kartleggingsinstrument, til å handle om planlegging og gjennomføring av fritidsaktiviteter. I praksis kom da selve aktiviteten mye mer i fokus enn hva som var intensjonen. Det gjaldt både blant studentene og studentansvarlige. Ingen data gir svar på hvorfor dette skjedde, men en mulig forklaring kan være at prosjektittelen ”Aktiv fritid i sykehjem” har medvirket til denne målforskyvningen. Det er en kjensgjerning at personalet i sykehjem uttrykker at beboerne får for lite tjenester i forhold til sosial kontakt og aktiviteter, og at lav bemanning medfører at pleie- og andre omsorgstjenester blir prioritert (Helsetilsynet 2003). Da med to vernepleierstudenter i boenheten økes bemanningen med mange prosent, og personalets behov for gjennomføring av aktiviteter for enkelte beboere kan fort bli mer sentralt enn hvordan få fram hvilke ønsker beboerne har i denne sammenheng.

Noen sykehjemsbeboere kom med fritidsønsker og fikk disse gjennomført. Andre hadde vanskeligheter med å uttrykke seg, så ønskene kom etter ledende spørsmål og forslag til aktiviteter fra studentene. Felles for beboerne var at de uttrykte glede og tilfredshet ved opplevelsene. For andre deltakerbeboere ble ikke ønskede fritidsaktiviteter gjennomført av blant annet grunner som for dårlig dagsform eller de ombestemte seg.

Da det kan konkluderes med at det var vanskelig å få fram individuelle og konstante ønsker hos alle deltakerbeboerne, samt få gjennomført alle planlagte fritidsaktiviteter, kan det forstås på ulike måter. For det første er eldre mennesker beskjedne i forhold til å uttrykke egne ønsker (Bondevik 2001; Bergland 2006; Strand 2007). Videre har sykehjemsbeboere høy alder og sterkt redusert funksjonsevne, og de er multisyke (Statistisk sentralbyrå 2007; Statens helsetilsyn 2003). Det kan medføre at de ikke har krefter til å delta i aktiviteter, eller de ønsker og er i behov av en rolig hverdag. I følge tilbaketrekningsteorien (Cumming & Henry 1961) er tilbaketrekning fra samfunnet, fra sosiale roller og nettverk et biologisk trekk ved mennesket når det kommer i alderdommen. Endelig kan aktivitet betraktes som gunstig i alderdommen, med den konsekvens at eldre oppmuntres til aktivitet (Havighurst, Neugarten & Tobin 1968). Spørsmålet er om aktivitetstilbudet tilbys eldre som en homogen gruppe, uten forskjeller i vaner og ønsker. Kan målet om høyere grad av aktivitet hos eldre i sykehjem mer være et uttrykk for yngre menneskers overføringer av egne behov?

6. Veien videre

Ble beboernes reelle ønsker i forhold til fritidsaktiviteter kartlagt? For ca. 50% er svaret positivt. For de øvrige var de kognitive funksjonene for svekket til å lykkes i forhold til bruk og utnytte av valgte kartleggingsmetode. En erfaring dette har gitt, er at det handler om å være på tilbudssiden fra personalets side; tenke mer fritidsaktiviteter i hverdagen for beboerne i institusjonen. Lav bemanningsfaktor oppgis ofte som årsak til manglende aktiviteter. Dette er en reell situasjon som medfører at en må vurdere om det er andre tjenester eller gjøremål som kan reduseres eller effektiviseres.

Enkelte beboerdeltakere hadde langt framskreden demenssykdom som medførte at en samtale med konkrete spørsmål om ønskede fritidsaktiviteter vanskelig lot seg gjennomføre. De glemte aktuelle ønsker om aktiviteter og klarte ikke å uttrykke ønsker selv om de forsto spørsmålene. For disse beboerne må en benytte andre kartleggingsmetoder. En metode er å benytte ulikt støttemateriale som ord, lyd/musikk, bilder og gjenstander, fordi en gjennom alle

sanser kan skape assosiasjoner og vekke minner (Hotvedt 2007). Stimulering av de fem sansene syn, hørsel, lukt, smak og taktil kan aktivere kognisjon og hukommelsesprosessene (Nygaard 2007). Videre skriver han at det mest engasjerende er å diskutere hendelser som har skjedd i barndom og ungdom, og som de hadde en personlig tilknytning til. Temaene må være knyttet til ulike aktiviteter som de likte i tidligere faser av livet. Det kan medføre vansker å få beboeren til å skifte fokus fra minner fra fortid til ønsker for nåtid (Ibid). Denne utfordringen må man være bevisst og ta med inn i planlegging og gjennomføring av samtaler med beboerne. En kan også benytte illustrasjoner av dags-, årstid- eller andre aktuelle forhold. Ved å registrere interesse for materialet og samtaleemnene vil en kunne tilby aktiviteter for den enkelte eller en liten gruppe.

7. Avslutning

Helsetilsynet (2003) har påvist at over 60% av beboerne i institusjoner innen eldreomsorgen mottar et utilstrekkelig tilbud om aktiviteter og sosiale kontakter. De henviser til Lov om sosiale tjenester som pålegger kommunene å legge til rette for tiltak som har stor betydning for den enkeltes subjektive livskvalitet. Gjennom St.meld. 25 (2005-2006) gir politikerne fortsatt føringer som vektlegger kultur og aktiviteter som sentrale elementer for å gi et helhetlig omsorgstilbud.

De fleste undersøkelser om dette temaet bygger på data fra de ansatte eller pårørende. Spørsmålet blir om det er politikere og pårørende som vil at de eldre skal være aktører i eget liv (Søndergaard 2004) mens beboerne ønsker å trekke seg tilbake til en rolig hverdag.

Uavhengig av hvilken aldringsteori en legger til grunn for tjenestene, må politiske styringssignaler etterkommes. Personalet kan risikere å befinne seg i spenningsfeltet mellom politikere, pårørende og beboere. De største utfordringene for personalet ligger i å få tak i den enkelte beboers reelle ønsker og imøtekomme disse.

Referanser

- Bergland, Å. 2006. *Trivsel i sykehjem. En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo
- Bondevik, M. 2001. De eldste gamle – hvordan har de det? I: Fossan, G. & K. Raaheim (red.): *Eldreårenes psykologi*. Bergen: Fagbokforlaget
- Cumming, E. & W. Henry 1961. *Growing old*. New York: Basic Books
- Daatland, S. O. 2005. Hvor gammel vil du være? Om aldersidentiteter og subjektiv alder. *Aldring og Livsløp*. 2: 2-7
- Daatland, S. O. & P. E. Solem 2000. *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Oslo: Fagbokforlaget
- Eggen, M., K. Hagen, R. Jacobsen & L-B. Knudsen 2003. *Å huske og å minnes – to sider av samme sak. Erfaringer fra reminisens og minnegrupper ved undervisningssykehjemmene i Tromsø og Oslo*. Undervisningssykehjem. Rapport nr. 2/03. Nasjonalt formidlingssenter i geriatri
- Førland, O., M. Haukom & I. Kristoffersen 2005. *Trivsel eller mistrivsel som sykepleier? Hva er sykepleiere mest og minst fornøyd med i jobbene sine?* Bergen: Diakonissehjemmets Høgskole
- Garsjø, O. 2003. *Institusjon som hjem og arbeidsplass: et bidrag til institusjonsfaglig kompetanse*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Grønmo, S. 1996. Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnærminger i samfunnsforskningen. I: Holter, H. & R. Kalleberg (red.): *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Hauge, S. 2004. *Jo mer vi er sammen, jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheimen som heim*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Institutt for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo
- Havighurst, R. J., B. L. Neugarten & S. S. Tobin 1968. Disengagement and patterns of aging. I: Neugarten, B. L. (red.): *Middle age and aging: A readers in social psychology*. Chicago: University of Chicago Press
- Helbostad, J. L., K. Taraldsen & I. Saltvedt u.å. *Aktivitetshåndboken – verktøyet for deg som Fremmer Fysisk aktivitet i Forebygging og behandling* Oslo: Helsedirektoratet
- Hestetun, M. 2000. *Sykepleiefaglige utfordringer i sykehjemstjenesten. Hvordan vurderer sykepleierne utfordringer knyttet til utøvelse av sykepleie til pasienter i sykehjem?* Oslo: Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo

Hofseth, C. & R. Norvoll 2003. *Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer. En studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien*. Oslo: Sintef Unimed Helsetjenesteforskning

Holme, I.M. & B. K. Solvang 1996. *Metodevalg og metodebruk*. Oslo: Tano Aschehoug

Hotvedt, K. 2007 *Minner for livet. Erindringsarbeid i demensomsorgen*. Oslo: Kirkens Bymisjon

Jacobsen, D. I. 2003. *Forståelse, beskrivelse og forklaring Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

Jørgensen, E. 1997. *I de siste vintrene – en feltstudie av gamle på institusjon*. Hovedfagsoppgave. Trondheim: Institutt for sosialt arbeid, Universitetet i Trondheim

Kvale, S. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: ad Notam Gyldendal

Kvale, S. & S. Brinkmann. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kvalitetsforskriften 2003. *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* FOR-2003-06-27 nr. 792. Sosial- og helsedepartementet

Larsen, K. R. 2006. *Fritid. Rammer og begreper i forhold til fritidsarenaen*. Enebakk: Frambu senter for sjeldne funksjonshemninger

Myaskja, A. 2005. *Metodebok. Systematisk bruk av sang og musikk for ansatte i eldreomsorgen*. Oslo: Kirkens bymisjon

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005 – 2015). ... *og bedre skal det bli!* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet

Oliver, J. Huxley, P. Bridges, K & Mohamad, H. 1996 *Quality of life and mental health services*, London: Routledge. Oversatt og tilpasset til norsk ved L. H. Stubrud 2003

Romøren, T. I. 2005. Kvalitet i sykehjem – sett fra tre kanter. *Tidsskrift for Velferdsforskning*. 8(4): 226-233

Säfvenbom, R. 2005. Fritid og menneskelig utvikling. I: Säfvenbom, R. (red.): *Fritid og aktiviteter i moderne oppvekst*. Oslo: Universitetsforlaget

Slagsvold, B. & N. P. Strand 2005. Morgendagens eldre – blir de mer kravstore og mindre beskjedne? I: Slagsvold, B. & P. E. Solem (red.): *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. Rapport 11. Oslo: NOVA

Slåtta, K. 2005. *Veileder. Bruk av individuelle opplærings- og deltagelsesplaner (IODP) for elever med multifunksjonshemming*. Oslo: Statped skriftserie nr. 24

Statens helsetilsyn 2003. *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 10. Oslo: Statens helsetilsyn

Statistisk sentralbyrå 2007. *Tabell 3. Bebuarar i institusjonar for eldre og funksjonshemma, etter alder. 1992 – 2006*. <http://www.ssb.no/emner/03/02/pleie/tab-2007-06-28-03.html> [Lesedato 26.07.2010].

St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening – Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Strand, N. P. 2007. *Verdier på vandring. Aldersforskjeller i verdisyn blant middelaldrende og eldre*. Rapport 15. Oslo: NOVA

Søndergaard, M 2004 *Demens og aktiviteter i et livshistorisk perspektiv* Systime Academic

Thorsen, K. 1998. The paradoxes of gerotranscendence: The theory of gerotranscendence in a cultural gerontological and post-modernist perspective. *Norwegian Journal of Epidemiology*. 8(2): 165-176

Tuntland, H. 2006. *En innføring i ADL. Teori og intervensjon*. Kristiansand: Høyskoleforlaget

West, M., E. Bondy & S. Hutchinson 1991. Interviewing institutionalized elders: threats to validity. *Image the Nursing Scholarship* 23: 171-176

VEDLEGG

KARTLEGGING AV ØNSKEDE FRITIDSAKTIVITETER HOS BEBOERE I SYKEHJEM

Innledning

Dette kartleggingskjemaet er utarbeidet med den hensikt å få kjennskap til fritidsaktiviteter beboere i sykehjem ønsker å gjøre i hverdagen. Delvis strukturert intervju er valgt som metode, men det bør få form av en samtale. Det er viktig å få gjennomført samtalen i en god atmosfære slik at beboeren deler sine synspunkter og ønsker om fritidsaktiviteter med oss.

Instruksjon

1. Avtal tidspunkt og sted for samtale med beboeren. Informer om hvem som skal være til stede under samtalen.
2. Tilrettelegg for en avslappet og vennlig atmosfære (belysning, sittekomfort, kaffe/te, behagelig tonefall etc.). Samtalen bør foregå på et uforstyrret sted slik at beboeren føler seg fri til å snakke og komme med sine fritidsønsker uten avbrytelser.
3. Informer om hensikten med samtalen og at beboeren kan trekke seg fra samtalen når han/hun måtte ønske det.
4. Avbryt samtalen om beboeren gir uttrykk for å ønske en pause eller ønsker å avslutte. Etterspør om samtalen kan tas opp igjen dersom situasjonen tillater det.
5. Vurder kvaliteten på samtalen i to-spenn umiddelbart etter gjennomført intervju, mens dere ennå har hendelsen friskt i minnet (Se aktuelle kvalitetskriterier for et intervju under).

Navn på intervjuer(e):			
Dato:			
Sykehjem:		Avdeling:	
Beboer: XX	Kjønn:	Alder:	Etnisk bakgrunn:

1. - Fortell oss hva som skjer på en vanlig dag her?	
2. - Opplever du at du er med på å bestemme hva som skjer i løpet av dagen? - Bestemmer du for eksempel når du skal stå opp/legge deg/spise?	
<u>Ja</u> - Hva mer bestemmer du over?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?
3. - Hva ønsker du å bestemme over?	
4. - Har du nok privatliv her (tid for deg selv, med familie/venner, avvik fra rutiner)?	
<u>Ja</u> - Hva betyr å ha <u>nok</u> privatliv for deg?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?
5. - Er du fornøyd med det som skjer i løpet av en dag?	
<u>Ja</u> - Hva er grunnen til det?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?
6. - Blir dagen slik du ønsker deg den?	
7. - Blir du sett og hørt? Får du den oppmerksomheten du ønsker deg?	
8. - Kan du kjede deg her?	
<u>Ja</u> - Hva kjeder deg eventuelt?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen til det være?
9. - Er du med på noe du ikke liker å gjøre?	
<u>Ja</u> - Hva kan grunnen værer til det?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?
10. - Kan du nevne aktiviteter du ikke liker å gjøre?	

11. - Hvilke aktiviteter vil du helst fylle dagen med (om du kunne gjøre akkurat som du selv vil)?
Forslag på aktiviteter om hun/han ikke kommer på noe selv (Bruk her evt. bilde-materiell som kan assosiere aktiviteter beboer tidligere har vært engasjert i).

- Sports-/idrettsarrangement
- Kulturarrangement (museum/galleri, konserter, kino, bingo etc.)
- Gudstjenester, andakter etc.
- Handleturer
- Kafébesøk
- Besøk hos familie/venner
- Tur med buss, bil, tog etc.
- Trim, dans, spaserturer etc.
- Sang, musikk, TV, radio, CD etc.
- Lesning av div. litteratur
- Spill (dataspill, puslespill, kortspill/kabal etc.)

- Håndarbeide (maling, brodering, strikking, hekling etc.)
- Matlaging og baking
- Hagearbeid (planting, høsting av bær og frukt, stell av blomster etc.)
- Annet husarbeid (maling, vedlikehold av møbler etc.)
- Sitte rolig og betrakte verden

12. - Trives du her, og i tilfelle hvorfor?

- Tusen takk for at du stilte opp til denne samtalen med oss! Det har vært en meget hyggelig samtale, som i stor grad har dreid seg om å kartlegge aktiviteter du ønsker å gjøre. Å få en oversikt over aktiviteter du ønsker å gjøre var også hensikten med samtalen vår.

Ett siste spørsmål til deg i denne sammenheng blir da:

Om du skal velge EN av de nevnte aktivitetene, hvilken aktivitet ønsker du å gjennomføre? (Her kan eventuelt intervjuer ramse opp aktuelle aktiviteter beboer har nevnt)

- Du har nå valgt som en ønsket aktivitet. Vi skal da gjøre alt vi kan for at ønsket ditt blir oppfylt. I samarbeid med deg skal vi i nær framtid planlegge aktiviteten og gjennomføre den. Her og nå avslutter vi denne samtalen, og igjen takker vi for ditt engasjement!

Om beboer der og da ikke evner å ta valget, avslutt samtalen med for eksempel følgende kommentar:

- Det er forståelig at du trenger noe tid på å velge. Men vi er jo her, så vi kommer tilbake til deg med dette spørsmålet. Når du har valgt, skal vi gjøre alt vi kan for at den aktiviteten du ønsker deg blir gjennomført.

Igjen - tusen takk for ditt engasjement!

Aktuelle kvalitetskriterier for et intervju

1. I hvilken grad fikk dere spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjupersonen?
2. Jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre intervjupersonens svar er, desto bedre.

3. I hvilken grad følges spørsmålene opp fra intervjuerens side, og hvordan klargjøres betydningen av de relevante delene av svaret?
4. Idealintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår.
5. Intervjueren forsøker i løpet av intervjuet å verifisere sine fortolkninger av intervjupersonens svar.
6. Intervjuet er "selvkommuniserende" - det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer (Kvale & Brinkmann 2009)

Kilde: Kvale, S. & S. Brinkmann 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.

Logg nr:

Observerende students initialer:

**OBSERVASJON UNDER KARTLEGGING AV ØNSKEDE FRITIDSAKTIVITETER HOS
BEBOERE I SYKEHJEM**

Navn på intervjuer(e):			
Dato:	Klokkeslett:	Varighet:	
Sykehjem:		Avdeling:	
Beboer: XX	Kjønn:	Alder:	Etnisk bakgrunn:

<p>Aktuelle observasjonspunkter</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan forløper samtalen: <ul style="list-style-type: none"> ○ mange pauser? mange tilleggsspørsmål? ubesvarte spørsmål? ○ mye ros? unnskyldninger? • Har beboer og student/intervjuer øyekontakt under samtalen? • Blir beboer gitt nok tid til å delta i samtalen - tid til å svare på spørsmålene? • Blir samtalen styrende fra students side? • Hvilke non-verbale uttrykk observeres? <p>Bruk gjerne sitater som illustrerer. Observer og dokumenter for hvert spørsmål.</p>
--

Det er viktig å få med så mange detaljer som mulig under kartleggings-samtalen. Vurder også kvaliteten på samtalen i to-spenn umiddelbart etter gjennomføringen, da dere ennå har hendelsen friskt i minnet (Se også aktuelle kvalitetskriterier for et intervju helt til sist i dette dokumentet).

Ad. spm. 1. - Fortell oss hva som skjer på en vanlig dag her?	
Ad. spm. 2. - Opplever du at du er med på å bestemme hva som skjer i løpet av dagen? - Bestemmer du for eksempel når du skal stå opp/legge deg/spise?	
<u>Ja</u> - Hva mer bestemmer du over?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?
Ad. spm. 3. - Hva ønsker du å bestemme over?	
Ad. spm. 4. - Har du nok privatliv her (tid for deg selv, med familie/venner, avvik fra rutiner)?	
<u>Ja</u> - Hva betyr å ha <u>nok</u> privatliv for deg?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?
Ad. spm. 5. - Er du fornøyd med det som skjer i løpet av en dag?	
<u>Ja</u> - Hva er grunnen til det?	<u>Nei</u> - Hva kan grunnen være?

Ad. spm. 6. - Blir dagen slik du **ønsker** deg den?

Ad. spm. 7. - Blir du sett og hørt? Får du den oppmerksomheten du **ønsker** deg?

Ad. spm. 8. - Kan du kjede deg her?

Ja - Hva kjeder deg eventuelt?

Nei - Hva kan grunnen til det være?

Ad. spm. 9. - Er du med på noe du ikke liker å gjøre?

Ja - Hva kan grunnen værere til det?

Nei - Hva kan grunnen være?

Ad. spm. 10. - Kan du nevne aktiviteter du ikke liker å gjøre?

Ad. spm. 11. - Hvilke aktiviteter vil du helst fylle dagen med (om du kunne gjøre akkurat som du selv vil)?

Forslag på aktiviteter om hun/han ikke kommer på noe selv (Bruk her evt. bilde-materiell som kan assosiere aktiviteter beboer tidligere har vært engasjert i).

- Sports-/idrettsarrangement
- Kulturarrangement (museum/galleri, konserter, kino, bingo etc.)
- Gudstjenester, andakter etc.
- Handleturer
- Kafébesøk
- Besøk hos familie/venner
- Tur med buss, bil, tog etc.
- Trim, dans, spaserturer etc.
- Sang, musikk, TV, radio, CD etc.
- Lesning av div. litteratur
- Spill (dataspill, puslespill, kortspill/kabal etc.)
- Håndarbeide (maling, brodering, strikking, hekling etc.)
- Matlaging og baking
- Hagearbeid (planting, høsting av bær og frukt, stell av blomster etc.)
- Annet husarbeid (maling, vedlikehold av møbler etc.)
- Sitte rolig og betrakte verden

Ad. spm. 12. - Trives du her, og i tilfelle hvorfor?

- Tusen takk for at du stilte opp til denne samtalen med oss! Det har vært en meget hyggelig samtale, som i stor grad har dreid seg om å kartlegge aktiviteter du ønsker å gjøre. Å få en oversikt over aktiviteter du ønsker å gjøre var også hensikten med samtalen vår.

Ett siste spørsmål til deg i denne sammenheng blir da:

Om du skal velge EN av de nevnte aktivitetene, hvilken aktivitet ønsker du å gjennomføre? (Her kan eventuelt intervjuer ramse opp aktuelle aktiviteter beboer har nevnt)

- Du har nå valgt som en ønsket aktivitet. Vi skal da gjøre alt vi kan for at ønsket ditt blir oppfylt. I samarbeid med deg skal vi i nær framtid planlegge aktiviteten og gjennomføre den. Her og nå avslutter vi denne samtalen, og igjen takker vi for ditt engasjement!

Om beboer der og da ikke evner å ta valget, avslutt samtalen med for eksempel følgende kommentar:

- Det er forståelig at du trenger noe tid på å velge. Men vi er jo her, så vi kommer tilbake til deg med dette spørsmålet. Når du har valgt, skal vi gjøre alt vi kan for at den aktiviteten du ønsker deg blir gjennomført.

Igjen - tusen takk for ditt engasjement!

Aktuelle kvalitetskriterier for et intervju

7. I hvilken grad fikk dere spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjupersonen?
8. Jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre intervjupersonens svar er, desto bedre.
9. I hvilken grad følges spørsmålene opp fra intervjuerens side, og hvordan klargjøres betydningen av de relevante delene av svaret?
10. Idealintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår.
11. Intervjueren forsøker i løpet av intervjuet å verifisere sine fortolkninger av intervjupersonens svar.
12. Intervjuet er "selvkommuniserende" - det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer (Kvale & Brinkmann 2009)

Kilde: Kvale, S. & S. Brinkmann 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.

Logg nr:

Observerende students initialer:

OBSERVASJON UNDER GJENNOMFØRING OG EVALUERING AV FRITIDSAKTIVITET

Navn på intervjuer(e):			
Sykehjem:		Avdeling:	
Beboer: XX	Kjønn:	Alder:	Etnisk bakgrunn:

Dato:	Klokkeslett:
Varighet:	Sted:
Betegnelse på aktiviteten:	
Materiell som ble benyttet:	

Det er viktig å få med så mange detaljer som mulig i løpet av aktiviteten og under evaluering av gjennomført fritidsaktivitet.

Vurder også her kvaliteten på samtalen i to-spenn umiddelbart etter gjennomført evalueringsintervju, da dere ennå har hendelsen friskt i minnet (Se aktuelle kvalitetskriterier for et intervju under).

<p><i>Under aktiviteten – fokus på både beboer og student</i></p> <p>Stikkord for observasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem tar initiativ verbalt eller gjennom fysiske bevegelser? • Hva blir sagt og gjort for igangsetting av aktiviteten? • Hvilke reaksjoner oppstår om den andre ikke blir med? • Hva dominerer den verbale kommunikasjonen mellom beboer og student? • Hvordan bruker studenten språket: <ul style="list-style-type: none"> ○ stiller spørsmål? - instruerer? - roser? - småprater? • Har de øyekontakt? • Hva signaliserer kroppsspråket til beboeren som uttrykk for trivsel eller mistriivsel?
<p><i>Under evaluering av gjennomført aktivitet – fokus på både beboer og student</i></p> <p>Stikkord for observasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan forløper samtalen: <ul style="list-style-type: none"> ○ mye ros? – instruksjoner? – spørsmål? • Blir beboer gitt nok tid til å delta i samtalen – tid til å svare på spørsmålene? • Blir samtalen styrende fra student i forhold til hva som har skjedd? • Styrer studenten beboerens ønske for neste gang? <p>Ta gjerne med sitater.</p>
Vedr. spørsmål 1. - <i>Er du fornøyd med denne aktiviteten?</i>
Vedr. spørsmål 2. - <i>Ble det sånn som du hadde tenkt deg?</i>
Vedr. spørsmål 3. - <i>Kjedet du deg?</i>
<i>Hva ble gjort dersom vanskeligheter med å få vite beboers ønske for neste gang?</i>
Andre kommentarer:

Samlet hovedinntrykk av beboers trivsel under hele situasjonen

(kryss av det tallet du synes best beskriver de tegn på trivsel som du observerte)

Ulike uttrykk for trivsel²:

1. - POSITIV VERBAL RESPONS

Beboer sier rosende ord, uttrykker takknemlighet, gir verbal omsorg

2. – POSITIV FYSISK RESPONS

Beboer gir en klem, stryker på kinnet etc.

3. – POSITIV INITIATIV TIL KONTAKT

Øyekontakt, deltakelse i samtale, rekker hånden fram, kommer en positivt i møte

4. – UTTRYKK FOR GLEDE

Latter, smil

1. - 2. - 3. - 4.

Evt. kommentarer:

Aktuelle kvalitetskriterier for et intervju

13. I hvilken grad fikk dere spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjudpersonen?
14. Jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre intervjudpersonens svar er, desto bedre.
15. I hvilken grad følges spørsmålene opp fra intervjuerens side, og hvordan klargjøres betydningen av de relevante delene av svaret?
16. Idealintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår.
17. Intervjueren forsøker i løpet av intervjuet å verifisere sine fortolkninger av intervjudpersonens svar.
18. Intervjuet er ”selvkommunerende” – det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer (Kvale & Brinkmann 2009)

Kilde: Kvale, S. & S. Brinkmann 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.

² Uttrykkene er hentet fra A.M.M.Rokstad (:166) *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. En revidert utgave av B. Horn og L. Stendal (1995) Olaviken Behandlingssenter

BEBOERS EVALUERING AV GJENNOMFØRT FRITIDSAKTIVITET

Navn på intervjuer(e):			
Dato:			
Sykehjem:		Avdeling:	
Beboer: XX	Kjønn:	Alder:	Etnisk bakgrunn:

Betegnelse på aktiviteten:

Innlede til samtale på en naturlig måte

1. – <i>Er du fornøyd med denne aktiviteten?</i>	
<u>Ja</u> – Hva kan grunnen være til det?	<u>Nei</u> – Hva kan grunnen være til det?
2. – <i>Ble det sånn som du hadde tenkt deg?</i>	
<u>Ja</u> – Hva kan det skyldes?	<u>Nei</u> – Hva kan det skyldes?
3. – <i>Kjedet du deg?</i>	
<u>Ja</u> – Hva kan grunnen være til det?	<u>Nei</u> – Hva kan grunnen være til det?
4. – <i>Andre aktuelle spørsmål?</i>	
5. – <i>Hva ønsker du å gjøre neste gang?</i>	

Avslutning på samtalen

Vurder kvaliteten på samtalen i to-spenn umiddelbart etter gjennomført evalueringsintervju, da dere ennå har hendelsen friskt i minnet.

Aktuelle kvalitetskriterier for et intervju

19. I hvilken grad fikk dere spontane, innholdsrike, spesifikke og relevante svar fra intervjupersonen?
20. Jo kortere intervjuerens spørsmål er og jo lengre intervjupersonens svar er, desto bedre.
21. I hvilken grad følges spørsmålene opp fra intervjuerens side, og hvordan klargjøres betydningen av de relevante delene av svaret?
22. Idealintervjuet blir i stor grad tolket mens det pågår.
23. Intervjueren forsøker i løpet av intervjuet å verifisere sine fortolkninger av intervjupersonens svar.
24. Intervjuet er ”selvkommunerende” – det er i seg selv en fortelling som ikke krever særlig ekstra kommentarer og forklaringer (Kvale & Brinkmann 2009)

Kilde: Kvale, S. & S. Brinkmann 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. Oslo: Gyldendal.