

Rikke Hertel Brunsnæs
Studienr: 31203503
Tanja Ann Gunnarsdottir
Studienr: 31205301

Vejleder: Anne Højgaard
Antal anslag: 79.224

Strukturering af hverdagen hos borgere med Alzheimers demens

Examining the impact of structure of everyday life for citizens with Alzheimer's dementia

Innovativt bachelorprojekt - 7. semester

**Sygeplejerskeuddannelsen
UCL Erhvervsakademi og professionshøjskole
Dato for aflevering: 02/01/19**

*Denne opgave – eller dele heraf – må kun offentliggøres med forfatter(ne)s tilladelse jf.
Bekendtgørelse af lov om ophavsret nr. 1144 af 23/10/2014*

Resumé

Forskning viser, at borgere med demens ofte lider af døgnrytmeforstyrrelser og søvnproblemer. Med afsæt i dette undersøger dette innovative bachelorprojekt, hvordan hverdagen struktureres for borgere med Alzheimers demens med fokus på døgnrytme og søvn, samt hvilken værdi det tilfører sygeplejerskens virksomhedsområde, og hvordan dette kan forbedres i praksis.

Med afsæt i en hermeneutisk tilgang undersøges dette via deltagerobservation og uformelle samtaler på et plejecenter. Empirien er med en induktiv tilgang analyseret gennem en indholdsanalyse.

I analysen identificeres tre temaer, som belyser problemstillinger ift. psykiske behov og etiske dilemmaer. Disse diskuteres ud fra Kitwoods demensblomst og Birklers beskrivelser af etik i ældreplejen.

Det konkluderes, at borgernes hverdag struktureres af personalet, hvilket ikke påvirker nattesøvnen, men i stedet afføder uopfyldte psykiske behov og etiske dilemmaer.

Projektet tager afsæt i Lotte Darsøs teori om innovationspædagogik og perspektiverer til implementeringen af DCM til udvikling af praksis.

Abstract

Studies find that citizens with dementia often suffer from circadian rhythms disturbances and sleep deprivation. Based on these findings, this innovative bachelor's project examines; the structure of the everyday life of citizens with Alzheimer's dementia with focus on circadian rhythm and sleep, the value it adds to the nurse's area of activity, and how this can be improved in practice.

This is examined at a care centre through participant observation and informal conversations based on the hermeneutic approach. Following an inductive approach the gained empirical data is analyzed through a content analysis. Our analysis identifies three topics, which exhibits ethical dilemmas and challenges regarding emotional needs. This is discussed based on Kitwood's dementia flower and Birkler's descriptions of ethics in eldercare.

We conclude that the everyday life of the citizens is structured by the caregivers and does not affect nightsleep but leads to unfulfilled emotional needs and ethical dilemmas. This project departs from Lotte Darsø's theory of innovative education and provides a perspective on the implementation of DCM in order to improve practice.

Indholdsfortegnelse

2. Problembaggrund	5
2.1 Innovationsprojekt	5
2.2 Samfundsperspektiv	7
2.3 Sygeplejeperspektiv	8
3. Problemformulering	10
3.1 Begrebsafklaring	10
3.1.1 Borgere med Alzheimers demens	10
3.1.2 Søvn	10
3.1.3 Døgnrytme	10
3.1.4 Værdi	11
4. Metode	11
4.1 Litteratursøgning	11
4.2 Videnskabsteoretisk tilgang	12
4.2.1 Hermeneutik	12
4.2.2 Vores for-forståelse	13
4.2.3 Den hermeneutiske cirkel	13
4.3 Valg af metode til indsamling af empiri	14
4.3.1 Observationsstudie	14
4.3.2 Feltroller	15
4.3.3 Feltnotater	15
4.3.4 Observationsguide	15
4.3.5 Uformelle samtaler	16
4.3.6 Tidsramme	17
4.3.7 Ethiske overvejelser	17
4.4 Type af innovationsprojekt	18
4.4.1 Innovationsdiamanten	18
4.4.2 Innovationsprocessen	20
4.5 Valg af analysemetode	20
4.6 Præsentation af valgt teori	21
5. Analyse	22
5.2 Analyseprocessen	22

5.2.1 Forberedelsesfase	22
5.2.2 Organiseringsfase	22
5.2 Præsentation af analysens fund	23
5.2.1 B1 fund	23
5.2.2 B2 fund	26
6. Diskussion	29
6.1 Diskussion af fund	29
6.2 Vurdering af teori	33
6.3 Vurdering af empiri	34
6.4 Vurdering af metode	35
7. Konklusion	37
8. Perspektivering	38
9. References	41
10. Bilagsliste	46

2. Problembaggrund

2.1 Innovationsprojekt

Dette innovationsprojekt er udbudt af Vendlet. Vendlet er et firma, som har fokus på den sengeliggende borger og patient. Deres mission er at medvirke til bedre processer og løsninger, som skaber værdi for både den sengeliggende, personalet og ledelsen (1). Direktøren for Vendlet og fysioterapeut, Peter Maindal, fortæller at Vendlet, udover at sælge produkter, har stort fokus på vidensdeling og undervisning. Ifølge ham bygger Vendlet på en innovationstænkning, som tager udgangspunkt i optimeringspotentiale. Det handler om nytænkning og forbedring af et allerede eksisterende produkt eller fænomen. Han mener, at vi skal tage "brillerne af" og kigge på vores praksis: "Vi har altid gjort sådan her, men hvorfor har vi egentlig det? Hvilke fordele og ulemper har det? Og hvordan kan vi forbedre?".

Ifølge Lotte Darsø, ph.d og lektor i innovation, er innovationskompetence fremtidens kernekompetence. Hun mener, at de, der kan skabe innovation, også kan skabe en bedre verden (2, p.11). Hun beskriver, at innovation er: "...at se muligheder og at være i stand til at føre disse muligheder ud i livet på en værdiskabende måde" (2, p.13). Peter Maindals innovationstænkning understøttes endvidere af bogen "Kend din kerneopgave - innovation til hverdag": "Forudsætninger for innovation skabes af ledere og medarbejdere i hverdagen. Det handler om at man i hver eneste handling tager sit udgangspunkt i, hvorvidt tingene med fordel kan gøres anderledes" (3, p.13). Peter Maindal mener, at innovationens største fjende er "autopiloten", altså de forskellige kulturer der findes i praksis, som kan hæmme innovation. Darsø udviklede i forbindelse med sin ph.d. modellen "innovationsdiamanten", som beskriver hvilke rammer, der henholdsvis kan fremme og hæmme innovation (2, p. 67). Denne model beskrives senere i vores projekt.

Vendlet har udbudt dette innovationsprojekt og efterspurgt viden om søvn, da de oplever et behov for øget fokus på dette i både primær- og sekundærsektor. Artiklen "Patientens søvn er grundlæggende sygepleje", som er publiceret i Fag og Forskning i 2016, understøtter, at der er et behov for øget fokus på søvn. Sygeplejerske Katrine Løppenthin fremhæver: "Vi har alle fået KRAM-faktorerne ind under huden nu, det er naturligt at fokusere på kost, rygning, alkohol og motion (...) Søvn burde også være et

selvstændigt punkt her". Endvidere fortæller hun: "Ofte blev det ikke til mere end at notere "Søvet ved tilsyn". Overordnet mangler vi måske viden, men mest af alt nok opmærksomhed på området, og patienterne er heller ikke vant til at tale om deres søvn..." (4).

Mennesket har brug for søvn og hvile for at opretholde det fysiske og psykiske velvære. Det er et forhold, som en af sygeplejens vigtige personligheder, Florence Nightingale, allerede var opmærksom på i 1859 (5, p. 347). Søvn opdeles i NREM og REM-søvn. NREM-søvn inddeles i 4 stadier. Stadier 1 og 2 er den lette søvn, som tilsammen varer 30-40 min. Stadier 3 og 4 er den dybe søvn, som i begyndelsen af natten varer 30-40 min men aftager gennem natten både i dybde og varighed. Herefter skifter man kortvarigt til den lette søvn og glider ind i REM søvnen. REM-søvnen, også kaldet drømmesøvnen, varer ca. 15 min først på natten og forlænges til 30-40 min gennem natten. Hele søvncyklussen varer gennemsnitlig 90 min og gentages i løbet af natten (6, 7, p. 9-22).

Opbygningen af organismen sker mest i den dybe søvn, hvor der bl.a. udskilles væksthormon, som stimulerer proteindannelsen og celledeling i de fleste væv (5, p. 347). Forskning viser, at dannelsen af visse hvide blodceller (lymfocytter og NK-celler) og cytokiner er afhængig af søvn, specielt den dybe søvn. Der er dermed sammenhæng mellem søvn og opbygning af immunforsvaret (7, p. 52). Den dybe søvn er vigtig for heling af hud, knogler og væv. Undersøgelser viser, at længerevarende søvnmangel, især mangel på den dybe søvn, resulterer i forhøjet kortisolniveau. Dette kan forlænge sårheling, øge risikoen for infektion, forhøjet blodtryk og dårlig regulering af hjerterytme. Flere studier viser desuden, at længerevarende søvnproblemer kan føre til stress, depression, overvægt, type-2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme (8). Der ses en sammenhæng mellem søvnforstyrrelser og øget risiko for udvikling af demens. En meta-analyse fra 2017, som inkluderede 18 længerevarende studier, undersøgte sammenhængen mellem søvnforstyrrelser og udviklingen af demens. Resultaterne viste, at søvnforstyrrelser kan forhøje risikoen for udviklingen af visse demenssygdomme (9, p.14).

Anne Højgaard, sygeplejerske og undervisningskonsulent hos Vendlet, påpeger, at særligt borgere med demens har udfordringer ift. døgnrytme og søvn. Døgnrytmen er en indre biologisk rytme på ca 24 timer, som er uafhængig af mængden af forudgående søvn eller vågenhed. Døgnrytmen styres af en lille kerne nerveceller i hypothalamus kaldet Nucleus Suprachiasmaticus (SCN), også kaldet kroppens "master

clock". SCN er forbundet med nervebaner til synsnerverne og nethinden og modtager informationer herfra om, hvor meget lys der er i omgivelserne. Lys udgør dermed en stor ydre faktor for døgnrytmen. SCN har derudover forbindelse til corpus pineale, som står for dannelsen og udskillelsen af hormonet melatonin. Melatonin har betydning for både indsovning og søvnens kvalitet, og produktionen reguleres via lys. Når øjnene stimuleres af lys, produceres der mindre melatonin, og når øjnene ikke stimuleres af lys dannes der mere (10, 11). Forskning viser, at 25-60% af alle med Alzheimers demens (AD) lider af søvnforstyrrelser. De mest hyppige forstyrrelser er insomni, søvnafbrydelser og for meget søvn i løbet af dagtimerne (12, p. 352). Derudover viser flere studier, at udskillelsen af melatonin hos personer med AD er defekt, hvilket bl.a. fører til døgnrytmeforstyrrelser (13, p. 500).

AD er den hyppigste demenssygdom og findes i knap 2 ud af 3 tilfælde af demens (14). Vi har derfor valgt at fokusere på AD i dette innovationsprojekt.

Ved AD ses uopløselige proteinaflejringer i hjernen også kaldet beta amyloid plaques (A β). Inden i neuronerne ses derudover sammenfiltrede proteiner (tangles), som sammen med A β forårsager tiltagende atrofi af neuronerne i hjernen (15, p. 377-80). Søvnforstyrrelser kan accelerere AD's progression. En undersøgelse på mus har vist, at vågne mus dannede 25 % mere A β end de mus, der sov. Derudover viste undersøgelsen, at en søvnrestriktion på 4 timer/døgnet i 21 døgn fordoblede ophobningerne af A β (12, p. 354). Vi ser derfor vigtigheden af at skabe større fokus på døgnrytme og søvn hos borgeren med AD i dette innovationsprojekt. Vi har gennem Vendlet fået etableret et samarbejde med et plejecenter i Sønderjylland til at indsamle empiri og undersøge vores problemformulering.

2.2 Samfundsperspektiv

Demens er en udbredt sygdom, som berører mange danskere og udgør en voksende udfordring for samfundet. Det anslås, at ca 89.000 mennesker i Danmark lever med en demenssygdom (16), og at de totale omkostninger ved demens i Danmark er mere end 20 milliarder kr. om året (17). Der forventes en betydelig vækst i antallet af borgere med demens bl.a. pga den stigende middellevealder og deraf voksende ældrebefolkning. Det forventes derfor, at antallet vil stige til 120-246.000 i 2040 (16). For at være på forkant med de udfordringer, som stigningen vil medføre for samfundet, udarbejdede regeringen i 2016 en ny national demenshandlingsplan 2025: Et trygt og værdigt liv med demens.

Handlingsplanen har 3 overordnede målsætninger, som understøttes af 5 fokusområder. Fokusområde 5 omhandler øget videns- og kompetenceniveau. Ifølge handlingsplanen kræver en forbedret indsats på demensområdet viden og større kendskab til, hvordan demens kan forebygges, hvilke indsatser der virker, og hvordan vores viden og kompetencer omsættes i praksis til gavn for borgeren (18, p. 41-3).

2 ud af 3 plejehjemsbeboere har demens, og i takt med sygdommens udvikling bliver beboeren mere plejekrævende (19). Agitation udgør ofte en stor udfordring og belastning for personalet på plejecentre og de pårørende. Agitation beskrives som ophidsethed, urolig adfærd, rastløshed, formålsløst vandren rundt, råben og gentagne meningsløse aktiviteter i timevis. Denne adfærd bliver ofte forstærket hen mod aftenen og kaldes sundowning (20). Sundowning er associeret med faldende dagslys, og en af risikofaktorerne er bl.a. søvnforstyrrelser. En af udfordringerne ved sundowning er, at det opstår på et tidspunkt, hvor personalet ofte har travlt (21, p. 544), og forværres ofte når der sker ændringer i miljøet som fx ved vagtskifte (22, p. 3).

En anden udfordring ved sundowning er, at det opstår på et tidspunkt, hvor normeringen på plejecenteret er lavest. I landets kommuner er der stor forskel på normeringen på plejecentrene, som varierer fra 6 til 42 beboere pr ansat. Kommunerne har til fælles, at normeringen er lavest om natten (23).

Gennem dette innovationsprojekt ønsker vi at identificere optimeringsmuligheder ift. søvn og døgnrytme hos borgere med AD. Vi vil dermed bidrage til øget videns- og kompetenceniveau ift. forebyggende indsatser på både et mono- og tværprofessionelt niveau.

2.3 Sygeplejersperspektiv

Døgnrytme og søvn hos borgere med AD er en relevant sygeplejefaglig problemstilling. Sygeplejerskens genstandsområde betegner den sag, som sygeplejevirkomheden retter sig mod. En fremtrædende dansk sygeplejeteoretiker, Merry E. Scheel, beskriver genstandsområdet som: "... Mennesket i relation til sundhed, sygdom, miljø og samfund set i forhold til sygeplejefaglige problemstillinger i praksis" (24, p. 23). Det er mennesket med uopfyldte grundlæggende behov, herunder de oplevelser og reaktioner det enkelte menneske har på sin situation (25, p. 26). Borgere med AD får ofte ikke dækket deres behov for søvn, og som tidligere nævnt viser forskning, at 25-60% af borgere med AD lider af søvnforstyrrelser, og at der er en sammenhæng mellem disse

borgere og døgnrytmeforstyrrelser. Ifølge Virginia Henderson er søvn et af menneskets grundlæggende behov, og det er sygeplejerskens opgave at hjælpe patienten til at hvile og sove (26, p. 37-9). Dette understøtter, at denne borgergruppe er en del af vores genstandsområde, samt vigtigheden af at vi retter vores virksomhed mod denne gruppe.

Sygeplejerskens virksomhedsområde er at udføre, lede, formidle og udvikle sygepleje (24, p. 24). Virksomhedsområdet dækker således alle aspekter af sygeplejefaget (25, p. 24-5). For at undersøge vores problemformulering er det væsentligt at undersøge, hvordan sygeplejersken kan støtte op omkring døgnrytmen hos borgeren med AD med henblik på at forbedre søvnen.

Der findes forskellige farmakologiske behandlingsmuligheder ift. søvnforstyrrelser, men disse kan øge risikoen for bl.a. konfusion, fald og øget søvn i dagtimerne. Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved, om fordelene ved den farmakologiske behandling kan opveje disse risici (27, p. 122). Ved at identificere muligheder for forbedring ift. døgnrytme og søvn, kan sygeplejersken være med til at forbedre kvaliteten samt udvikle sygeplejen, hvilket er en del af vores virksomhedsområde.

At udføre sygepleje indebærer bl.a. forebyggende og sundhedsfremmende sygeplejehandlinger (24, p. 24). Da vi ved, at søvn har stor betydning for menneskets fysiske og psykiske velvære, kan sygeplejersken ved at have fokus på optimeringsmuligheder af døgnrytmen være med til at forebygge søvnforstyrrelser og de risici det medfører samt sundhedsfremme ved at forbedre søvnen (5). Vigtigheden af sygeplejerskens fokus på søvn understøttes desuden af de sygeplejeetiske retningslinjer, som betragter velvære som et overordnet mål med al sygepleje (28, p. 5). Med afsæt i den viden, som sygeplejersker har omkring søvnens betydning, søvnfysiologi, samt målsætningerne i Demenshandlingsplan 2025, kan vi argumentere for, at vores innovationsprojekt belyser en relevant sygeplejefaglig problemstilling, og at der er behov for et større fokus og viden ift. døgnrytme, søvn og AD.

De fleste plejecentre i Danmark har en personalegruppe med en bred vifte af uddannelser så som social- og sundhedshjælpere, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker, sygehjælpere, diætister, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Den største del af personalegruppen består af social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. Nogle plejecentre har ikke en fast sygeplejerske tilkøbt, mens

andre har en fast centersygeplejerske. Det er derfor vigtigt, at sygeplejersken indgår i et tværprofessionelt samarbejde med personalet på plejecentrene med henblik på at formidle og dermed skabe større fokus på døgnrytme og søvn hos borgeren med AD.

Formålet med dette innovationsprojekt er derfor at undersøge mulighederne for forbedring ift. døgnrytme og søvn hos borgere med AD samt at undersøge, hvilken værdi det giver sygeplejerskens arbejde.

3. Problemformulering

“Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med Alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?”

3.1 Begrebsafklaring

3.1.1 Borgere med Alzheimers demens

Demens er en fælles betegnelse for en række sygdomstilstande karakteriseret ved erhvervet og vedvarende svækkelse af mentale funktioner (29, p. 10). Alzheimers demens er en neurodegenerativ sygdom og er den hyppigste form for demenssygdom (30). Typiske symptomer er nedsat hukommelse, svækkelse i kognitive funktioner samt ændringer i følelseslivet (31). I dette innovationsprojekt defineres borgere med Alzheimers demens, som borgere på plejecenter.

3.1.2 Søvn

Søvn bliver i dette innovationsprojekt defineret ud fra adfærdsmæssige kriterier som nedsatte bevægelser og aktivitet, stereotypisk stilling, nedsat reaktion på eksterne stimuli samt reversibilitet (32, p. 15-6).

3.1.3 Døgnrytme

Døgnrytmen er en indre biologisk rytme på ca 24 timer, som styres af den suprachiasmatiske kerne (SCN) i hypothalamus. Lys udgør en stor faktor ift. regulering af vores døgnrytme (7, p. 33-8).

3.1.4 Værdi

Værdi defineres i dette innovationsprojekt som graden af betydning, vigtighed, nytte eller virkning som tillægges noget eller nogen (33), i dette tilfælde sygeplejerskens virksomhedsområde.

4. Metode

I dette afsnit redegøres for vores litteratursøgning forud for vores indsamling af empiri. Denne litteratur er blevet anvendt i vores problemindkredsning for at få afdækket problemets omfang og relevans. Dernæst redegøres for hermeneutik som projektets videnskabsteoretiske tilgang samt vores egne for-forståelser omkring problemstillingen. Endvidere redegøres for hvordan observationsstudie er anvendt som kvalitativ metode for indsamling af empiri, samt type af observationsstudie og etiske overvejelser. Endeligt begrundes valg af analysemetode og den valgte teori til diskussion af empirien præsenteres.

4.1 Litteratursøgning

For at få afdækket, hvad der allerede fandtes af litteratur og forskning på området, lavede vi tidligt i forløbet en struktureret litteratursøgning i databasen Cinahl Complete. Denne database er anvendt, da den primært henvender sig til sygeplejefaglige referencer (34, p. 90). Cinahl har registreret mere end 4,3 mio artikler, hovedparten på engelsk, inden for sygepleje, fysio- og ergoterapi, jordemodervirksomhed, radiografi, ernæring mm. Derudover stilles der krav til kvaliteten af de tidsskrifter og artikler, der indekseres, hvilket giver databasen en vis validitet (35, p. 44). Nedenfor ses vores søgeord indsat i en PICO model. Denne model er anvendt for at lette processen og sikre os overblik over søgningen. Ord markeret med * er MeSH/emneord og ord uden * er fritekstsord.

P = patient/problem	I = phenomenon of Interest	C = context
Alzheimer's disease * Alzheimer's Alzheimers Alzheimers disease	Sleep * Sleep Deprivation * Sleep hygiene * Sleep disorders *	Circadian Rhythm * Sleep disorders circadian rhythm * Melatonin *

	Sleep quality	Circadian rhythms
	Sleep disturbance	Circadian clock
	Sleep study	Circadian cycle
	Poor sleep quality	Circadian rhythm disruption
	Bad sleep	Circadian rhythm disorder
	Bad sleep habits	Body clock
	Bad sleeping habits	Sundowning
	Sleepiness	Sundowning and dementia
	Sleep problems	Light exposure
	Daytime sleep	Light exposure treatment
	Daytime sleepiness	Daylight

Vi lavede 3 forskellige søgninger, hvor vi kombinerede søgeordene på forskellige måder. Vi har i vores bilag vedlagt vores søgestrategi for alle 3 søgninger (bilag 1). Inklusionskriterierne var, at artiklerne skulle være på engelsk, peer reviewed samt max 10 år gamle. De 3 søgninger gav os i alt 9 artikler, som efter gennemlæsning af titel og abstract blev vurderet relevante. Efter gennemlæsning af alle artiklerne endte vi ud med 7 relevante artikler. Gennem hele projektets forløb har vi løbende lavet lignende litteratursøgninger for at finde relevant litteratur og forskning til vores projekt.

4.2 Videnskabsteoretisk tilgang

4.2.1 Hermeneutik

Dette innovationsprojekt tager udgangspunkt i den humanvidenskabelige tilgang, da vi ønsker at opnå en forståelse. Det humanistiske menneskesyn betragter mennesket som et bevidst subjekt med tanker og følelser relateret til den verden, som det er en del af. For at kunne skabe viden omkring denne bevidsthed er forståelse et grundlæggende nøgleord (36, p. 93). Den humanvidenskabelige tilgang bygger på hermeneutikken (36, p. 47), som betyder fortolkningskunst eller læren om forståelse. Et centralt nøgleord ift. forståelse er for-forståelse, som er den forståelse, der altid går forud for selve forståelsen. Ifølge Gadamer består for-forståelsen af fordomme, som er de forventninger og formeninger, som kendetegner vores måde at være til stede på. Gadamer beskriver endvidere, at vi i enhver sammenhæng til en enhver tid vil anvende vores fordomme og derigennem fortolke verden. Disse fordomme skaber en samlet horisont, hvor alt fortolkes ud fra (36, p. 96-8).

4.2.2 Vores for-forståelse

For-forståelsen er altså de fordomme, som vi på forhånd har til vores problemformulering. Vores for-forståelse er, at borgere med AD ofte lider af døgnrytmeforstyrrelser, hvilket påvirker deres søvn og adfærd. Denne for-forståelse bygger på de fund, vi har gjort os i vores arbejde med vores problembaggrund. Derudover har vi en række fordomme, som bygger på erfaringer fra praksis gennem vores uddannelse samt personlige erfaringer:

- Borgerne med AD stimuleres for lidt i dagtimerne, sover for meget i dagtimerne samt eksponeres utilstrækkeligt for dagslys, hvilket påvirker deres døgnrytme og søvn i en negativ retning.
- Personalet mangler viden, ressourcer og kompetencer for at kunne være tilstrækkeligt opmærksomme på døgnrytme og søvn hos borgere med AD.
- Kulturen på arbejdspladsen kører på "autopilot" og præger arbejdsgangene.
- Der er et reelt problem på området samt mangel på inkrementel innovation ude i praksis.

4.2.3 Den hermeneutiske cirkel

Hvordan kan vi på baggrund af vores fordomme og forståelseshorisont så skabe en ny forståelse? Her kommer et centralt nøgleord i hermeneutikken i spil - den hermeneutiske cirkularitet. Begrebet henviser til forståelsens cirkularitet, som består af et cirkulært forhold mellem vores delforståelse og helhedsforståelse. Grundtanken er, at helheden kun kan forstås på baggrund af delene, og delene kan kun forstås på baggrund af helheden (36, p.98). Vi går ind til dette innovationsprojekt med vores fordomme. Derefter undersøger vi vores problemformulering i praksis, og disse observationer vil føre til en ny delforståelse. Denne delforståelse vil virke tilbage på vores helhedsforståelse og skabe en ny horisont. Dette er en dynamisk proces, som gentager sig gennem hele vores arbejde med innovationsprojektet. Hver gang delforståelsen får lov at revidere helhedsforståelsen, vil der ifølge Gadamer være tale om en horisontsammensmeltning (36, p. 101).

Når vi undersøger vores problemformulering, skal vi være opmærksomme på vores fordomme og for-forståelse, give os selv lov til *ikke* at forstå samt at være ydmyge overfor det, vi endnu ikke ved. Dette kaldes at sætte sin fordom i parentes og er en tilgang, som har til hensigt at skabe en ny delforståelse, som kan revidere helhedsforståelsen. Vi er dog opmærksomme på, at vi principielt aldrig vil kunne frigøre os helt fra vores forståelseshorisont (36, p. 99).

4.3 Valg af metode til indsamling af empiri

4.3.1 Observationsstudie

Et feltarbejde er en bred betegnelse for en række kvalitative og ofte eksplorative dataindsamlingsmetoder (37, p. 41). Til at indsamle empiri har vi valgt at lave et observationsstudie, som er en tilgang til generering af data om nonverbal adfærd (37, p. 44). Observation som metode er grundlagt af pionerer inden for antropologien (37, p.23). Antropologi handler om at undersøge menneskers liv, der hvor det foregår, og formålet er at være i stand til at indfange og undersøge dette liv på en systematisk måde, der sætter dig i stand til at komme med en overbevisende og troværdig analyse og fortolkning af dette. Udgangspunktet for alt antropologisk forskning er dyb undren og forbløffelse over et fænomen, og en antropologisk tilgang til en undersøgelse kan være relevant, når der er noget i praksis, man undrer sig over og gerne vil have belyst (38, p. 130-1). Metoden kan derved anvendes til at undersøge, hvordan hverdagen struktureres for borgere med AD.

Der findes flere forskellige typer af observationsstudier. Da vores observationer foregår på et plejecenter, betyder det, at vores observationer tager udgangspunkt i borgernes naturlige omgivelser. Observationerne foregår i en kontekst, som eksisterede, inden vi som observatører trådte ind i den. Vi befinder os i feltet på feltets præmisser og er indstillet på uforudsete og ukontrollable hændelser (37, p. 46). For at kunne belyse hvordan hverdagen struktureres for borgere med AD, har vi gjort os nogle overvejelser omkring struktureringsgraden af vores observationer. Denne struktureringsgrad fremgår i vores observationsguide, hvor vi har forhåndsstruktureret, hvilke observationer vi betragter som specielt vigtige. Trods vores observationsguide går vi til vores observationer med en ustruktureret tilgang, da vi observerer generelt og eksplorativt ift. borgernes døgnrytme (37, p. 46-7).

Ustrukturerede observationer i naturlige omgivelser indbærer, at forskeren er deltager i feltet. Deltagerne i observationerne studeres som subjekter, og der sigtes ofte mod en forståelse af deres meningsunivers og den kontekst, de befinder sig i (37, p. 54). Dette går godt i spænd med vores humanistiske menneskesyn og hermeneutiske tilgang.

4.3.2 Feltroller

At være deltager i feltet kan ifølge Raymond Gold beskrives ud fra fire typiske feltroller (37, p. 90). Ud fra disse rolletyper, har vi valgt at påtage os rollen "deltageren som observatør". Ifølge Gold indebærer denne rolle, at vi deltager i feltet, samtidig med at vi observerer ved at knytte kontakter til bestemte personer i feltet (37, p.94). Vi har i vores observationsstudie derfor valgt at observere 2 borgere med AD ved at knytte kontakt til det personale, som er i plejen på det pågældende tidspunkt for observation. De 2 borgere, som observeres, er begge i et svært stadie af deres Alzheimers sygdom. Derfor er personalet vores nøgleinformanter, der forsyner os med særlig viden og hjælper os med at etablere kontakt til selve feltet og borgerne. Deltageren som observatør lægger ikke skjul på sine forskningshensigter (37, p. 97). Vi har forud for vores observationer indhentet samtykke fra plejecentrets leder samt det pågældende plejepersonale, hvorpå vores problemformulering står beskrevet (Bilag 2). Vores hensigt med observationerne er derved ikke skjulte. Vi har dog valgt ikke at inddrage personalet i vores observationsguide, da vi ikke vil risikere at forstærke forskningseffekten og derved forårsage mere eller mindre strategisk handlen fra personalets side (37, p. 106).

4.3.3 Feltnotater

Dette leder videre til vores overvejelser omkring feltnotater. Som forsker bør man undgå at notere under samvær med feltets deltagere, da det indebærer en fare for, at personerne føler sig overvåget eller ændrer adfærd (37, p. 146). Vi har derfor valgt at medbringe en lille notesblok, hvor vi tidstro kan skrive vores observationer ned og udfylde vores observationsguide løbende ved passende lejlighed. Da de to udvalgte borgere med AD bor i to forskellige beboelsesenheder på plejecenteret, må vi pendle frem og tilbage mellem husene under vores observationer. Dette kan muligvis medføre, at vi går glip af nogle vigtige observationer. Vi er derfor opmærksomme på, at vores notater og observationsguide ikke er virkeligheden, men vores fortolkning af virkeligheden. Det, vi skriver ned, er kun en lille del af det observerede (37, p.148).

4.3.4 Observationsguide

I vores bilag er vedlagt en tom version af vores observationsguide (bilag 3). Observationsguiden har til formål at skabe overblik over vores observationer samt sikre, at vores observationer har relevans for vores problemformulering. Vi har valgt at udfylde 1 observationsguide pr borger under begge observationer. Øverst i vores guide

noterer vi dato, tidsramme og lokation for observationen. Dette er gjort for at kunne skille vores observationer fra hinanden og for at skabe et overblik. Derudover noteres aktøren, og hvilken uddannelse og erfaring vedkommende har, da vi mener, at dette kan have betydning for observationerne. Vi noterer, hvilken borger der observeres samt køn og stadie af AD den pågældende befinder sig i for at sikre, at observationerne bliver anført i den korrekte observationsguide og sikre validiteten af vores indsamlede empiri. Derudover er både personale og borgere anonymiseret. Observatørernes navne er ikke anonymiseret.

Vores observationsguide er bygget op omkring nogle temaer, som vi ønsker at observere ud fra. Disse temaer er valgt på baggrund af vores forforståelse samt national og international viden på området, som vi har tilegnet os forud for observationerne under vores litteratursøgning og fra undervisning på sygeplejerskeuddannelse.

I kolonnen "Tidspunkt" noteres tidspunktet for det observerede, så vores empiri forbliver tidstro og struktureret og sikrer systematisk bearbejdning heraf.

"Observationer" er det, som vi objektivt observerer af adfærd og handlinger. Under "Samtale i feltet" noteres de udsagn, borger eller personale kommer med, som har relevans for det observerede. I Kolonnen "Refleksion" noteres de subjektive refleksioner og fortolkninger, vi som observatører gør os i situationen. Vi har valgt at adskille vores observationer i et objektivt og et subjektivt felt for at tydeliggøre og skelne imellem, hvad der præcist skete, og hvordan vi som observatører fortolkede det. Under "Uformel samtale" henvises der til relevante uformelle samtaler med personalet under vores observationer, som transskriberes i forlængelse af observationsguiden.

4.3.5 Uformelle samtaler

Ifølge Whyte er observationer alene ikke altid tilstrækkelige redskaber til at forstå andre personers handlinger. Vi anvender derfor uformelle samtaler undervejs i vores observationer, som på mange måder minder om almindelige samtaler. Vi vil have fokus på at være søgende og eksplorative i vores uformelle samtaler. Dette gør vi fx ved at stille åbne spørgsmål og uddybende spørgsmål. Formålet med de uformelle samtaler er at få en større forståelse for det observerede og hvorfor hverdagen struktureres, som den gør (37, p. 150).

4.3.6 Tidsramme

Vi har valgt at observere på plejecentret i løbet af 2 dage. Første dag fra kl 09-13 og anden dag fra kl 17-23. Vi har begrænset os til disse to observationsdage pga. opgavens omfang og tidsramme og den geografisk afstand til plejecentret. For at kunne danne os et billede af struktureringen af hverdagen, har vi valgt at observere i både dag- og aftenvagte. Med henblik på at observere en hel døgnrytme, ville det være optimalt også at observere i en nattevagt. Men da beboelseseenhederne er låst af om natten, og de 2 nattevagter primært holder til i dagcenteret, hvor der ikke er nogen beboere om natten, ville det rent praktisk være en udfordring. Derfor vælger vi at have uformelle samtaler med personalet for at danne os et billede af, hvordan nætterne typisk forløber sig, og hvad de observerer ved tilsyn hos de to observerede borgere om natten.

4.3.7 Etiske overvejelser

Ifølge autorisationsloven har autoriserede sundhedspersoner under udøvelse af sin virksomhed en forpligtigelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed (39, kap. 5, §17). Derudover er udgangspunktet i de sygeplejeetiske retningslinjer, at enhver relation mellem patient og sygeplejersker bygger på tillid og respekt (28, p. 3). Vi lægger derfor stor vægt på at have gjort os relevante etiske overvejelser omkring vores indsamling af empiri.

Ifølge Sundhedsloven er vi som sundhedsfaglige underlagt tavshedspligt, hvilket vil sige, at vi ikke uberettiget må oplyse om personers private forhold til andre (40, kap. 9, § 40).

Derudover er vi som studerende på UCL i Vejle underlagt nogle retningslinjer for studerendes brug af persondata, som bl.a. omhandler anonymisering (41). Vi har derfor anonymiseret borgere, personale og plejecenteret i opgaven. Vi har som tidligere nævnt indhentet mundtligt og skriftligt samtykke fra lederen af plejecentret samt personalet forud for vores dataindsamling. Disse er vedlagt i vores bilag, hvor underskrifterne grundet anonymisering er streget over. Vi er selv i besiddelse af de originale samtykkeerklæringer (Bilag 2).

I samråd med vores kontaktperson på plejecenteret, har vi valgt at være iklædt civilt tøj under vores observationer. Dette er gjort for at mindske forvirring hos borgerne med AD og de øvrige plejehjemsbeboere og for at undgå, at de forveksles os med personale. Derudover kan uniform udvise en vis autoritet, og da vi ønskede at deltage i

feltet på borgerne præmisser, valgte vi at være iklædt civilt tøj som borgerne selv. Endvidere har vi valgt at placere os i baggrunden under vores observationer, for at give personale og beboere ro og mindske forstyrrelse. Det er vigtigt for os at blive præsenteret for beboerne, og at vi er venlige og imødekommende, når de henvender sig til os.

De 2 borgere med AD, som observeres, er udvalgt af vores kontaktperson på plejecenteret. Vi har vurderet, at det er mest hensigtsmæssigt at lade personalet, som kender plejecenterets beboere, udvælge hvilke borgere med AD, der kan rumme at blive observeret. Forud for vores observationer har vores kontaktperson informeret de 2 borgere med AD omkring vores observationer og indhentet mundtligt samtykke.

Vores uformelle samtaler har kun rettet sig mod personalet, da vi ikke vil belaste eller forvirre borgerne med AD. Vi har samtidig været usikre på deres evne til at kunne svare relevant på spørgsmålene grundet betydelig kognitiv svækkelse, da de begge befinder sig i et svært stadie af Alzheimers. Undersøgelser viser, at mange søvnforstyrrelser skyldes personalets tilsyn i løbet af natten. Derfor har vi valgt ikke at foretage tilsyn af borgerne, når de befinder sig i sin seng eller sover.

4.4 Type af innovationsprojekt

Målet med dette innovative bachelorprojekt er at bidrage med input og idéer til udvikling af praksis. Ifølge Lotte Darsø er innovation at se muligheder og at være i stand til at føre disse ud i livet på en værdiskabende måde. Værdi skal forstås bredt og kan både betyde økonomisk værdi samt social, kulturel, mellemmenneskelig og samfundsmæssig værdi (2, p. 13). Som tidligere nævnt lægger Peter Maindal, direktør for Vendlet, stor vægt på, at det vigtigste element i innovation er at se optimeringsmuligheder. Vi har derfor valgt at fokusere på inkrementel innovation, hvor vi i dette projekt vil lægge vægt på muligheder for forbedring af processer eller metoder, som i forvejen eksisterer i praksis (2, p. 26-7).

4.4.1 Innovationsdiamanten

Innovationskompetence er fremtidens kernekompetence (2, p. 11). Darsø mener, at der er flere dynamikker og dimensioner, som er centrale i forhold til udviklingen af innovationskompetence (2, p. 13). Vi vil derfor med afsæt i Darsøs innovationsdiamant italesætte, hvilke rammer der kan fremme og hæmme vores inkrementelle innovations

process (2, p. 67). Darsø fokuserer i denne model på menneskers indvirkning på innovationsprocessen, da mennesker og deres interaktioner har vist sig at være en afgørende faktor i forhold til projektets succes eller fiasko. Innovationsdiamanten dannes af fire parametre, som danner innovationsfeltet. Det drejer sig om viden over for ikke-viden samt relationer overfor koncepter. Til trods for at de fire parametre godt kan ses som modsætninger, er det vigtigt at pointere, at de eksisterer samtidigt i processen og på den måde kan fremme innovationsprocessen (2, p. 68).

“Viden” er den viden, vi har på området, som fx kommer til udtryk i vores problemindkredsning samt vores hermeneutiske tilgang og for forståelse. Denne viden er nødvendig for at kunne skabe innovation, men kan også bremse innovation (2, p. 68). Hvis vi kun holder os til det, vi ved og ikke bevæger os ud og undersøger feltet, kan vi ikke finde frem til noget nyt.

Vores “ikke-viden” drejer sig om alt det, vi ikke ved. Ikke-viden området er et felt, hvor mennesker ikke bryder sig om at være, da man kan føle sig usikker, dum og sårbar. Men ifølge Darsøs forskning er det netop i dette ikke-viden-område, at gnisten til innovation opstår. Vi skal turde stille de dumme og brændende spørgsmål (2, p. 69). Set med et hermeneutisk blik må vi sætte vores for forståelse i parentes, så vi er åbne over for den ikke-viden, som i kombination med vores viden kan bidrage til en ny forståelseshorisont. Dette er et godt eksempel på, hvordan parametrene eksisterer samtidigt i processen og fremmer processen.

At bevæge sig ud i ikke-viden feltet kræver mod, og Darsø mener derfor, at relationen mellem deltagerne i innovationsprojektet skal bygge på tillid og respekt. Det er derfor vigtigt for os som studerende, at vi i løbet af innovationsprocessen giver plads til hinandens tanker og spørgsmål uden fordømmelse. I starten af processen udarbejdede vi en gruppekontrakt for at få forventningsafstemt og sikre os, at magtforholdet og relationen til hinanden forblev ligeværdig. Ifølge Darsøs forskning er typen af relationer helt afgørende for innovationsskabelsen, og hvorvidt vi som deltagerne tør bevæge os ud i ikke-viden-området sammen (2, p. 70-1).

Udarbejdelsen af vores innovationsprojekt har været præget af vedvarende konceptualisering, hvor vi har åbnet op omkring hvilken viden, ikke-viden, perspektiver, facetter og nuancer vi hver især er i besiddelse af. Vi har bl.a. gjort brug af redskaber som mindmaps og tegninger for at undgå at havne i det, som Darsø kalder “muddling-in-the-middle”, som kan ses som en stagnering i innovationsprocessen (2, p. 71).

Ifølge Darsø er innovationsprocessen vanskelig og kompleks at håndtere, og derfor mener hun, at der er brug for ledelse i processen. Hun beskriver fire lederroller, der er knyttet til de fire parametre i innovationsdiamanten: *Vidensdetektiven, hofnarren, gartneren og konceptudfolderen* (2, p. 72).

I starten af denne process indtog vi, uden at have kendskab til Darsø's innovationsteori, de roller, der faldt os naturligt. Som processen er skredet frem og vores relation og tillid er blevet opbygget, er det blevet lettere for os og mere naturligt at skifte rundt mellem de forskellige lederroller.

4.4.2 Innovationsprocessen

Darsø opdeler innovationsprocesser i to forskellige arbejdsrammer: Prejekt og projekt (2, p. 66). Vores innovationsprocess er startet med et brændende spørgsmål inden for et vigtigt område, som vi vil udforske (2, p. 60). Dette brændende spørgsmål er udformet i vores problemformulering. Dernæst har vi indhentet relevant information og viden ved at foretage litteratursøgninger, læse faglitteratur samt indsamle empiri gennem vores observationsstudie og uformelle samtaler. Vi har gennem dette været målsøgende og har haft vores beslutningsrum åbent, hvilket kendetegner prejekt-fasen af innovationsprocessen.

Vi vil gennem vores analyse og diskussion af empiri arbejde målstyret, lineært og resultatdrevet, hvilket kendetegner projektfasen (2, p. 67). Gennem denne innovationsproces ønsker vi at opnå innovativ krystallisering, hvilket Darsø beskriver som en "aha-oplevelse" (2, p. 60). Den innovative krystallisering tilstræbes i dette projekt at være input og idéer til forbedring af døgnrytme og søvn hos borgere med AD på det plejecenter, som vi har et samarbejde med. Vi er bevidste om, at innovativ krystallisering ikke altid er udfaldet af en innovationsproces, og at projektets omfang og deadline kan være en begrænsning for dette og dermed nødvendiggøre en tidligere lukning af processen (2, p. 60-1).

4.5 Valg af analysemetode

Vi har valgt at undersøge vores empiri gennem en kvalitativ indholdsanalyse, som beskrives af Elo & Kyngäs. Metoden vil vi anvende til at søge i og udforske vores empiri, for at skabe valid data til at belyse vores problemstilling med. Indholdsanalyse som undersøgelsesmetode er en systematisk, stringent og objektiv måde at beskrive og kvantificere et fænomen. Den gør det muligt for os at finde fællesnævnerne for vores

observationer og uformelle samtaler ved at uddrage ord til indholdsrelaterede kategorier. Den tilstræber at opnå en sammenfattende og bred beskrivelse af fænomenet gennem disse kategorier for at skabe en forståelse af handlinger og kommunikation. Disse kategorier opstilles i modeller eller maps, som kan være med til at overskueliggøre analyseprocessen (42, p. 108).

Der findes to tilgange til indholdsanalyse nemlig induktiv og deduktiv tilgang. Vi har valgt at gå til analysen med en induktiv tilgang, som bevæger sig fra det konkrete til det generelle for derefter at udlede en generel beskrivelse eller teori (42, p. 109). Vi ønsker at undersøge vores problemformulering ved at tage udgangspunkt i den konkrete empiri, som vi har indsamlet gennem vores observationer og uformelle samtaler, for derefter at bevæge os ud i det generelle ved at sammenholde disse resultater med relevant teori og forskning.

Vi mener, at den induktive tilgang til analysen går godt i spænd med vores hermeneutiske tilgang til projektet. Som tidligere nævnt beskriver den hermeneutiske cirkel forståelsens cirkularitet mellem vores delforståelse og helhedsforståelse. Vi går ind til vores observationsstudie med en induktiv tilgang samt vores forforståelse, og tilstræber gennem vores analyse at opnå en ny delforståelse. Når vores forforståelse og delforståelse mødes, vil der ifølge Gadamer være tale om en horisontsammensmeltning.

4.6 Præsentation af valgt teori

Til at diskutere vores fund i analysen har vi valgt at inddrage Tom Kitwoods demensblomst samt Jacob Birklers beskrivelse af etik i ældreplejen.

Tom Kitwood er en engelsk psykolog og professor, som er grundlægger af den personcentrerede pleje og omsorg. Demensblomsten illustrerer nogle universelle psykologiske behov hos alle mennesker, og som er særligt fremtrædende hos borgere med demens: Kærlighed, inklusion, identitet, trøst, beskæftigelse og tilknytning. Ifølge Kitwood kan et menneske ikke fungere, hvis man ikke får opfyldt disse behov. Vi ser det relevant at anvende Kitwoods teori, da den sætter mennesket med demens i centrum i stedet for sygdommen (43, p. 61-3). Dette går godt i spænd med vores humanistiske tilgang og menneskesyn.

Jacob Birkler er cand.mag. i filosofi og psykologi og har desuden en ph.d. med fokus på etik i sundhedsvæsenet. Birkler oplever, at han stadig oftere bliver konfronteret med etiske dilemmaer i ældreplejen (44, p. 5). Derfor finder vi det relevant at anvende

Birklers beskrivelser af etik i ældreplejen, da de kan bidrage med en etisk synsvinkel på vores fund.

5. Analyse

I dette afsnit beskrives faserne i indholdsanalysen, samt hvordan vi har anvendt dem. Dernæst præsenteres analysens fund.

5.2 Analyseprocessen

Indholdsanalyse består af 3 overordnede faser: Forberedelsesfase, organiseringsfase og rapporteringsfase. Disse faser samt vores anvendelse af dem, vil nu blive gennemgået.

5.2.1 Forberedelsesfase

I forberedelsesfasen udvælges materialet for analyse. Vi har valgt at anvende vores fire observationsguides og tilhørende uformelle samtaler som materiale for analysen. Disse er vedlagt i bilag (Bilag 4). Vores 4 observationsguides består af: B1 dagvagt, B1 aftenvagt, B2, dagvagt og B2 aftenvagt. For at bevare overblikket i analysen har vi valgt at analysere borger 1 (B1) og borger 2 (B2) hver for sig. For at undersøge borgernes døgnrytme bedst muligt har vi valgt at sammenfatte de to observationsguides, der er udfyldt for hver borger og derved skabe et helhedsbillede af deres døgnrytme. Dernæst har vi læst vores materiale igennem flere gange, så materialet giver mening for os, og så vi ved, hvad det handler om, da vi skal være bekendt med hele materialet (42, p. 109).

5.2.2 Organiseringsfase

Næste trin i analysen er at organisere de kvalitative data. Denne fase indebærer en åben kodning af materialet, at opstille kategorier og abstraktion, hvor man samler kategorierne til hovedkategorier. Vi har valgt at udføre organiseringsfasen i fællesskab for at sikre, at der ikke er aspekter og kategorier, der bliver overset.

Under den åbne kodning har vi læst vores materiale igennem igen samtidig med, at vi har skrevet noter og overskrifter i sidemargen af vores observationsguides og uformelle samtaler. Formålet er at få så mange noter og overskrifter skrevet ned som muligt, for

at udtømme materialet for alt indhold og alle aspekter (42, p. 109). Disse noter og overskrifter udgør vores underkategorier.

Dernæst har vi sammenfattet de underkategorier, som har en fællesnævner til mellemkategorier. I denne process har vi som undersøgere aktivt skulle tage kritisk stilling til hvilke underkategorier, der skulle i samme mellemkategori og hvilke, der ikke hørte til. Dette har vi gjort af flere omgange ved både at drøfte og reflektere over vores empiri, og på den måde har vi samlet vores underkategorier til mellemkategorier.

Denne fremgangsmåde har ført til, at vi i organiseringsfasen aktivt har revideret de kategorier, som vi har fundet frem til. Vi har benyttet samme fremgangsmåde i det næste trin, som er abstraktion. I dette trin formuleres der en generel beskrivelse af fænomenet ved at danne hovedkategorier ud fra mellemkategorierne.

Hovedkategorierne beskrives med ord, som er karakteristiske for deres indhold (42, p. 111). Mange af punkterne hænger uløseligt sammen og er forudsætninger for hinanden til trods for, at de er delt op i forskellige kategorier.

5.2 Præsentation af analysens fund

For at kunne overskueliggøre og visualisere den analyseproces vi har gennemgået, og de fund vi har gjort os, har vi valgt at udarbejde et analysemap for hver borger. Disse maps viser de underkategorier, mellemkategorier og hovedkategorier, vi har uddraget gennem analysen. Sammenhængen mellem de forskellige kategorier illustreres ved hjælp af streger, som binder dem sammen.

Vi har gennem analysen fundet frem til 3 hovedkategorier, som er fælles for B1 og B2: "søvn", "struktur i hverdagen" og "udfordringer for personalet". Til trods for at hovedkategorier hos begge borgere er de samme, bygger kategorierne på vidt forskellige fund. Vi har derfor valgt præsentere vores fund for B1 og B2 adskilt.

5.2.1 B1 fund

Søvn

"Søvn" kommer til udtryk hos B1 ved søvn i dagtimerne samt nattesøvn. Vi observerede en borger, der lå i sengen og hvilede sig eller sov i størstedelen af dagtimerne. Hun blev vækket af personalet og opfordret til at deltage til alle måltider. P1 udtaler: "Hun er typisk vågen i 30 min, hvor hun når at spise, før hun kommer ind og sove igen" (Bilag 4, s. 65). Personalet gav desuden udtryk for, at hun sov ved alle tilsyn om natten, men at hun kun sov let og kunne vækkes ved tiltale. B1 blev lagt i seng til natten kl 18.30 og blev vækket senere på aftenen for at få sine natpiller. Vi

observerede en personalegruppe, som havde en forståelse af B1 som en meget gammel og træt dame: "Men hun er jo også gammel, så det er nok derfor, at hun sover så meget. Jeg kan godt forstå, at når man er i hendes alder, så er man nok bare træt og skal have lov at sove" (Bilag 4, s. 66).

Udfordringer for personalet

"Udfordringer for personalet" drejer sig om B1's passive adfærd. Hendes passive adfærd viste sig ved manglende initiativtagen i forbindelse med fx samtaler og aktiviteter. Under måltiderne talte hun kun, hvis hun blev talt til og faldt ofte hen og sad med lukkede øjne. Personalet motiverede og hjalp hende med at spise. Vi observerede, at B1 opholdte sig i sin seng i egen bolig i alle timerne mellem måltiderne og personalet fortalte, at hun sjældent deltog i fællesaktiviteter. Vi observerede dog under en frokost, at personalet hverken inviterede eller motiverede hende til at deltage i eftermiddagens fællesaktivitet til trods for, at alle øvrige beboere blev inviteret (Bilag 4, s. 64). Ligeledes udtalte P3: "Jeg burde jo nok have spurgt hende, om hun ville med hen og se lidt fjernsyn sammen med de andre efter aftensmaden. Men jeg ved jo, at hun vil sige nej, såå..." (Bilag 4, s. 68).

Struktur i hverdagen

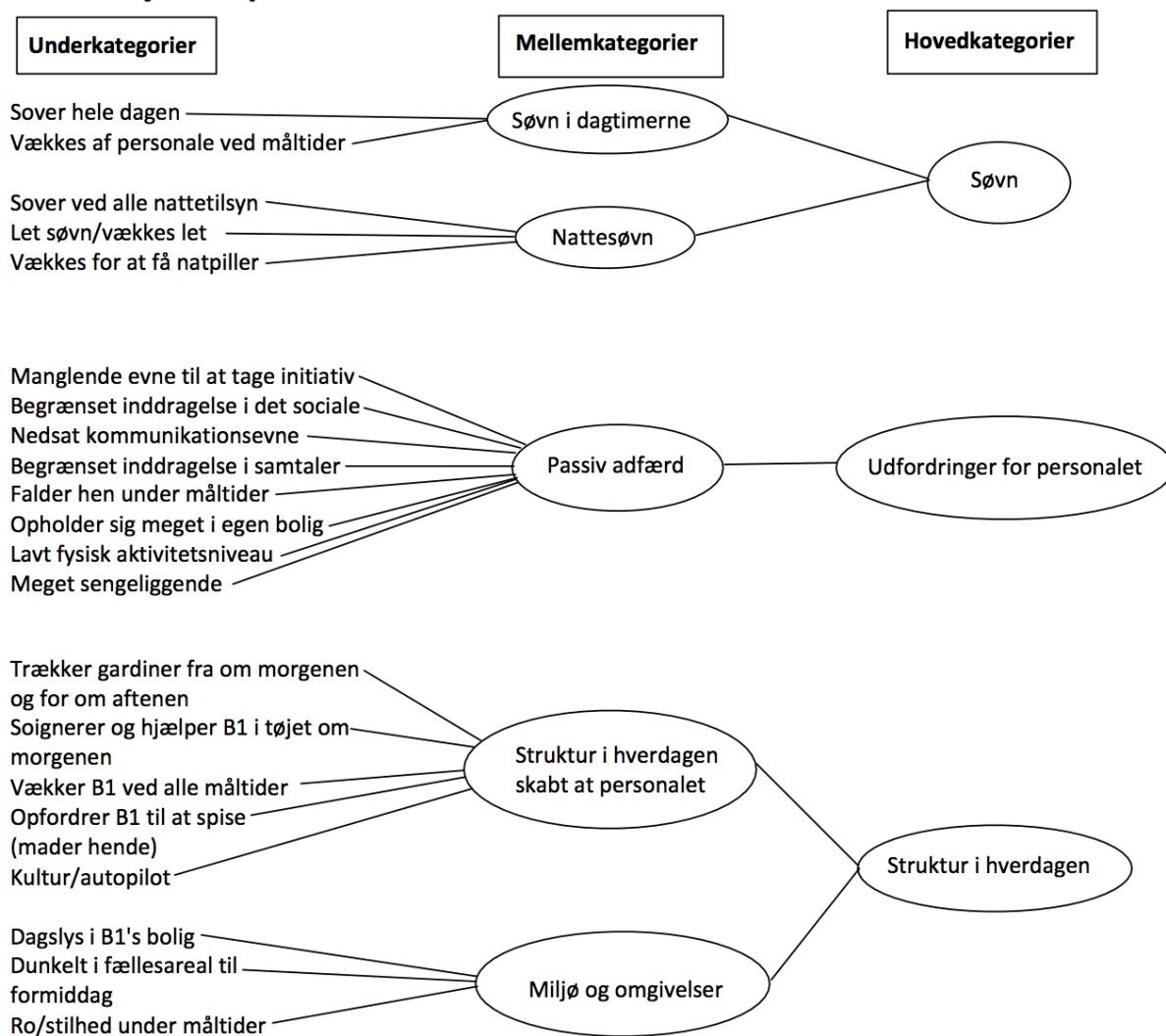
B1's passive adfærd samt manglende initiativtagen leder os videre til "struktur i hverdagen". Vi observerede, at personalet skabte struktur i hverdagen for B1 ved fx at vække hende om morgenen, trække gardinerne fra og hjælpe hende med soignering og at komme i tøjet. De sørgede for at vække hende til måltider og invitere hende med ud til spisebordet. Dog observerede vi også en kultur/autopilot i personalets arbejdsgange.

Dette italesætter P3: "... Så derfor bliver det lidt "vi plejer", selvom det nok ikke burde" (Bilag 4, s. 68). Vi observerede desuden, at personalet lagde B1 i seng efter frokost, uden at B1 havde givet udtryk for, at hun ville i seng.

Under alle måltider observerede vi stilhed. I dagtimerne var flere af gardinerne i fællesstuen trukket for, men i B1's bolig var gardinerne trukket fra.

Nedenfor illustreres vores fund hos B1 i et analysemap.

B1 analysemap



5.2.2 B2 fund

Søvn

“Søvn” kommer til udtryk hos B2 ved minimal søvn i dagtimerne. Vi observerede en borger, der ikke sov til middag men sad i fællesarealet og drak kaffe kl 12.20. P2 udtaler: ”Det er faktisk meget forskelligt, om hun sover middagslur eller ej. Det handler om, at vi som personale skal være vildt gode til at aflæse hendes signaler og “fange hende” på det rigtige tidspunkt, for så vil hun faktisk gerne have en lur” (Bilag 4, s. 72). Vi observerede derudover flere faktorer, som kan påvirke døgnrytmen fx indtagelse af kaffe samt dagslys i B2’s bolig og i fællesarealet. P2 fortalte, at B2 lige var blevet øget i antipsykotisk medicin: ”Medicinen gør, at hun sover længere om morgenen og skal vækkes af os. Hun har ellers altid været tidligt oppe og i gang fra morgenstunden med forskellige ting” (bilag 4, s. 72). P4 udtalte, at den antipsykotiske medicin desuden har medvirket til, at B2 ikke længere vandrer rundt, efter hun er blevet lagt i seng:

“Førhen stod hun altid op og vandrede rundt, efter hun var blevet lagt i seng. Men efter at hun er blevet øget i sin medicin, bliver hun liggende i sengen og sover hele natten”. Hun udtaler endvidere:” Der sker ikke så meget om natten her, i hvert fald ikke hos de demente. De sover jo bare hele natten” (Bilag 4, s. 76).

Udfordringer for personalet

“Udfordringer for personalet” viser sig i B2’s tendens til udadreagerende adfærd. P2 beskriver: “Det har været et kæmpe problem om aftenen, at hun har været vred og udadreagerende mod personalet, når hun skulle i seng. Hun er derfor lige steget i antipsykotisk medicin for at dæmpe hendes aggressive adfærd” (Bilag 4, s. 72). Vi observerede en borger, der vandrede rundt i fællesarealet, og som ofte sad og kiggede ud i luften i dagtimerne. P2 understøtter dette: ”...Hun er blevet meget mere passiv i løbet af dagtimerne” (Bilag 4, s.72). Ligeledes fortæller P4: ”Før hun blev øget i medicin, var hun meget aktiv og hjalp til med forskellige ting fx at skrælle kartofler og dække bord. Nu er det som om, at hun slet ikke ved, hvordan man gør de ting” (Bilag 4, s. 76). Personalet fortæller også, at B2 førhen var en betydningsfuld person i lokalsamfundet, som var meget aktiv og selvstændig.

Trods den passive adfærd og øgning i den antipsykotiske medicin fortæller P4: “Vi har dog stadig en udfordring med, at hun bliver sur og kan være svær at håndtere inden sengetid. Derfor er vi altid 2 ansatte inde hos hende, når det er” (Bilag 4, s. 76). Vi

observerede, at B2 inden sengetid blev hjulpet af to medarbejdere med at komme på toilet og i nattøjet. B2 sagde i den forbindelse: "Hvad er da det for noget? Hvorfor skal jeg det?" (Bilag 4, s. 74). Her observerede vi to medarbejdere, der håndterede situationen ved at guide B2 og forklare det, der skulle ske på en rolig måde. Personalets udfordring kom også til udtryk, da B2 skulle have sine natpiller, hvor B2 sagde: "Nej, hvad er nu det for noget? Nej, jeg vil ikke ha' den der!". Hertil svarede P4: "Det er dine natpiller. Det er doktoren der siger, du skal have dem". Vi observerede, at P4 prøvede at guide B2 af flere omgange ved at sige ting som: "Åben munden" og "kom med din hånd her" (Bilag 4, s. 75). Vi så, at B2 sad med pillen i hånden uden at føre den op til munden. Til sidst hentede P4 en ske, som hun lagde pillen på, hvorefter B2 tog den.

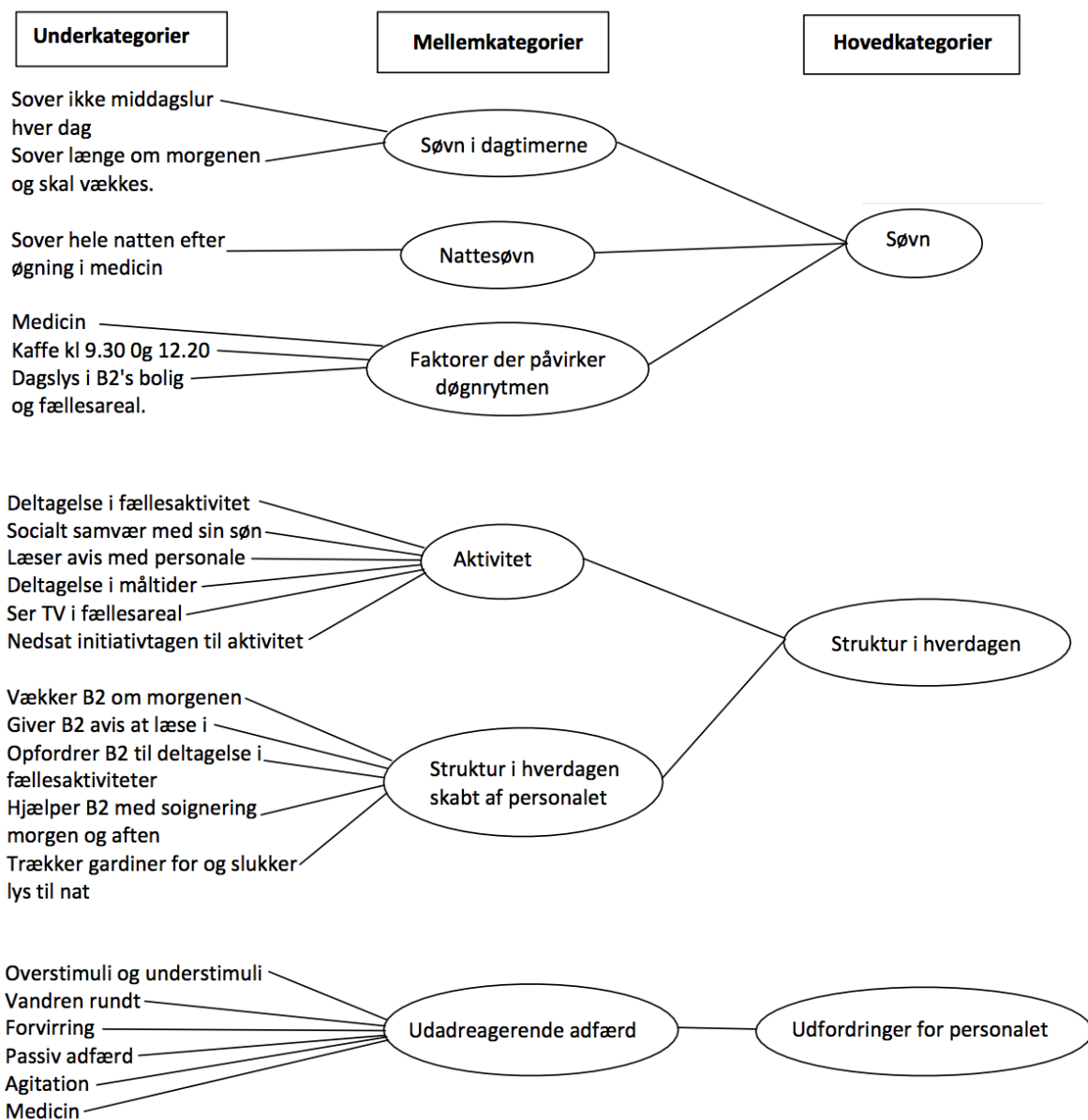
Struktur i hverdagen

"Struktur i hverdagen" viser sig bl.a. ved alle de aktiviteter, som B2 foretog i løbet af dagtimerne. Vi observerede, at B2 læste i avis med en medarbejder formiddag og eftermiddag, så fjernsyn i fællesarealet, deltog i måltider samt deltog i fællesaktivitet/kegling i dagcenteret. Hun deltog dog ikke aktivt i fællesaktiviteten men sad ved siden af sin søn og iagttog de andre. Vi så, at B2 smilede og holdt sin søn i hånden. P2 fortæller, at de passer meget på med overstimuli, da det kan føre til vrede og aggressivitet. Samtidig vil de ikke skærme hende for meget, da hun bliver rastløs og urolig, hvis hun er understimuleret. P2 udtaler: "... Så selvom hun ikke aktivt deltager i aktiviteten, så får hun meget ud af at sidde der, mærke stemningen osv." (Bilag 4, s. 72).

Vi observerede, at personalet skabte struktur i hverdagen for B2 ved at vække hende om morgenen, hjælpe hende i tøj, trække gardiner fra inde i B2's bolig, læse avis for hende, samt at opfordre hende til deltagelse i fællesaktiviteter. I fællesstuen observerede vi stilhed. I dagtimerne var alle gardinerne i både fællesstuen og B2's bolig gardinerne trukket fra.

Nedenfor illustreres vores fund hos B2 i et analysemap.

B2 analysemap



6. Diskussion

Formålet med dette afsnit er at opnå en forståelse af vores fund med afsæt i den valgte teori. Derudover vurderes vores teori, empiri og metode.

6.1 Diskussion af fund

Som tidligere nævnt var vores forforståelse, at borgere med demens ofte lider af døgnrytmeforstyrrelser, som påvirker deres søvn. Vi observerede mod forventning to borgere, som sov hele natten. B1 sov eller opholdt sig i sin seng størstedelen af døgnets timer, hvilket tilsyneladende ikke påvirkede hendes nattesøvn. Vi ved dog, at det at være sengeliggende øger risikoen for sengelejekomplikationer (45, 46). Samtidig kan B1's søvn i dagtimerne og mangel på deltagelse i sociale aktiviteter have store psykiske konsekvenser for hende. Forskning viser, at der er store sammenhænge mellem social isolation og symptomer på depression (47, p. 434). Vi ser derfor vigtigheden af, at B1 bliver inddraget i sociale aktiviteter. Ifølge Kitwood har alle mennesker, også borgere med demens, behov for tilknytning, inklusion og beskæftigelse. B1 har derfor behov for at være tilknyttet andre mennesker og føle sig som en del af et fællesskab. Hvis B1 ikke får opfyldt sit behov for inklusion, er der ifølge Kitwood sandsynlighed for, at hun går i forfald og trækker sig tilbage, indtil livet næsten fuldstændig leves i en bobbel af isolation (48, p. 91). Derudover beskriver Kitwood, at behovet for beskæftigelse altid er til stede hos borgere med demens, og at hvis folk fratages deres beskæftigelsesmuligheder, begynder deres evner at svinde ind, og deres selvværd forsvinder (48, p. 92).

Vi så, at personalet var opmærksomme på at invitere B2 med til fællesaktiviteter. De var bevidste om, hvilken betydning det havde for B2 at være med, selvom hun ikke deltog aktivt men blot sad og iagttog, mærkede stemningen og holdt sin søn i hånden. B2 fik på den måde styrket tilknytningen til sin søn, blev inkluderet i et fællesskab og beskæftiget ved at iagttage de andre beboere under fællesaktiviteten.

Til sammenligning så vi, at personalet ikke inviterede B1 til aktiviteter, og at hun fx ikke blev inddraget i samtaler under måltiderne. Personalet tog i høj grad hensyn til B1's ønske om at ligge i sin seng og sove. Faktisk i så høj grad at de pr. automatik hjalp hende i seng efter måltiderne, til trods for at hun ikke havde givet udtryk for, at hun ville i seng. De var indforstået med, at det var det, hun ville: "... Man kan vist godt sige, at

hun er en træt dame. Jeg burde jo nok have spurgt hende, om hun ville med hen og se lidt fjernsyn sammen med de andre efter aftensmaden. Men jeg ved jo, at hun vil sige nej, såå...” (Bilag 4, s. 68). B1’s inaktivitet og passive adfærd er uhensigtsmæssig, da den udover at øge risikoen for sengelejekomplikationer og depression, også kan føre til kedsomhed, hvilket kan øge søvn i dagtimerne (22, p. 3). Ud fra B1’s adfærd er det muligt at konkludere, at hun lider af døgnrytmeforstyrrelse. Forskning peger på at ekstrem søvn i dagtimerne kan være et typisk symptom på døgnrytmeforstyrrelse hos personer med AD. Denne ekstreme søvn i dagtimerne kan forårsage søvnforstyrrelser fx opvågninger om natten (22, p. 3). Personalet gav dog udtryk for, at B1 sov ved alle tilsyn om natten. Der kan dog stilles spørgsmålstejn ved hvor valid denne antagelse er, da personalet reelt ikke har et billede af hendes nattesøvn men kun øjebliksbilleder fra tilsynene.

B1 blev af flere medarbejdere identificeret som en “træt dame”. Ifølge Birkler er den måde, vi taler om ældre på ofte den måde, de bliver mødt på. Han beskriver tre måder, vi kan identificere andre mennesker på. Den “kvalitative identitet” er en måde at identificere den ældre gennem de kvaliteter, den enkelte borger udtrykker eller besidder. Han beskriver ligeledes, at der i ældreplejen ofte kan ske det, at der opstår en identifikation ud fra præferencer, som låser personen over længere tid. Det kan fx være, at man identificerer borgerne med ønske om noget specifikt, som generaliseres til alle situationer (44, p. 39-40). Udfordringen i denne situation er, at B1’s ønske om at sove i stedet for at deltage i aktiviteter bliver generaliseret til alle situationer. Personalet handler derved ud fra en forudindtaget forståelse af B1 ved fx ikke at invitere hende til aktiviteter men hjælpe hende i seng. B1 bliver derved ikke inkluderet i fællesskabet og bliver frataget sine beskæftigelsesmulighed, som ifølge Kitwood øger risikoen for at hun isolerer sig, og at selvværdet svinder ind (48, p. 92).

Vi ser, at der i B1’s situation opstår et etisk dilemma ift., om personalet skal tage hensyn til B1’s ønske eller ej. Ifølge de sygeplejeetiske retningslinjer er vi forpligtet til at yde omsorg samt at respektere borgerens ret til selvbestemmelse. “... Det vil sige at den enkelte patient, såfremt det er muligt, bevarer magten over egen tilværelse og retten til at træffe egne valg” (28, p. 6). Vi kan dog stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt B1 egentlig er i stand til at træffe egne valg pga. sin sygdom. Ifølge Birkler kan det diskuteres, hvorvidt det overhovedet giver mening at tale om et autonomt valg, når man taler om demens: “Hvis man derfor respekterer den ældres fravalg af behandling, har

man måske ikke respekteret dette menneske, men snarere respekteret en demenssygdom, som har fjernet valget”.

Han mener derfor, at det giver mening at snakke om et etisk dilemma, som er kendetegnet ved forholdet mellem omsorgspligt og omsorgssvigt (44, p.83). På den ene side bør personalet vise respekt for B1's ret til selvbestemmelse og dermed ønske om at sove og ikke at deltage i aktiviteter. På den anden side kan der være tale om omsorgssvigt, hvis personalet imødekommer dette ønske trods viden omkring risikoen for fx sengelejekomplikationer, social isolation og depression.

Ifølge Virginia Henderson er sygeplejerskens funktion: "... at bistå den enkelte, syg eller rask, med at udføre de aktiviteter til fremme eller genvindelse af sundheden, som han ville udføre for egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, vilje eller viden..." (26, p. 14). B1 har muligvis ikke den fornødne styrke, vilje eller viden til at træffe valget om, hvad der er bedst for hende, og det kan derved ses som personalets ansvar at bistå eller varetage dette. Komplexiteten af det etiske dilemma i denne situation opstår i, at de sygeplejeetiske retningslinjer samtidig forpligter sygeplejersken til at beskytte borgere, som ikke er i stand til at varetage selvbestemmelse (28, p. 7). Ifølge Birkler er en inhabil person kendetegnet ved det forhold, at personen ikke kan træffe en fornuftig beslutning og derfor heller ikke er den bedste til at vurdere, hvad der er bedst for ham eller hende. Set herudfra kan det betragtes som omsorgsfuldt at handle imod borgerens ønske (44, p. 83).

Samtidig kan der stilles spørgsmål til, hvad formålet med dette ville være, og hvilken gavn det ville gøre. Personalet udtaler : "Men hun er jo også gammel, så det er nok derfor, at hun sover så meget. Jeg kan godt forstå, at når man er i hendes alder, så er man nok bare træt og skal have lov at sove" (Bilag 4, s. 65). Med den forståelse kan det være svært at forestille sig, hvordan B1 skulle ændre sin adfærd. Set ud fra et socialpædagogisk perspektiv har alle mennesker ressourcer og et udviklingspotentiale uanset deres livssituation (43, p. 56). Ud fra dette perspektiv skal personalet opnå kendskab til disse ressourcer og støtte B1 til at udnytte sit udviklingspotentiale. Dette kræver, at personalet på plejecentret er i stand til at bryde identifikationen af B1 som "den trætte dame". Derudover kræver det, at personalet har den fornødne viden og de fornødne kompetencer og ressourcer. Vigtigheden heraf understøttes af National demenshandlingsplan 2025, som bl.a. har fokus på at øge kvaliteten af pleje, omsorg og rehabilitering samt at øge videns- og kompetenceniveauet (18, p. 9).

Et af de 3 mål for National demenshandlingsplan 2025 er, at en forbedret pleje- og behandlingsindsats skal nedbringe forbruget af antipsykotisk medicin blandt mennesker med demens med 50 pct frem mod år 2025 (18, p. 6). Ifølge personalet på plejecenteret var B2 lige blevet øget i antipsykotisk medicin pga. udadreagerende adfærd, som var blevet en stor udfordring for personalet. Vi ser, at der opstår et etisk dilemma ift. den farmakologiske behandling af B2's adfærd.

På den ene side er der indikation for behandlingen grundet hendes udadreagerende adfærd. Ifølge de sygeplejeetiske retningslinjer er vi forpligtet til at vise omhu for det sårbare liv - det vil sige, at den enkelte patient sikres både beskyttelse og omsorg. Dette indebærer også at beskytte patienten mod krænkende handlinger (28, p. 6-10). Når B2 bliver udadreagerende og vred, blotter og udstiller hun sig selv, hvilket kan ses som krænkende mod hendes værdighed. B2 skal derfor beskyttes mod sin egen adfærd for at støtte op omkring hendes værdighed og integritet. På dette grundlag kan det være hensigtsmæssigt at anvende farmakologisk behandling af den udadreagerende adfærd.

På den anden side viser forskning, at antipsykotisk medicin kan have uhensigtsmæssige og alvorlige bivirkninger som parkinsonisme, sedation, risiko for fald, øget risiko for blodprop i hjerne og hjerte samt øget dødelighed (49). Ifølge National demenshandlingsplan 2025 får 20 pct af borgere med demens antipsykotisk medicin, til trods for at de faglige anbefalinger er klare - mennesker med demens skal som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotiske lægemidler (18, p. 6).

Førhen havde B2 tendens til at vandre omkring om aftenen og natten. Efter hun er blevet øget i antipsykotisk medicin, bliver hun liggende i sin seng og sover hele natten. Personalet mærker desuden, at det er blevet nemmere at håndtere hende i de situationer, som førhen var udfordrende. Medicinen har på den måde haft en ønsket virkning. Dog fortæller de også, at B2 er blevet meget passiv efter øgning i medicin. Førhen var hun en meget aktiv kvinde, som havde styr på alt og hjalp til i hverdagsaktiviteterne på plejecentret, hvilket bidrog til at opretholde hendes identitet og værdighed (48, p. 92). Hun har været en betydningsfuld person i lokalsamfundet, og har derfor haft en stærk identitet. Nu er det som om, at hun ikke længere kan finde ud af de samme ting. Man kan derfor også tale om en stor risiko for tab af identitet. Ifølge Kitwood er det et stort psykisk behov at opretholde sin identitet, også for borgere med demens. Det indebærer at vide, hvem man er både kognitivt og følelsesmæssigt. Kitwood nævner, at der er flere kilder til at hjælpe borgere med demens til at opretholde sin identitet, og at det bl.a. kan gøres gennem opfyldelse af andre psykiske

behov som tilknytning, inklusion og beskæftigelse (48, p. 92). Men da B2 pga. den antipsykotiske medicin er blevet mere passiv, begrænser dette hende ift. opfyldelse af disse behov, da hun ikke længere kan deltage aktivt i aktiviteter og socialt samvær som tidligere. Vi ser derfor en risiko for nedsat livskvalitet som følge af øgning i antipsykotisk medicin.

Ud fra B2's adfærd og struktur i hverdagen kan vi ikke umiddelbart konkludere, at hun lider af døgnrytmeforstyrrelser. Dog viste hun til trods for øget dosis af antipsykotisk medicin stadig tydelige symptomer på sundowning så som formålsløst vandren rundt om aftenen og tendens til forvirring. Når en person viser symptomer på sundowning, bør personalet have en problemløsende tilgang. Det handler om at identificere årsagen til hendes adfærd (21, p. 545). Dette understøttes af Kitwoods tankegang om at se mennesket med demens og ikke blot sygdommen "Vores referenceramme bør ikke længere være person-med-DEMENS men PERSON-med-demens" (48, p. 17).

På baggrund af ovenstående ser vi, sygeplejersken har en vigtig rolle ift. at øge kvaliteten af demensplejen. Da personer med demens kan have mange komplekse problemstillinger og behov, hvilket kommer tydeligt til udtryk i vores fund, kræver det en tværprofessionel indsats (50, p. 57). Sygeplejerskens formidlende og udviklende funktion kan derfor bidrage til den tværprofessionelle indsats gennem hendes særlige viden på området (24, p. 23-4).

6.2 Vurdering af teori

Vi vurderer, at Tom Kitwoods teori har været relevant at anvende i dette projekt, da hans teorier og synspunkter er forskningsbaseret og underbygger den udvikling, som demensplejen i Danmark har undergået gennem de seneste årtier (48, p. 7). Det unikke ved Kitwoods teori er, at han har fokus på mennesket med demens og ikke selve demenssygdommen, hvilket går godt i spænd med vores humanistiske tilgang og menneskesyn. Til trods for at teorien er udviklet i 80'erne til sundhedsvæsenet i England, og at der muligvis er sket en stor udvikling af demensplejen siden da, er den personcentrerede pleje anvendt i vid udstrækning på plejecentre i Danmark (43, p. 61). Teorien er beriget med eksempler og beskrivelser fra hverdagssituation, hvilket gør den praksisnær og anvendelig. Vi har fundet hans teori yderst anvendelig ift. de fund, vi har gjort os i praksis.

Med vores induktive tilgang til analysen samt de fund der opstod, stod det klart for os, at der i praksis udspillede sig nogle etiske dilemmaer. Vi fandt det derfor yderst relevant at inddrage Jacob Birklers beskrivelser af etik i ældreplejen. Et kritikpunkt af Birklers beskrivelser er, at de lægger op til en refleksion i praksis. Der kan stilles spørgsmålstejn ved, om det er realistisk at reflektere, når man står i det etiske dilemma i praksis, og om personalet på plejecentret på tværs af faggrupper har de faglige kompetencer til at skabe det reflektive niveau, som hans beskrivelser forudsætter.

Da vi som studerende har begrænset praksiserfaring og derfor begrænset kendskab til innovativ tankegang i praksis, har Lotte Darsø's innovationspædagogik været yderst anvendelig og skabt en dynamisk læreproces for os. Darsø's innovationsproces, innovationsdiamanten og de to arbejdsrammer, prejekt og projekt har givet os en ramme for den innovative proces, som har medvirket til, at vi har turdet at holde vores beslutningsrum åbent og befinde os i ikke-viden feltet og derved åbne op for muligheden for innovativ krystallisering.

Den valgte teori er blot vores bud på, hvordan dele af virkeligheden kan opfattes og tolkes. Vi er derfor opmærksomme på, at brug af andre teorier og teoretikere kunne have givet nogle andre resultater og en anden forståelse af vores empiri.

6.3 Vurdering af empiri

Formålet med indsamling af vores empiri var at indsamle data til at undersøge og besvare vores problemformulering. Vi ønskede at se, hvordan hverdagen blev struktureret hos borgere med AD med fokus på døgnrytme og søvn. Det, vi så i praksis, var 2 borgere, som ifølge personalets udtalelser sov hele natten. Grundet vores forforståelse og viden omkring døgnrytme og søvn hos personer med AD, havde vi en forventning om at møde 2 borgere med udtalte døgnrytmeforstyrrelser, som påvirkede nattesøvnen. Men på baggrund af det, vi observerede og personalets udtalelser, kom denne problemstilling ikke til udtryk i vores fund.

Vores fund belyste problemstillinger, vi ikke havde forudset, hvilket har givet projektet et nyt fokus i forhold til struktureringen af hverdagen. Dette nye fokus opstod på baggrund af de tre hovedkategorier, vi udledte i vores analyse: "søvn", "struktur i hverdagen" og "udfordringer for personalet". Kategorierne belyste nogle uventede problemstillinger ift. borgernes psykiske behov og etiske dilemmaer, som derfor blev

udgangspunktet for vores diskussion. Derfor bliver vores konklusion på projektet anderledes end forventet. Det nye fokus i projektet ændrer imidlertid ikke på relevansen af vores problemformulering, da vi i vores problembekendtgørelse, på baggrund af relevant viden og international forskning, har begrundet vigtigheden af, at skabe større fokus på døgnrytme og søvn hos borgere med AD.

Vi vurderer, at vores nye fokusområder er relevante, da et øget fokus på personcentreret pleje og etiske dilemmaer i ældreplejen kan bidrage til at skabe værdi for både borgere og personale. Denne værdi kan komme til udtryk i form af øget videns- og kompetenceniveau eller øget refleksion i praksis, som vil være med til at forbedre kvaliteten af plejen og dermed øge livskvaliteten for borgerne. Dette underbygges af "National demenshandlingsplan 2025", som siger, at grundlaget for en forbedret demensindsats først og fremmest er, at vidensniveauet i Danmark skal højnes (18, p. 41). Derudover er det helt afgørende, at de indsatser, der gives til mennesker med demens, tager højde for den enkeltes behov, ønsker og ressourcer (18, p. 23).

Vi er bevidste om, at vores fund og ændrede fokus kan ses som et resultat af den valgte metode til indsamling af empiri, hvilket leder os videre til vurdering af denne.

6.4 Vurdering af metode

Vi er gået ind til vores observationer og uformelle samtaler med en hermeneutisk tilgang og vores forforståelser i parentes. Det kan diskuteres, om det er en fordel eller en hindring, at vi allerede inden vores observationer har foretaget litteratursøgninger og gennemgået litteratur og forskning omkring vores problemformulering. Dette kan risikere at mindske vores objektivitet og neutralitet, da man ifølge Birkler principielt aldrig kan frigøre sig helt fra sin forståelseshorisont (36, p. 99). Vi er derfor opmærksomme på, at projektet kunne have haft et andet udfald, hvis vi havde anvendt en anden videnskabsteoretisk tilgang. Den induktive metode viste sig at være tidskrævende og et stort arbejde, som til tider udfordrede os grundet projektets omfang og den snævre tidsramme. Vi vurderer dog, at både den hermeneutiske og den induktive tilgang har været yderst relevante til at undersøge problemformuleringen.

En kvalitativ undersøgelses validitet baseres på 4 aspekter: Troværdighed, overførbarhed, konsistens og transparens (51). Formålet med vores projekt er klart

beskrevet, og vores metode er tydeligt beskrevet og begrundet, hvilket øger troværdigheden af projektet. Vi har under arbejdet med projektet diskuteret og drøftet det indbyrdes i gruppen og med vores vejleder. Derudover har vi kombineret den deltagende observation med uformelle samtaler og har på den måde anvendt triangulering, som også bidrager til troværdighed i projektet.

Vi har i metodeafsnittet grundigt beskrevet konteksten for observationerne samt beskrevet og begrundet udvælgelsen af informanter, hvilket er med til at øge overførbareheden af projektet. Et kritikpunkt kan være, at vi grundet opgavens omfang og tidsramme har været begrænset ift. antallet af observationer samt mængden af data, vi har kunnet nå at gennemarbejde. Vores mængde af data har derfor været relativt lille, hvilket gør, at vores fund kan ses som øjebliksbilleder. Vi er derfor opmærksomme på, at vores fund og observationer blot afspejler vores fortolkninger af virkeligheden og ikke kan generaliseres, hvilket mindsker overførbareheden. For at øge mængden af data til gennemarbejdelse kunne det have været hensigtsmæssigt at observere borgere med AD af forskellige køn over markant længere tid og evt. på flere forskellige plejecentre.

En af opgavens svagheder kan være, at vi selv har udvalgt, hvilke uformelle samtaler der skulle transskriberes og indgå i vores empiri. Vi er bevidste, om at transskribering ikke kan dække over mundtlige samtaler, og at der er en risiko for overfortolkning, da en vigtig del af kommunikationen, det nonverbale, går tabt. Vi er derfor gået ind til analysen med en bevidsthed om vores forforståelse og risikoen for overfortolkning. For at øge validiteten af de udvalgte uformelle samtaler har vi været præcise og loyale under transskribering. Samtidig har vi grundigt beskrevet vores position i feltet gennem beskrivelse af vores forforståelse og vores etiske overvejelser, hvilket øger opgavens transparens.

Vi har igennem opgaven detaljeret beskrevet vores analyseproces og overskueliggjort og beskrevet vores fund gennem analysemaps. For at øge troværdigheden og stringensen af vores fund, har vi noteret feltnotater tidstro samt udarbejdet og anvendt observationsguides. Derudover har vi anvendt citater til at understøtte vores tolkning af fundene samt beskrevet sammenhængen mellem problemformulering, fund og konklusion. Ovenstående øger konsistensen og stringensen af projektet.

Trods vores kritiske vurdering af vores anvendelse af metoden, vurderer vi, at observationsstudie kombineret med uformelle samtaler har været en relevant og brugbar metode til undersøgelse af vores problemformulering.

7. Konklusion

Formålet med dette projekt var at undersøge, hvordan hverdagen struktureres hos borgere med Alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi det tilfører sygeplejerskens virksomhedsområde.

Ud fra projektets analyse og diskussion kan vi konkludere, at B1 og B2's hverdag i høj grad blev struktureret af plejecentrets personale, da de begge grundet deres sygdom ikke selv var i stand til at tage initiativer til at skabe denne struktur. Måden, deres hverdag blev struktureret, påvirkede tilsyneladende ikke deres nattesøvn. De faktorer, der strukturerede B1's hverdag, var måltider, toiletbesøg og søvn der imellem. Grundet B1's ekstreme mængde søvn hen over døgnet kan det konkluderes, at hun lider af døgnrytmeforstyrrelse. På baggrund af vores diskussion kan vi konkludere, at denne døgnrytmeforstyrrelse kan medvirke til, at B1 ikke får dækket sine psykiske behov, og at der opstår et etisk dilemma mellem omsorgssvigt og omsorgspligt. Det står derfor klart for os, at det ikke altid er omsorg at handle ud fra borgerens ønske.

B2's struktur i hverdagen bestod af flere faktorer, som var med til at opretholde hendes døgnrytme. Grundet B2's tendens til udadreagerende adfærd kan vi på baggrund af vores diskussion konkludere, at adfærden kan tyde på sundowning. B2's øgning i antipsykotisk medicin har medvirket til en passiv adfærd, og det kan konkluderes, at denne adfærd muligvis resulterer i, at B2 ikke får dækket sine psykiske behov, og at der opstår et etisk dilemma ift. brugen af antipsykotisk medicin til behandling af hendes agitation.

Gennem vores analyse og diskussion står det tydeligt for os, at vores projekt har fået et nyt perspektiv med et yderst relevant fokus på borgernes psykiske behov og de etiske dilemmaer. Vi kan konkludere, at disse faktorer udgør en udfordring for personalet i plejen af de 2 borgere ift. strukturering af hverdagen. Det konkluderes, at der derfor er behov for øget videns- og kompetenceniveau ift. den personcentrerede pleje, hvilket underbygges af National demenshandlingsplan 2025.

Vi ser derfor, at sygeplejerskers virksomhedsområde tilføres værdi ved, at de får en afgørende rolle som led i at øge videns- og kompetenceniveauet. Sygeplejerskens

formidlende og udviklende funktion kan være med til at højne kvaliteten af plejen gennem tværprofessionelt samarbejde med personalet på plejecentret.

Vi vurderer, at vi med denne konklusion besvarer vores problemformulering. Til trods for at projektet bygger på en begrænset mængde data, kan det konkluderes, at der fortsat er behov for et større fokus på døgnrytme og søvn hos borgere med AD, og at det vil være yderst relevant med yderligere undersøgelse af dette.

8. Perspektivering

Gennem dette innovative bachelorprojekt ønskede vi at bidrage med input og idéer til udvikling af eksisterende praksis på plejecentret. Ud fra vores fund og diskussion har vi identificeret problemstillinger på plejecentret ift. psykiske behov og etiske dilemmaer hos borgere med AD. Denne nye viden har bidraget til en ny forståelse af, hvordan plejecenteret kan udvikle deres praksis med henblik på personcentreret pleje. Vi vil derfor perspektivere til, hvad Dementia Care Mapping (DCM) kan bidrage med til plejecentret, og hvorfor denne metode er yderst relevant for at øge kvaliteten i praksis.

DCM er en observationsmetode, som benyttes til at evaluere og kvalitetsudvikle plejen og omsorgen for mennesker med demens. Metoden kan vise, i hvilken udstrækning plejecentret udfører personorienteret pleje og omsorg og identificere de områder, hvor plejen er af høj kvalitet og de områder, der kan udvikles. Metoden kan dermed også belyse de psykiske behov og etiske dilemmaer, som udspiller sig på plejecentret. En udefrakommende certificeret "mapper" observerer overordnet set på aktivitet og graden af velvære hos borgeren med demens samt situationer, hvor interaktionen mellem borgeren og omsorgsgiveren er særligt positiv eller negativ (52). På baggrund af observationerne udarbejdes en rapport, som gennemgås med personalet på plejecenteret, hvorudfra der udarbejdes en handleplan (53).

Vi observerede, at der i arbejdsgangen på plejecentret bl.a. opstod en kvalitativ identifikation af B1, som resulterede i en forudindtaget pleje - en form for "autopilot". Denne "autopilot" er ifølge Peter Maindal, direktør for Vendlet, innovationens største fjende. Det kan være en udfordring for personalet selv at identificere denne "autopilot" og de områder, hvor plejen kan forbedres. DCM kan bidrage til dette, da den gør brug af en udefrakommende "mapper" til observation af plejen, hvilket ifølge sundhedsstyrelsen er enormt vigtigt, da dataerne ellers kan blive farvet af et

forhåndskendskab (53). I plejecentrets tilfælde kunne det fx være en udekørende sygeplejerske fra distriktet, som blev certificeret som "mapper", der kunne samarbejde med plejecentret.

Vi observerede desuden, at personalet på plejecentret havde udfordringer med håndteringen af B2's udadreagerende adfærd.

Der er i Danmark 2 kommuner, som har arbejdet med DCM, hvilket har vist sig at have positiv effekt for beboere og personale. En af kommunerne konkluderer bl.a., at borgerne får et bedre liv, at risikoen for udviklingen af sekundære symptomer som ukontrollerbar adfærd mindskes, og at brugen af psykofarmaka tilsvarende mindskes. Personalet får værktøjer, de kan bruge, som mindsker magtesløse situationer (54). Resultaterne fra disse 2 kommuner understøtter, at DCM kan være et godt værktøj til plejecentrets personale i plejen af borgere med tendens til agitation.

DCM kan desuden gennem inddragelse af personalet og feedback skabe øget refleksion hos personalet på plejecentret. Et kvalitativt norsk studie har vist, at DCM øger både egen og fælles refleksion ift. tilgangen til borgere med demens (53). Vi vurderer derfor, at DCM kan være yderst relevant og værdifuldt som refleksionsredskab ift. de udfordringer, vi observerede i praksis. Denne øgede refleksion kan også bidrage til at øge innovationskompetencerne hos personalet på plejecentret. Refleksionen kan bidrage til, at personalet tør bevæge sig ud i ikke-viden området, hvilket er en nødvendighed for at skabe gnisten til innovation (2, p. 69).

Vi ser, at der i implementeringen af DCM kan opstå udfordringer. Det kan være intimiderende for personalet at blive observeret, hvilket kan fremprovokere forskningseffekten (37, p. 106). Dette kan påvirke det tværprofessionelle samarbejde negativt, således at der udarbejdes en handleplan, som ikke er realitetstro, og derfor ikke afspejler de områder, hvor der reelt er behov for kvalitetsudvikling. Endvidere kan det være en udfordring for personalet at skulle modtage feedback på observationerne. Ifølge sundhedsstyrelsen er det derfor vigtigt at skabe trygge rum, hvor der tages højde for at give god og konstruktiv feedback. Derudover er det vigtigt at inddrage personalet i beslutningsprocesserne, så personalet opnår ejerskabsfølelse og bliver villige til at ændre adfærd og lære nye tilgange og dermed fremme kvalitetsudviklingen (53).

Implementerings- og kvalitetsudviklingsprocessen kan være kompleks og fremmes ifølge sundhedsstyrelsen af tre drivkræfter: Ledelse, kompetencer og organisering. De nævner, at individuelle forhold, interpersonelle forhold og institutionelle forhold kan påvirke implementeringen (53). En central metode til kvalitetsforbedring kan derfor med fordel tage afsæt i PDSA cirklen (55, p. 19).

Da der forventes en markant stigning i antallet af borgere med demens i Danmark, vurderer vi, at det er en forudsætning at udvikle og anvende innovation for at kunne imødekomme de mål, som National demenshandlingsplan 2025 har opstillet. Derfor er DCM i stigende grad en yderst relevant innovativ intervention, da den kan øge kvaliteten af demensplejen gennem personcentreret pleje. Vi er opmærksomme på, at implementeringen af DCM kræver økonomiske og ressourcemæssige forudsætninger, og vi ser derfor, at der udspringer nogle nye problemstillinger, som er yderst relevante at arbejde videre med. Er det overhovedet realistisk for de forskellige faggrupper på plejecentret at arbejde mod målene for National demenshandlingsplan 2025, når nuværende ressourcer, normering, arbejdsmiljø og arbejdsvilkår tages i betragtning? Hvilken værdi kan det tilføre demensplejen og sygeplejerskens virksomhedsområde, hvis der kommer større fokus på udviklingen af innovationskompetence hos personalet på plejecentret?

9. References

1. Vendlet. Om Vendlet ApS [Internet]. [Date unknown] [cited 2018 Oct 10]. Available from: <https://www.vendlet.dk/om-os/om-vendlet-aps>
2. Darsø L. Innovationspædagogik - kunsten at fremelske innovationskompetence. Frederiksberg C: Samfundslitteratur; 2011.
3. Christensen M, Seneca A. Kend din kerneopgave - innovation til hverdag. København: Gyldendal A/S; 2012.
4. Dansk Sygeplejeråd. Patientens søvn er grundlæggende sygepleje [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 9]. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-2/patientens-soevn-er-grundlaeggende-sygepleje>
5. Aarslew-Jensen B, Suhr L. Søvn og hvile. In: Suhr L, Winther B, editors. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2011; p. 345-74.
6. Dansk Sygeplejeråd. Søvn holder hjernen ved lige [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 12]. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-2/soevnen-holder-hjernen-ved-lige>
7. Gerlach J. Søvn. København: PsykiatriFondens Forlag; 2003.
8. Dansk Sygeplejeråd. Dårlig søvn er livsfarlig [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 9]. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2016-2/daarlig-soevn-er-livsfarlig>
9. Shi L, Chen SJ, Ma MY, Bao YP, Han Y, Wang YM, et al. Sleep disturbances increase the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis. Sleep Medicine Reviews. 2018; (40): 4-16.
10. Gammeltoft S, Holm A, Kornum BR. Hjernens regulering af søvn. In: Jennum P, editor. Søvn. København: Munksgaard; 2013; p. 39-49.
11. Hannibal J, Martiny K. Døgnrytmer og det circadiane system. In: Jennum P, editor. Søvn. København: Munksgaard; 2013; p. 51-8.
12. Lim MM, Gerstner JR, Holtzman DM. The sleep-wake cycle and Alzheimer's disease: what do we know?. Neurodegenerative Disease Management. 2014; 4(5): 351-62.
13. Vgenopoulou I, Katsa ME, Tzavella F. Melatonin Levels in Alzheimer Disease. International Journal of Caring Sciences. 2015; 8(2): 499-506.
14. Nationalt videnscenter for demens. Fordeling af demenssygdomme [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/fordeling-af-demenssygdomme/>

15. Torup L, Torup AW. Nervesystemet. In: Viborg AL, Torup AW, editors. Sygdomslære – hånden på hjertet. København: Munksgaard; 2014; p. 341-401.
16. Nationalt videnscenter for demens. Forekomst af demens i Danmark [Internet]. 2018 [cited 2018 Oct 15]. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/statistik/forekomst-af-demens-i-danmark/>
17. Alzheimerforeningen. Fakta om demens [Internet]. [Date unknown] [cited 2018 Oct 15]. Available from: <https://www.alzheimer.dk/viden-om-demens/fakta-om-demens/>
18. Sundheds- og ældreministeriet. Et trygt og værdigt liv med demens - National demenshandlingsplan 2025 [Internet]. København: Sundheds- og ældreministeriet; 2017 [cited 2018 Oct 19]. Available from: https://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2017/Demenshandlingsplan-2025-Et-trygt-og-vaerdigt-liv-med-demens/Demenshandlingsplan-2025-Et-trygt-og-vaerdigt-liv-med-demens.ashx
19. Ældresagen. Beboere på plejehjem er som oftest demente [Internet]. [Date unknown] [cited 2018 Oct 17]. Available from: <https://www.aeldresagen.dk/presse/maerkesager/demens/fakta/beboere-paa-plejehjem-er-som-oftest-demente>
20. Nationalt videnscenter for demens. Aggression og agitation ved demens [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 29]. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/symptomer-paa-demens/psykiatriske-symptomer/aggression-og-agitation-ved-demens/>
21. Nazarko L. Tackling 'sundowning' in dementia care. British Journal of Healthcare Assistans. 2011; 5(11): 544-7.
22. Weldemichael DA, Grossberg GT. Circadian Rhythm Disturbances in Patients with Alzheimer's Disease: A Review. International Journal of Alzheimer's Disease. 2010: 1-9.
23. Viden til velfærd. Markante forskelle i normeringen på danske plejecentre [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 29]. Available from: <https://vive.dk/2017/11/markante-forskelle-normeringen-paa-danske-plejecentre/>

24. Winther B, Madsen KH. Sygeplejefprofessionen. In: Suhr L, Winther B, editors. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2011; p.19-49.
25. Agerholm AH, Chræmmer T. Sygeplejersken på arbejde. In: Frederiksen K, Glinsvad B, editors. Fag – grundbog i sygepleje. København: Munksgaard; 2014; p. 21-44
26. Henderson V. ICN - Sygeplejens grundlæggende principper. 7th ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2012.
27. Figueiro MG. Light, sleep and circadian rhythms in older adults with alzheimer's disease and related dementias. Neurodegenerative Disease Management. 2017; 7(2): 119-45.
28. Sygeplejeetisk Råd. De Sygeplejeetiske Retningslinjer - Vedtaget på Dansk Sygeplejeråds kongres 20. maj 2014 [Internet]. København: Dansk Sygeplejeråd; 2014 [cited 2018 Oct 30]. Available from: https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf
29. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2013 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2013/~media/1AB1A34E3A664E4D83A4127328ADB17.ashx>
30. Nationalt videnscenter for demens. Alzheimers sygdom [Internet]. 2017 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/neurodegenerative-demenssygdomme/alzheimers-sygdom/>
31. Nationalt videnscenter for demens. Symptomer og forløb ved Alzheimers sygdom [Internet]. 2016 [cited 2018 Oct 30]. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/neurodegenerative-demenssygdomme/alzheimers-sygdom/symptomer-og-forloeb-ved-alzheimers-sygdom/>
32. Jennum P. Normal søvn og klassifikation af søvnsygdomme. In: Jennum P, editor. Søvn. København: Munksgaard; 2013; p.15-25.
33. Den danske ordbog. Ordbog [Internet]. [date unknown] [cited 2018 Oct 30]. Available from: <https://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=Værdi>
34. Willman A, Stoltz P, Bahtsevani C. Evidensbaseret sygepleje – en bro mellem forskning og klinisk virksomhed. 2nd ed. København: Gads forlag; 2007.

35. Hørmann E. Litteratursøgning. In: Glasdam S, editor. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder. 2nd ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015; p. 37-49.
36. Birkler J. Videnskabsteori - en grundbog. København: Munksgaard Danmark; 2005.
37. Kristiansen S, Krogstrup HK. Deltagende observation. 2nd ed. Hans Reitzels Forlag; 2015.
38. Wind G. Antropologisk feltarbejde. In: In: Glasdam S, editor. Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder. 2nd ed. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2015; p.130-41.
39. Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr 877 af 04/08/2011.
40. Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 191 af 28/02/2018.
41. University College Lillebælt - Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle. Juridiske retningslinjer for indsamling af patientdata til brug i opgaver og projekter - Sygeplejerskeuddannelsen i Vejle [Internet]. Vejle: University College Lillebælt; 2018 [cited 2018 Nov 13]. Available from: <http://esdhweb.ucl.dk/1317137.Juridiske%20retningslinjer%20for%20indsamling%20af%20data.pdf>
42. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing. 2008; 62(1): 107-15.
43. Kabel S. Hvidbog om demens og socialpædagogik - hvordan socialpædagogikken kan styrke den tværfaglige indsats på demensområdet. Aarhus: Forlaget steenkabel for Socialpædagogerne; 2017.
44. Birkler J. Etik i ældrepleje. København: Munksgaard; 2017.
45. Beyer N, Kjær M. Generelle fysiologiske konsekvenser af sengeleje og immobilitet. In: Beyer N, Poulsen I, editors. Inaktivitet og immobilitet - i et tværfagligt perspektiv. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2010; p. 23-38.
46. Hansen BK, Schmidt RD. Mobilitet og immobilitet. In: Suhr L, Winther B, editors. Basisbog i sygepleje - krop og velvære. 2nd ed. København: Munksgaard Danmark; 2011; p. 311-44.
47. Choi H, Irwin MR, Cho HJ. Impact of social isolation on behavioral health in elderly: Systematic review. World Journal of Psychiatry. 2015; 5(4): 432-38.
48. Kitwood T. En revurdering af demens - personen kommer i første række. København: Munksgaard Danmark; 1999.

49. Nationalt videnscenter for demens. Antipsykotisk behandling ved demens [Internet]. 2017 [cited 2018 Dec 03]. Available from: <http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/behandling-af-demenssygdomme/behandling-af-psykiatriske-symptomer/medicinsk-behandling-af-psykiatriske-symptomer/antipsykotisk-behandling/>
50. Andersen MS. Analyse, vurdering og gennemførelse af rehabilitering ved demenssygdomme. In: Kallehauge JG, Andersten MS, Jensen L. Rehabilitering ved demenssygdom – sundhedsmæssige, sociale og omgivelsesmæssige indsatser. København: Munksgaard; 2012; p. 57-85.
51. Høstrup H, Schou L, Poulsen I, Larsen S, Lyngsø E. Vurdering Af Kvalitative Studier - VAKS [Internet]. 2009 [cited 2018 Dec 05]. Available from: <http://dasys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>
52. Dansk sygeplejeråd. Dementia care mapping [Internet]. 2000 [cited 2018 Dec 08]. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2000-11/dementia-care-mapping>
53. Sundhedsstyrelsen. Tema om Dementia Care Mapping til mennesker med demenssygdom [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 08]. Available from: <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/tema-om-dementia-care-mapping>
54. Sundhedsstyrelsen. Praksis eksempler ved Dementia Care Mapping [Internet]. 2015 [cited 2018 Dec 08]. Available from: <https://www.sst.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/~/.link.aspx?id=B2B4D58844A14D218E71B9177EF9D252&z=z>
55. Kousholt C, Kousholt HB. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. 5th ed. Kommuneforlaget A/S; 2012.

Anvendt referencestandard: Vancouver

10. Bilagsliste

Bilag 1 Litteratursøgning	s.
Bilag 2 Samtykkeerklæringer	s.
Bilag 3 Observationsguide	s.
Bilag 4 Feltnotater	s.

Bilag 1 Litteratursøgning

Søgning 1

S5	 S1 AND S2 AND S3	Limiters - Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (12) 
S4	 S1 AND S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (14) 
S3	 (MH "Circadian Rhythm")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,434) 
S2	 (MH "Sleep")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (14,960) 
S1	 (MH "Alzheimer's Disease")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (26,673) 

I denne søgning benyttede vi kun 3 MeSH søgeord, for at lave en bred søgning.

Inklusionskriteriet var, at artiklerne skulle være peer reviewed, hvilket gav os 12 hits.

Heraf fandt vi 3 relevante artikler:

- *“Light, sleep and circadian rhythms in older adults with alzheimer’s disease and related dementias”.*
- *“Effect on Increased Time Spent Outdoors on Individuals with Dementia Residing Nursing Homes”*
- *“Circadian Rhythm Disturbances in Patients with Alzheimer’s Disease: A Review”*

Søgning 2

S41	 S5 AND S22 AND S37	Limiters - Full Text; Published Date: 20080101-20171231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (14)
S40	 S5 AND S22 AND S37	Limiters - Full Text; Published Date: 20080101-20171231 Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (15)
S39	 S5 AND S22 AND S37	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (17)

S38	 S5 AND S22 AND S37	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (90)	
S37	 S23 OR S24 OR S25 OR S26 OR S27 OR S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32 OR S33 OR S34 OR S35 OR S36	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (9,166)	
S36	 daylight	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (326)	
S35	 light exposure treatment	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (19)	
S34	 light exposure	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (790)	
S33	 sundowning and dementia	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (32)	
S32	 sundowning	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (49)	
S31	 body clock	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (106)	
S30	 circadian rhythm disorder	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (668)	
S29	 circadian rhythm disruption	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (136)	
S28	 circadian cycle	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (168)	
S27	 circadian clock	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (399)	
S26	 circadian rhythms	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,492)	
S25	 (MH "Melatonin")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (2,123)	
S24	 (MH "Sleep Disorders, Circadian Rhythm")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (524)	
S23	 (MH "Circadian Rhythm")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,433)	
S22	 S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14 OR S15 OR S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (34,549)	
S21	 daytime sleepiness	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,894)	
S20	 daytime sleep	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,726)	
S19	 sleep problems	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,236)	
S18	 sleepiness	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,511)	
S17	 bad sleeping habits	Search modes - SmartText Searching	 View Results (316)	
S16	 bad sleeping habits	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (0)	

S15	 bad sleep habits	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (4)	
S14	 bad sleep	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (85)	
S13	 poor sleep quality	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (1,115)	
S12	 sleep study	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,762)	
S11	 sleep disturbance	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (5,386)	
S10	 sleep quality	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (6,379)	
S9	 (MH "Sleep Disorders")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (9,564)	
S8	 (MH "Sleep Hygiene")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (183)	
S7	 (MH "Sleep Deprivation")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (3,168)	
S6	 (MH "Sleep")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (14,953)	
S5	 S1 OR S2 OR S3 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (35,009)	
S4	 alzheimers disease	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (33,815)	
S3	 alzheimers	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (35,009)	
S2	 alzheimer's	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (33,516)	
S1	 (MH "Alzheimer's Disease")	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (26,669)	

Ved denne søgning benyttede vi alle søgeordene fra vores PICO model. Dette gjorde vi for at lave en så fokuseret og udtømmende søgning som muligt. Søgningen gav os 90 hits hvoraf vi fandt 3 artikler relevante:

- *“Sleep disturbances increase the risk of dementia: A systematic review and meta-analysis”*
- *“The sleep-wake cycle and Alzheimer’s disease: what do we know?”*
- *“The effects of light therapy on sleep problems: A systematic review and meta-analysis”*

Herefter indskrænkede vi søgningen yderligere ved at benytte inklusionskriterier:

- Artiklerne må være max 10 år gamle, det vil sige fra 2008.
- Artiklerne skal være på engelsk.
- Artiklerne skal være peer reviewed.

Dette gav os 14 hits. Heraf fandt vi 2 relevante artikler:

- *“Melatonin Levels in Alzheimer’s Disease”*
- *“Alzheimer Dementia and Sleep Disorders: Issues in Diagnosis and Treatment”*

Søgning 3

S3	 sundowning and dementia	Limiters - Full Text; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (7)
S2	 sundowning and dementia	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (8)
S1	 sundowning and dementia	Search modes - Boolean/Phrase	 View Results (32)

Vi lavede denne søgning, da vi ønskede at finde nogle artikler, der handlede mere specifikt omkring fænomenet “sundowning”. Inklusionskriteriet var, at artiklerne skulle være peer reviewed. Søgningen gav 7 hits, hvoraf vi fandt 2 relevante artikler:

- *“Research connection made between circadian rhythm and sundowning”*
- *“Tackling “sundowning” in dementia care”*

Valg af artikler

Ved at læse artiklernes abstract, har vi fundet frem til 7 ud af 10 artikler, som har relevans.

De 3 artikler vi valgte fra var:

- *“Alzheimer Dementia and Sleep Disorders: Issues in Diagnosis and Treatment”*
- *“Effect on Increased Time Spent Outdoors on Individuals with Dementia Residing Nursing Homes”*
- *“Research connection made between circadian rhythm and sundowning”*

Bilag 2 Samtykkeerklæringer

Ansøgning om studerendes dataindsamling af personoplysninger



.....
Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Ansøgning om tilladelse til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter i/på:

Sygeplejerskeuddannelsen UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole

I perioden: 08/11/18 – 17/11/19

Opgave/projekt: Bachelorinnovationsprojekt

Formål: Formålet med dette innovationsprojekt er at undersøge optimeringspotentialer ift. døgnrytme og søvn hos borgere med AD samt at undersøge, hvilken værdi det giver sygeplejerskens arbejde

Problemformulering: "Hvordan struktureres hverdagen hos borgeren med alzheimers med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde"

Dataindsamlingsmetode: (sæt x)

Interview af enkelt personer: X (uformelle samtaler)

Gruppeinterview:

Spørgeskema:

Observation: X

Andet:

Deltagere: Beskriv typer og antal

	Hvilken gruppe?	Hvor mange?
Fagpersonale	SSH, SSA, pædagog	4
Patienter / Klienter / Borgere/ Kunder	Beboere på plejecenter med AD	2
Andre		

Information til deltagerne

	Hvornår?	Hvem informerer?
Der gives mundtlig information	På dagen for observation	Både os og vores kontaktperson fra plejecentret
	Hvornår udleveres det?	Hvem udleverer det?
Der gives skriftlig information	På dagen for observation	Vi udleverer det til personalet

Med venlig hilsen

Navn og Studienummer:

Rikke Hertel Brunsnæs

Studienr.: 31203503

Tanja Ann Gunnarsdottir

Studienr.: 31205301

Uddannelsessted:

Sygeplejerskeuddannelsen UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole

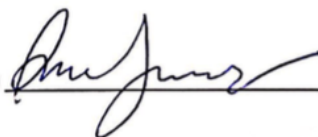
E-mail adresse og telefon:

rikkehertel@gmail.com

tanja_ann@hotmail.com

Ovenstående er godkendt af

Vejleder: (underviser)

 ANNE HØJGAARD

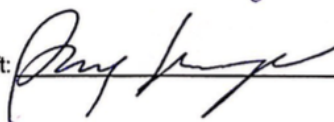
Uddannelsessted:

VEJLE SYGEPLEJESKOLE

E-mail adresse og telefon:

anne.hojgaard@vendlet.dk

Vejleders underskrift:





.....
Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Den ansvarlige leder:

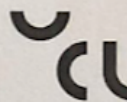
Undertegnede imødekommer hermed ovennævnte ansøgning:

Dato: 9/11-18 Navn: [Redacted] Centerleder.

Undertegnede kan desværre **ikke** imødekomme ovennævnte ansøgning

Dato: _____ Navn: _____

Information om deltagelse i studerendes indsamling af personoplysninger



Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Dato: 9/11-18

Vi er studerende ved sygeplejerskeuddannelsen på UCL i Vejle

I forbindelse med vores studium er jeg i gang med at udarbejde et innovationsprojekt, der omhandler:

"Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?"

Vi har til dette formål brug for at få kontakt med 2-3 borgere med alzheimers som vi vil:

Observere hvordan hverdagen struktureres for borgeren med alzheimers i løbet af en dagvagt, aftenvagt og nattevagt.

Vi vil spørge om du vil deltage i projektet på følgende betingelser:

- Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dig fra deltagelse. Hvis du trækker dig, vil ingen af de informationer, du har bidraget med blive anvendt.
- Dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt.
- Oplysninger der indgår i projektet vil blive opbevaret forsvarligt indtil projektet er afsluttet. Herefter slettes/makuleres alle oplysninger.

Såfremt du har spørgsmål og/eller problemer i forbindelse med din deltagelse, kan du kontakte:

Rikke Hertel Brunsnæs: 31316830

Tanja Ann Gunnarsdottir: 22906830

Såfremt du vil deltage bedes du underskrive en samtykkeerklæring.

Med venlig hilsen

Tanja Ann G. & Rikke Hertel Brunsnæs

(navn på de studerende)

Dato: 16.11.18

Vi er studerende ved sygeplejerskeuddannelsen på UCL i Vejle

I forbindelse med vores studium er jeg i gang med at udarbejde et innovationsprojekt, der omhandler:

"Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?"

Vi har til dette formål brug for at få kontakt med 2-3 borgere med alzheimers som vi vil:

Observere hvordan hverdagen struktureres for borgeren med alzheimers i løbet af en dag-vagt, aftenvagt og nattevagt.

Vi vil spørge om du vil deltage i projektet på følgende betingelser:

- Din deltagelse er frivillig, og du kan til enhver tid trække dig fra deltagelse. Hvis du trækker dig, vil ingen af de informationer, du har bidraget med blive anvendt.
- Dine oplysninger vil blive behandlet fortroligt og anonymt.
- Oplysninger der indgår i projektet vil blive opbevaret forsvarligt indtil projektet er afsluttet. Herefter slettes/makuleres alle oplysninger.

Såfremt du har spørgsmål og/eller problemer i forbindelse med din deltagelse, kan du kontakte:

Rikke Hertel Brunsnæs: 31316830

Tanja Ann Gunnarsdottir: 22906830

Såfremt du vil deltage bedes du underskrive en samtykkeerklæring.

Med venlig hilsen

Rikke Hertel & Tanja Ann G.
(navn på de studerende)

Sådan er dine rettigheder

Ifølge persondataforordningen har du ret til:

- **At få oplyst**, hvis nogen indsamler, opbevarer, bruger eller videregiver dine personoplysninger.
- **At få indsigt** i hvilke personoplysninger, der er indsamlet om dig, og hvordan de bliver brugt.
- **At få rettet** forkerte oplysninger.
- **At få slettet** dine personlige oplysninger i visse tilfælde, før den generelle sletteperiode udløber.
- **At få begrænset** behandlingen af dine oplysninger i visse særlige tilfælde.
- **At gøre indsigelse** mod behandlingen af dine oplysninger og mod at dine personoplysninger anvendes i direkte markedsføring fx ved profilering.
- **At få en oversigt** over de indsamlede oplysninger om dig udleveret.
- **At blive underrettet** direkte, hvis der skulle ske noget med dine oplysninger fx ved brud på datasikkerheden.

Hvor skal du henvende dig?

Ønsker du at gøre brug af dine rettigheder, skal du kontakte den studerende, der har indsamlet dine oplysninger. Herefter vil du hurtigst muligt - og normalt senest efter en måned - besked om, hvad der vil blive gjort som følge af din henvendelse.

Ønsker du at klage?

Du har ret til at klage til Datatilsynet, hvis du er utilfreds med den måde, dine personoplysninger bruges på. Du finder oplysninger om, hvordan du klager på www.datatilsynet.dk.

Samtykkeerklæring i forbindelse med studerendes indsamling af personoplysninger



Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Uddannelse	Sygeplejerskeuddannelsen
Uddannelsesinstitution	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole
Navn på studerende	Rikke Hertel Brunsnæs
Kontaktoplysninger	Tanja Ann Gunnarsdottir rikkehertel@gmail.com tanja_ann@hotmail.com
Opgavens/projektets titel	Døgnrytme og søvn hos borgere med alzheimers
Opgavens problemformulering	Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?
Formålet med indsamling af oplysningerne	At få et indblik i hvordan hverdagen struktureres på plejecenteret for borgeren med alzheimers med fokus på døgnrytme og søvn samt at identificere optimeringsmuligheder
Metode for indsamling	Observationsstudie samt ustrukturerede interviews
De indsamlede personoplysninger vil blive slettet efter følgende periode:	16.01.19

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger mv. bruges af de studerende, der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret om mine rettigheder:

At deltagelse er frivillig og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.

At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mit samtykke tilbage, hvorefter oplysninger om mig vil blive slettet.

At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.

At oplysninger om mig slettes/makuleres efter at formålet med indsamlingen er afsluttet.

At jeg er informeret om og har læst de generelle rettigheder for brug af mine personoplysninger (se næste side).

På ovennævnte grundlag giver jeg mit samtykke.

Navn: _____ Dato: 9/11-18

Underskrift: _____

Samtykkeerklæring i forbindelse med studerendes indsamling af personoplysninger



Uddannelse	Sygeplejerskeuddannelsen
Uddannelsesinstitution	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole
Navn på studerende	Rikke Hertel Brunsnæs
Kontaktoplysninger	Tanja Ann Gunnarsdottir rikkehertel@gmail.com tanja_ann@hotmail.com
Opgavens/projektets titel	Betydningen af døgnrytme og søvn hos borgere med alzheimers
Opgavens problemformulering	<i>Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?</i>
Formålet med indsamling af oplysningerne	At få et indblik i hvordan hverdagen struktureres på plejecenteret for borgeren med alzheimers med fokus på døgnrytme og søvn samt at identificere optimeringsmuligheder
Metode for indsamling	Observationsstudie samt ustrukturerede interviews
De indsamlede personoplysninger vil blive slettet efter følgende periode:	16.01.19

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger mv. bruges af de studerende, der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret om mine rettigheder:

At deltagelse er frivillig og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.

At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mit samtykke tilbage, hvorefter oplysninger om mig vil blive slettet.

At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.

At oplysninger om mig slettes/makuleres efter at formålet med indsamlingen er afsluttet.

At jeg er informeret om og har læst de generelle rettigheder for brug af mine personoplysninger (se næste side).

På ovennævnte grundlag giver jeg mit samtykke.

Navn: [Redacted] Dato: 9/11

Underskrift: [Redacted]

Samtykkeerklæring i forbindelse med studerendes indsamling af personoplysninger



Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Uddannelse	Sygeplejerskeuddannelsen
Uddannelsesinstitution	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole
Navn på studerende	Rikke Hertel Brunsnæs
Kontaktoplysninger	Tanja Ann Gunnarsdottir rikkehertel@gmail.com tanja_ann@hotmail.com
Opgavens/projektets titel	Døgnrytme og søvn hos borgere med alzheimers
Opgavens problemformulering	Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?
Formålet med indsamling af oplysningerne	At få et indblik i hvordan hverdagen struktureres på plejecenteret for borgeren med alzheimers med fokus på døgnrytme og søvn samt at identificere optimeringsmuligheder
Metode for indsamling	Observationsstudie samt ustrukturerede interviews
De indsamlede personoplysninger vil blive slettet efter følgende periode:	16.01.19

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger mv. bruges af de studerende, der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret om mine rettigheder:

At deltagelse er frivillig og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.

At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mit samtykke tilbage, hvorefter oplysninger om mig vil blive slettet.

At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.

At oplysninger om mig slettes/makuleres efter at formålet med indsamlingen er afsluttet.

At jeg er informeret om og har læst de generelle rettigheder for brug af mine personoplysninger (se næste side).

På ovennævnte grundlag giver jeg mit samtykke.

Navn:

Dato:

16/11 18

Underskrift:

Samtykkeerklæring i forbindelse med studerendes indsamling af personoplysninger



.....
Erhvervsakademi og
Professionshøjskole

Uddannelse	Sygeplejerskeuddannelsen
Uddannelsesinstitution	UCL Erhvervsakademi og Professionshøjskole
Navn på studerende	Rikke Hertel Brunsnæs
Kontaktoplysninger	Tanja Ann Gunnarsdottir rikkehertel@gmail.com tanja_ann@hotmail.com
Opgavens/projektets titel	Døgnrytme og søvn hos borgere med alzheimers
Opgavens problemformulering	Hvordan struktureres hverdagen hos borgere med alzheimers demens med fokus på søvn og døgnrytme, og hvilken værdi tilfører det sygeplejerskens virksomhedsområde?
Formålet med indsamling af oplysningerne	At få et indblik i hvordan hverdagen struktureres på plejecenteret for borgeren med alzheimers med fokus på døgnrytme og søvn samt at identificere optimeringsmuligheder
Metode for indsamling	Observationsstudie samt ustrukturerede interviews
De indsamlede personoplysninger vil blive slettet efter følgende periode:	16.01.19

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger mv. bruges af de studerende, der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret om mine rettigheder:

At deltagelse er frivillig og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.

At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mit samtykke tilbage, hvorefter oplysninger om mig vil blive slettet.

At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.

At oplysninger om mig slettes/makuleres efter at formålet med indsamlingen er afsluttet.

At jeg er informeret om og har læst de generelle rettigheder for brug af mine personoplysninger (se næste side).

På ovennævnte grundlag giver jeg mit samtykke.

Navn:

Dato:

16.11.2018

Underskrift:

Bilag 3 Observationsguide

Dato:

Tidsramme:

Lokation:

Aktør:

Erfaring:

Borger:

Køn:

Stadie af AD hos borger:

Observatører:

Temaer for observation	Tidspunkt	Observationer	Samtale i feltet	Refleksion	Uformel samtale
Søvn og hvile					
Søvn-forstyrrelser					
Aktivitet					
Dagslys					
Struktur i hverdagen - dagsprogram					
Indtag af mad og væske					
Medicin					
Agitation/ Sundowning					
Andre observationer					

Bilag 4 Feltnotater

Dato: 09.11.18

Tidsramme: kl. 09.00 - 13.00

Lokation: Plejecenter*, enhed 1*

Aktør: P1*, Social og sundhedshjælper

Erfaring: Har været uddannet i 4,5 år

Borger: B1*

Køn: Kvinde

Stadie af AD hos borger: Svært stadie

Observatører: Tanja og Rikke, sygeplejerskestuderende

* Anonymiseret

Temaer for observation	Tidspunkt	Observationer	Samtale i feltet	Refleksion	Uformel samtale
Søvn og hvile	09.15 10.26 11.00 12.05 12.10	Sover Sover Sover Lægges i seng Sover			
Søvn-forstyrrelser	09.45 10.35 11.22	Vækkes ved tiltale af personale. Rører på sig. Hviler. Vækkes af personale	Vi præsenteres for borgeren		
Aktivitet	11.22 11.30 12.00	Inviteres til at komme ud til frokost Går fra sin bolig og ud til spisestuen med rollator. Hjælpes på toilet	P1: "Jeg hjælper lige B1 på toilet og ind i seng".		
Dagslys	09.15 09.20	Gardiner trukket fra i B1's bolig Gardiner i fællesstuen er trukket for. Øvrige beboere ser film		Fællesstue opleves meget dunkel og der slipper ikke meget dagslys ind	
Struktur i hverdagen - dagsprogram	09:53				Se uformel samtale 1*

Indtag af mad og væske	11.35	Spiser frokost.		B1 sidder meget passiv under måltidet.	
	11.36	Spiser selv			
	11.40	Falder hen. Lukker øjnene.			
	11.41	P1 mader B1 resten af måltidet.	P1: "Er du vågen B1?"	Spiser kun på opfordring, og falder hen mange gange.	
Medicin	11.35	Får sin middags-medicin			
Agitation/ Sundowning					
Andre observationer	11.43	Øvrige beboere og P1 taler under frokost om, hvad der skal ske om eftermiddagen. P1 fortæller, at der vises film. P1 spørger alle beboere på nær B1, om de har tænkt sig at deltage.		Det virker som om, at P1 går ud fra, at B1 vil sige nej, og derfor ikke spørger hende.	
	Gældende for hele observationen			B1 er enormt venlig, taknemlig og imødekom mende i sin kommunikation med personalet.	

* Uformel samtale 1

Observatør: "Kan du fortælle os lidt om, hvordan dagen typisk forløber sig hos B1?"

P1: "Vi vækker hende typisk ved 7 tiden, trækker gardinerne fra, hjælper hende med at blive vasket og komme i tøjet. Så kommer hun ud til morgenmad, hvor hun spiser ½

stk rugbrød og ½ stk franskbrød. Hun falder ofte hen, når hun sidder ved bordet, så vi skal sørger for at holde hende beskæftiget under måltidet. Når B1 har spist, siger hun selv, at hun er træt og gerne vil ind i seng igen. Hun er typisk vågen i 30 min, hvor hun kun når at spise, før hun kommer ind og sove igen.”

Observatør: “Hvornår står hun så op igen? Og hvilke aktiviteter er hun en del af i løbet af dagen?”

P1: “Hun sover faktisk det meste af dagen. Efter morgenmaden lægger hun sig ind i seng, hvor hun får et stk chokolade og sover indtil frokost. Her er hun igen vågen i ca 30 min, spiser en beskeden portion, for så at lægge sig til at sove igen resten af eftermiddagen. Meget sjældent kan vi få hende med ud til eftermiddagskaffe. Men hun vil helst bare have sin kop kaffe ind til sengen. Jeg kan kun huske, at jeg en enkelt gang har fået hende med til erindringsdans, hvilket jeg blev meget overrasket over, at hun ville deltage i. Efter ca. 10 minutter ville hun gerne tilbage og i seng igen.”

Observatør: “Hvordan sover hun så om natten, når hun sover så meget om dagen?”

P1: “Hun sover faktisk hele natten. Men hun sover aldrig sådan helt tungt. Hun reagerer altid let ved tilsyn, siger:” Hej søtte”, men falder hurtigt i søvn igen. Men hun er jo også gammel, så det er nok derfor, at hun sover så meget. Jeg kan godt forstå, at når man er i hendes alder, så er man nok bare træt og skal have lov at sove”.

Dato: 16.11.18

Tidsramme: kl. 17.30-23:30

Lokation: Plejecenter*, enhed 1*

Aktør: P3*, Pædagog

Erfaring: 18 år

Borger: B1*

Køn: Kvinde

Stadie af AD hos borger: Svært stadie

Observatører: Tanja og Rikke, sygeplejerskestuderende

* Anonymiseret

Temaer for observation	Tidspunkt	Observationer	Samtale i feltet	Refleksion	Uformel samtale
Søvn og hvile	18.30	Lægges i seng	P3:” ... Og så kommer jeg ind med dine natpiller senere”		
Søvn-forstyrrelser					
Aktivitet	18.25	Følges ind i sin bolig og hjælpes i på toilet og i nattøj.			
Dagslys	17.30	Mørkt udenfor. Alle lys tændt indenfor.		God belysning.	
Struktur i hverdagen - dagsprogram	18.35				Se * uformel samtale 3
Indtag af mad og væske	17.30 17.50 18.00 18.05	Spiser aftensmad. Spiser selv. Falder hen. P3 mader hende. Mades igen af P3 Spiser dessert. Mades ad P3			

	18.32	Får 1 stk chokolade og 1 glas vand.			
Medicin					
Agitation/ Sundowning					
Andre observationer	17.30	Ro og ingen samtale under måltidet.			
	18.20	Måltid færdigt. Øvrige beboere taler sammen.			
	18.25	Gardiner trækkes for i B1's bolig og lys dæmpes.			

* Uformel samtale 3

Observatør: " Kan du fortælle, hvordan hendes aften typisk forløber sig?"

P3: " Ja, selvfølgelig. Den forløber sig faktisk bare sådan her. Efter hun har spist aftensmad, kommer hun ind i seng."

Observatør: " Bliver hun så liggende i sin seng resten af aftenen og natten?"

P3: " Ja, det gør hun. Jeg kommer lige ind med hendes natpiller lidt senere, for det er for tidligt til dem nu".

Observatør: " Hvordan sover hun så om natten, når hun sover så meget om dagen og kommer tidligt i seng?"

P3: " Jamen hun sover ved alle tilsyn i løbet af aftenen og natten, så man kan vidst godt sige, at hun er en træt dame. Jeg burde jo nok have spurgt hende, om hun ville med hen og se lidt fjernsyn sammen med de andre efter aftensmaden. Men jeg ved jo, at hun vil sige nej, såå.... Så derfor bliver det lidt "vi plejer", selvom det nok ikke burde".

Dato: 09.11.18

Tidsramme: kl. 09.00 - 13.00

Lokation: Plejecenter*, enhed 2*

Aktør: P2*, Social og sundhedshjælper

Erfaring: Har været uddannet i 13 år

Borger: B2*

Køn: Kvinde

Stadie af AD hos borger: Svært stadie

Observatører: Tanja og Rikke, sygeplejerskestuderende

* Anonymiseret

Temaer for observation	Tidspunkt	Observationer	Samtale i feltet	Refleksion	Uformel samtale
Søvn og hvile					
Søvn-forstyrrelser					
Aktivitet	10.00	Sidder ved spisebord i fællesareal og læser avis med personale og drikker kaffe		Virker let forvirret, og mindes om at vi skal over til "kegling".	
	10.15	B2 viser os sin bolig			
	10.20	Vi følger B2 over i dagcenter til "kegling". B2 går selv.			
	10.40	Sidder på stol og iagttager de andre spille kegling. Sidder ved siden af sin søn, som hun holder i hånden.		Virker lidt fraværende, men ser glad og tilfreds ud. Hygger sig med sin søn, som deltager aktivt i aktiviteten.	
	11.15	Er tilbage efter kegling, hånd i hånd med sin søn. De sætter sig i dagligstuen og får tilbudt og serveret et glas øl.			
	12.20	Har lige spist			

	12.40	frokost, og sidder ved spisebordet. Drikker kaffe og læser avis. Sidder fortsat ved bordet. Snakker for sig selv og kigger ud i luften.			
Dagslys	10.00	Gardiner trukket fra i fællesarealet		God belysning	
Struktur i hverdagen - dagsprogram	12.30				Se uformel samtale 2*
Indtag af mad og væske	09.30 12.20	Drikker kaffe Drikker kaffe		Vi ser at B2 sidder og drikker kaffe efter frokost, og det får os til at spørge P2 uddybende omkring middagslur og døgnrytme hos B2.	
Medicin					
Agitation/ Sundowning					
Andre observationer					

*** Uformel Samtale 2**

Observatør: *“Vi kan se, at B2 sidder og drikker kaffe efter frokosten. Sover hun ikke middagslur?”*

P2: *“Det er faktisk meget forskelligt, om hun sover middagslur eller ej. Det handler om, at vi som personale skal være vildt gode til at aflæse hendes signaler og “fange hende” på det rigtige tidspunkt, for så vil hun faktisk gerne have en lur. Det har været et kæmpe problem om aftenen, at hun har været vred og udadreagerende mod personalet, når hun skulle i seng. Hun er derfor lige steget i antipsykotisk medicin, for at dæmpe hendes aggressive adfærd.*

Observatør: *“Kan du fortælle os noget mere omkring det? Hvordan har det fx påvirket hendes døgnrytme?”*

P2: *“Medicinen gør at hun sover længere om morgenen og skal vækkes af os. Hun har ellers altid været tidligt oppe og i gang fra morgenstunden med forskellige ting. F.eks. har hun altid hjulpet meget til i forbindelse med måltider, men det gør hun ikke mere. B1 var jo faktisk en betydningsfuld person her i lokalsamfundet førhen, og var meget aktiv og selvstændig. Nu er hun blevet meget mere passiv i løbet af dagtimerne”.*

Observatør: *“Da vi var oppe til kejling kunne vi se, at B2 ikke deltog i aktiviteten. Som du siger, sad hun passivt og så på. Men hun så også ud til at nyde at være der...”*

P2: *“Ja. Vi passer meget på med overstimuli, da det kan føre til vrede og aggressivitet. Så selvom hun ikke aktivt deltager i aktiviteten, så får hun meget ud af at sidde der, mærke stemningen osv. For hvis vi skærmer hende for meget, og hun bliver understimuleret, så bliver hun rastløs og urolig”.*

Dato: 16.11.18

Tidsramme: kl. 17.30-23.30

Lokation: Plejecenter*, enhed 2*

Aktør: P4*, SSA

Erfaring: 10 års erfaring som SSH, 1 års erfaring som SSA

Borger: B2*

Køn: Kvinde

Stadie af AD hos borger: Svært stadie

Observatører: Tanja og Rikke, sygeplejerskestuderende

* Anonymiseret

Temaer for observation	Tidspunkt	Observationer	Samtale i feltet	Refleksion	Uformel samtale
Søvn og hvile	20.15	Lægger sig til at sove			
Søvn-forstyrrelser					
Aktivitet	18.45	Går rundt ude på gangen og bagefter ind i sin egen bolig			
	18.50	Går ud i fællesareal.		Virker forvirret og konfus	
	18.55	Sætter sig i lænestol og ser tv			
	19.31	Går ind i sin bolig			
	20.00	Hjælpes på toilet, vaskes og får nattøj på af 2 personale	B2:” <i>Hvad er da det for noget? Hvorfor skal jeg det?</i> ”	Virker forvirret og mindre samarbejds villig. Personale er rolige og venlige. Guider B2 igennem, hvad der skal ske, og svarer på hendes spørgsmål efter bedste	

	20.06	Hjælpes over i sin seng.		evne.	
Dagslys	20.15	Lys slukkes i B2's bolig.			
Struktur i hverdagen - dagsprogram	20.20				Se uformel samtale 4*
Indtag af mad og væske	19.02	Får et glas juice af P4			
Medicin	20.10	Hjælpes til at indtage natpiller.	B2: <i>"Nej, hvad er nu det for noget?"</i> <i>"Nej jeg vil ikke ha' den der!"</i> P4: <i>"Det er dine natpiller. Det er doktoren, der siger, du skal have dem"</i> P4: <i>"Åben munden"</i> P4: <i>"Kom med din hånd her".</i>	B2 er forvirret og vil ikke tage sine piller. P4 hjælper og guider B2. Det virker til, at B2 ikke kan se pillen, og ikke ved hvad hun skal. P4 finder derfor en ske og lægger pillen på den. B2 tager nu pillen.	
Agitation/ Sundowning					
Andre observationer					

*** Uformel samtale 4**

Observatør : *Kan du fortælle os, hvordan B2's aften og nat normalt forløber?"*

P4: *"Jamen det vil jeg da gerne. Hvad tænker I specifikt på?"*

Observatør: *"Bliver hun fx liggende i sengen og sover hele natten?"*

P4: *"Førhen stod hun altid op og vandrede rundt, efter hun var blevet lagt i seng. Men efter at hun er blevet øget i sin medicin, bliver hun liggende i sengen og sover hele natten".*

Observatør: *"Hvordan kan det være, at hun er blevet øget i medicin? Og hvilken effekt har det haft på hende?"*

P4: *"B2 havde en meget udadreagerende adfærd, og kunne godt finde på at skubbe til personalet, når personalet fx ville hjælpe hende med personlig hygiejne eller i seng. Efter hun er blevet øget i medicin, sover hun bare. Vi har dog stadig en udfordring med, at hun bliver sur og kan være svær at håndtere inden sengetid. Derfor er vi altid 2 ansatte inde hos hende, når det er. Før hun blev øget i medicinen, var hun meget aktiv, og hjalp til med forskellige ting fx at skrælle kartofler og dække bord. Nu er det som om, at hun slet ikke ved, hvordan man gør de ting".*

Observatør: *"Kan beboerne her tilkalde personalet, hvis de fx vågner om natten?"*

P4: *"Mange har en knap ved sig, som de kan trykke på. Den aktiverer så et anlæg, som gør at de kan komme i kontakt med nattevagten. Beboerne bliver også tilset X antal gange om natten, ud fra en døgnrytmeplan, som er lavet efter den enkeltes behov."*

Observatør: *"Kan du fortælle os mere om, hvordan en nattevagt typisk forløber?"*

P4 : *"Kl 22 aflåses beboelsesenhederne, og så går aftenvagten hjem, bortset fra senvagterne, som går op i dagcenteret og mødes med nattevagten kl 23 for at give rapport. Der er 2 nattevagter til alle beboere på plejecenteret. De holder som regel til oppe i dagcenteret, hvor de så går ud fra og rundt til beboerne. Men altså... Der sker ikke så meget om natten her, i hvert fald ikke hos de demente. De sover jo bare hele natten".*
