



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

**4BACH**

Linda Øye og Lill Nora Heggbrenna

Veileder: Kari Kvigne

Antall ord: 13093

**Større fokus på miljøbehandling for pasienter  
med demens.**

Greater focus on environmental treatment for patients with  
dementia.

Bachelor i sykepleie, BASY 2012

2015

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA x  NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA x  NEI

# Sammendrag

**Tema:** Miljøbehandling for pasienter med demens.

**Bakgrunn:** Stadig økende antall av demens og at vi i praksis har sett at miljøbehandling er mye brukt hos pasienter med demens ved ulik tilrettelegging. Vi har også sett at miljøbehandling har hatt positiv og negativ innvirkning på pasientene. Vi ønsker derfor å fordype oss mer inn i emnet, å finne ut hva teorien og forskningen sier om dette.

**Formål:** Vi ønsker at oppgaven skal kunne øke kunnskapen om demens, miljøbehandling og hvordan vi som sykepleiere kan tilrettelegge for miljøbehandling slik at dette skal hjelpe pasienten å oppnå trivsel og et meningsfullt liv.

**Problemstilling:** ”Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge miljøbehandling for å fremme pasienter med demens på skjermet enhet trivsel og et meningsfullt liv”.

**Metode:** Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på faglitteratur, forskning, selvvalglitteratur og egne erfaringer fra praksis.

**Resultat og konklusjon:** Ved å tilrettelegge miljøbehandling etter den individuelle behov kan dette være med på å fremme trivsel og et meningsfullt liv for pasienter med demens. Dette innebærer at sykepleieren må ha kunnskap om pasienten, demenssykdommen, miljøbehandling, miljøtiltak, kommunikasjon, kartlegging og hvordan skape en god relasjon.

# Innhold

## Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>INNHOOLD .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALGT TEMA.....	6
1.2 OPPGAVENS HENSİKT OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTİLLINGEN .....	7
1.3 AVGRENSINGER OG PRESISERINGER .....	8
1.4 OPPGAVENS DISPOSISJON .....	9
<b>2. METODE .....</b>	<b>10</b>
2.1 KVANTITATIV OG KVALITATIV METODE .....	10
2.2 LITTERATURSØK .....	10
2.2.1 <i>Bøker</i> .....	10
2.2.2 <i>Forskningssøk</i> .....	12
2.3 KILDEKRITIKK .....	13
2.4 ETISKE BETRÅKTNINGER.....	14
<b>3. OMSORG FOR DEN DEMENTE PÅ SKJERMET ENHET .....</b>	<b>15</b>
3.1 DEN DEMENTE PASIENTEN .....	15
3.1.1 <i>Ulike demenssykdommer</i> .....	15
3.1.2 <i>Symptomer</i> .....	16
3.1.3 <i>Pasientens opplevelser</i> .....	17
3.2 SYKEPLEIETEORIEN.....	19
3.2.1 <i>Syn på menneske</i> .....	19
3.2.2 <i>Syn på stress og mestring</i> .....	20
3.2.3 <i>Sykepleierens rolle</i> .....	21
3.3 SENTRALE ELEMENTER I MILJØBEHANDLING .....	22
3.3.1 <i>Måltider</i> .....	22
3.3.2 <i>Aktivering</i> .....	23
3.3.3 <i>Sansestimulering</i> .....	23
3.3.4 <i>Musikk</i> .....	24
3.3.5 <i>Faktorer som kan bidra til økt virkning av miljøbehandling</i> .....	24
3.4 RELEVANT FORSKNING .....	26

---

3.4.1	<i>Psykososial stimulering</i> .....	26
3.4.2	<i>Tilrettelegging</i> .....	27
3.4.3	<i>Aktivt og engasjert personell</i> .....	28
3.4.4	<i>Betydning av brukermedvirkning</i> .....	29
<b>4.</b>	<b>TILRETTELEGGING AV MILJØBEHANDLING FOR TRIVSEL OG ET MENINGSFULLT LIV.....</b>	<b>30</b>
4.1	SKAPE EN FELLES KULTUR FOR MILJØBEHANDLING .....	30
4.2	MILJØBEHANDLING FOR TRIVSEL OG ET MENINGSFULLT LIV.....	31
4.2.1	<i>Dagligdagse aktiviteter</i> .....	32
4.2.2	<i>Fysisk aktivitet</i> .....	34
4.2.3	<i>Sansestimulering</i> .....	36
4.2.4	<i>Musikk</i> .....	39
4.2.5	<i>Sykepleieteorien</i> .....	40
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>42</b>
<b>6.</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>43</b>
	<b>VEDLEGG 1, PICO-SKJEMA</b> .....	<b>47</b>
	<b>VEDLEGG 2, SØKEHISTORIKK</b> .....	<b>48</b>

# 1. Innledning

I Norge har omkring 66 000 diagnosen demens og blant disse er det flest mennesker over 65 år. Grunnet det økende antallet eldre, vil også antall pasienter med demens øke. Man regner med at antall demente vil fordobles fra 66 000 til omkring 135 000 innen 2040. Og om man i tillegg ser på alle de pårørende som blir berørt av dette, vil vi få et tall på 250 000 mennesker i Norge som er rammet av denne sykdommen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Dette gir grunnlag for en utfordrende og krevende demensomsorg i Norge. Det vil også gi behovet for et økt antall helsepersonell, da antall demente kraftig vil øke.

Demens er en sykdom som kan strekke seg fra 3 til 20 år, dette med ulik utvikling fra person til person. Det er også et alderssprik på personer som er rammet av demens, forekomsten er to til tre prosent ved 65 års alderen, 15 prosent ved 75 års alderen og 40 prosent over fylte 90 år. Også yngre pasienter enn 65 år kan rammes, men dette er sjeldnere (Engedal, 2012). Vi ser at den ulike utviklingen og aldersspriket, sammen med at demens kommer som ulike sykdommer med ulike symptomer, vil kreve stort kunnskapsnivå hos helsepersonell.

For demens sykdom finnes det ingen kurerende behandling, og de viktigste behandlingsprinsippene blir derfor å opprettholde den demente pasientens evner og funksjoner så langt det lar seg gjøre. Det er også viktig å tilrettelegge omgivelsene slik at dette ikke er en faktor som forverrer funksjonen og/eller skaper stress for pasienten. I demensomsorgen er et av de overordnede målene å opprettholde god livskvalitet (Kirkevold & Gonzalez, 2012). Miljøbehandling er en form for behandling som legger vekt på akkurat dette målet, og blir derfor veldig viktig i behandlingen av demens.

## 1.1 Bakgrunn for valgt tema

I dag erkjenner vi i økende grad at selv om det foreligger en hjerneskade med en kognitiv svikt, kan mye gjøres for å øke personens livskvalitet. Personer med demens kan ha bevart sin identitet og sine personlige egenskaper, og de kan ha intakte funksjoner på det følelsesmessige og psykososiale området. Verdier, normer og livsførsel kan bestå. (Smebye, 2014, s. 13)

Vi har valgt emnet demens og miljøbehandling da vi mener at dette er veldig aktuelt for dagens samfunn. Vi ser fra sitatet over at en dement person kan ha bevart noen personlige

---

egenskaper og sin egen identitet, og at det finnes en mulighet for at man kan øke den dementes livskvalitet. Det er akkurat dette miljøbehandling har som formål, man skal bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, som igjen kan føre til mestring og en økt selvfølelse, samt en bedre livskvalitet (Rokstad, 2014).

Vi har begge erfaringer gjennom praksis og jobb der vi har erfart miljøbehandling for demente. Vi har sett hvor stor glede og trivsel, samt uheldige opplevelser dette har gitt beboerne på sykehjemmet, noe som gir oss lyst til å undersøke dette videre. Vi har opplevd fremgang i en pasients evne til å kommunisere. En dame i 80 årene hadde bodd på sykehjemmet i 10 år, hun var mye for seg selv og snakket veldig lite med andre mennesker. Miljøbehandlingen i form av sanggruppe, sansehage og strikkeklubb som var godt tilrettelagt for hver enkelt, ga denne damen mulighet og glede til å være sammen med andre. Damen endret seg ikke bare da miljøtiltakene var iverksatt, men under alle omstendigheter virket hun mer sosial, gladere og hennes livskvalitet så ut til å øke betraktelig. Våre erfaringer, og demens som en økende lidelse, ga oss nysgjerrighet til å gå videre innenfor dette emnet og fordype oss i det.

## 1.2 Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstillingen

Hensikten med denne oppgaven er å øke kunnskapsnivået om hvordan miljøbehandling kan tilrettelegges for pasienter med demens, og hvordan dette kan øke trivselen og skape et meningsfullt liv. Vi har derfor valgt følgende problemstillingen: Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge miljøbehandling for å fremme trivsel og et meningsfullt liv for pasienter med demens på skjermet enhet.

Skjermet enhet er en avdeling for langtidsopphold til pasienter med demens. Begrepet skjermet enhet betyr at avdelingen er tilrettelagt slik at den kan styrke den dementes mulighet for å orientere seg i avdelingen. Dette gjør det også lettere for pasienten å bevege seg fritt, uten å gå seg bort. Avdelingen skal bestå av behandling, pleie og omsorg, samtidig som det skal være en bolig for de eldre. På skjermet enhet er det ofte eldre pasienter med demens som er fysisk oppegående, men som har en kognitiv svikt. Den kognitive svikten gjør at de ikke kan bo hjemme. Denne type avdeling krever ofte spesiell tilrettelegging og personale med spesialkompetanse (Hauge, 2010).

Ved skjermet enhet er det viktig at vi sykepleiere tilrettelegger for at den demente pasienten oppnår trivsel og et meningsfullt liv. Trivsel defineres som å ha det godt og finne seg til rette. Det handler om personens individuelle opplevelse av en situasjon (Bergland, 2010). Trivsel i sykehjem kan variere etter beboernes innstilling til å bo på sykehjemmet, samt kvaliteten på pleien og pleierne. Trivsel handler om et tilpasset samspill mellom den enkelte og kvaliteter i sykehjemmet som gode pleiere, samt et sosialt og fysisk miljø. Gode relasjoner til andre beboere, å delta i meningsfylte aktiviteter, muligheten for å komme utenfor sykehjemmet, gode familie relasjoner, og kvaliteter i det fysiske miljøet er med på å danne en god trivsel. Trivsel handler om å forstå den enkeltes behov og tilrettelegge for en god og meningsfull hverdag i sykehjemmet (Bergland & Kirkevold, 2006). At noe er meningsfullt betyr at en er motivert og opplever noe som er verdt å engasjere seg i (Thorsen, 2010). Vi tenker at miljøbehandling kan være en måte å oppnå dette på, derfor har vi valgt nettopp denne problemstillingen.

### 1.3 Avgrensinger og presiseringer

I oppgaven har vi valgt å ikke utdype noe om de ulike demenssykdommene da dette ikke har relevans for vår oppgave. Men vi kan se at demenssykdommene kan ramme i ulike aldre, da tenker vi særlig på Alzheimer som kan ramme yngre mennesker. Alzheimer sykdom er den vanligste formen for demens, og debuterer før eller etter 65 års alderen og en skiller da mellom tidlig og sen debut (Rokstad, 2014). For at miljøbehandling skal gi et best mulig resultat må det tilpasses til hver enkelt pasient og da vil alderen spille en stor rolle. Noe som er meningsfullt for en 80 åring er kanskje ikke like meningsfullt for en 50 åring og omvendt. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i drøftingsdelen.

Rokstad har en sentral rolle i vår oppgave, da vi i kapitlet om miljøbehandling har valgt i hovedsak å ta utgangspunkt i Rokstad sine sentrale elementer innenfor miljøbehandling. Dette med innspill fra noen andre forfattere.

Vi har valgt å ta med to forskningsartikler som ikke omhandler miljøbehandling, men tilrettelegging av måltider og brukermedvirkning. Forskningen av tilrettelegging av måltider styrker fokuset på hva endringer i miljøet hadde å si for pasientenes spisevaner, derfor mener vi at denne er relatert til miljøtiltaket om måltider. Forskningen om brukermedvirkning tok vi med fordi det er noe vi har lært er viktig i praksis, uansett hvilke sykdomsbilde pasienten



har. Derfor har vi funnet forskning på hvilken betydning brukermedvirkning har i praksis for å styrke dette fokuset i forhold til miljøbehandling.

## 1.4 Oppgavens disposisjon

Vi har valgt å dele vår oppgave inn i fem hovedkapitler; innledning, metode, teori, drøfting og konklusjon, samt en oversikt over hvilke kilder vi har brukt, litteraturliste. Vi starter med en innledning der vi begrunner valget av tema og ser på hvorfor akkurat dette emnet er så viktig i dagens samfunn. Deretter ser vi på hensikten med oppgaven, problemstillingen og klargjør sentrale begreper i den, og hvilke avgrensninger og presiseringer vi har gjort i løpet av oppgaven. I kapitlet som tar for seg metoden ser vi på kildene vi har brukt og hvordan vi har kommet frem til disse, dette gjør vi med kildekritikk. Videre vil vi i teorikapitlet ta for oss den demente pasienten, valgt sykepleieteori av Benner og Wrubel, om miljøbehandling rettet til demente pasienter i skjermet enhet og presentasjon av relevant forskning. I drøftingsdelen tar vi for oss hvordan tilrettelegge for miljøbehandling på en best mulig måte, og hvordan ser forskning, teori og egne erfaringer på dette. Til slutt vil det bli en kort konklusjon av oppgaven. Og som vedlegg er det PICO- skjema og søkshistorikk for å styrke metode kapitlet.

## 2. Metode

Sosiolog Vilhelm Aubert definerer metode som følgende: ”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder” (Dalland, 2012, s. 111). Metode er et redskap som blir brukt for å undersøke noe. Dette viser oss fremgangsmåten man har brukt for å finne teorien til oppgaven. Det er derfor viktig å velge en metode som kan gi god informasjon og som godt kan belyse den valgte problemstillingen på en faglig måte (Dalland, 2012). Vår metode er en litteraturstudie som skal gi svar på et tema eller en problemstilling. Denne besvarelsen bygger på faglitteratur, pensum, forskning og egne erfaringer, samt en diskusjon som bygger på dette (Dalland, 2012).

### 2.1 Kvantitativ og kvalitativ metode

Man kan skille mellom kvantitative og kvalitative metoder innenfor litteraturstudie. Kvantitative metoder formidler data i form av målbare enheter og statistikk. Dette kan for eksempel gjøres ved å bruke spørreskjema med faste alternativer eller systematiske observasjoner. I denne metoden står forskeren på utsiden, uten å ha direkte kontakt med de involverte. Kvalitative metoder fokuserer på mening og opplevelse til hver enkelt person. Dette kan gjøres ved for eksempel intervju eller observasjoner. I denne metoden handler det om forståelse, derfor har forskeren direkte kontakt med de involverte for å få et helhetlig bilde. Disse metodene har hver sin måte å gi oss en bedre forståelse av verden vi lever i, samt hvordan enkeltmenneskene handler og samhandler (Dalland, 2012).

### 2.2 Litteratursøk

#### 2.2.1 Bøker

Vi har funnet fagbøker ved å søke i databaser, fått noen råd av veileder og funnet bøker vi selv har kjennskap til fra tidligere. For å søke etter selvvalgt litteratur til oppgaven har vi brukt søkemotoren Oria på Høgskolebiblioteket i Hedmark. For å finne ut hvilken litteratur som finnes innenfor valgt emne, har vi søkt med søkeordene demens, miljøbehandling og sykepleieteorier. Dette ga oss treff på ulike norske litteratur som var relevant for vår oppgave.

Vi ville også undersøke om det fantes noe på engelsk, derfor har vi oversatt søkeordene til dementia og psychosial treatment.

Vi har brukt Demensplanen 2015 – ”Den gode dagen”, som er en del av omsorgsplan 2015 inn i oppgaven vår. Dette er en plan som skal styrke demensomsorgen og tilføre økte ressurser til demensforskningen. Denne har vi brukt i innledningen for å få en oppdatert statistikk om demens sykdommen. Demensplanen er skrevet av regjeringen noe som styrker planen.

Studiehefter fra Demensomsorgens ABC har også blitt en stor del av vår oppgave. Studieheftene består av tre permer med ulike temaer innenfor demens. Disse permene er norske og skrevet fra 2009 - 2011. Demensomsorgens ABC er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og helse med henhold til Demensplan 2015. Disse tre permene er et studiemateriale som kan brukes til opplæring i pleie og omsorgstjenesten. Permenes styrke er at de ulike studieheftene er skrevet av helsepersonell med spesialkunnskap innenfor de ulike fagområdene.

Vi har brukt to bøker av den norske forfatteren Anne Marie M. Rokstad. Den ene heter *Bedre hverdag for personer med demens* og er skrevet i 2012. Denne boken er et utviklingsprogram for miljøbehandling i demensplanen 2015. Den andre heter *Personer med demens – Møte og samhandling*, denne boken har hun skrevet sammen med Kari Lislerud Smebye i 2008. Rokstad er en av forfatterne til pensumlitteraturen på sykepleiestudiet, og vi har derfor god kjennskap til henne. Hun er utdannet sykepleier og har master innenfor helse- og sosialfag, noe som tilsier at hun er en god og troverdig forfatter. Begge disse bøkene har en stor tyngde i vår teori del om miljøbehandling og demens. Vi ser også på styrken ved at bøkene er basert på faglitteratur som viser til forskning.

For å støtte teorien om demens har vi brukt en bok skrevet av Peter F. Hjort i 2010, *Alderdøm, helse, omsorg og kultur*. Hjort er en norsk forfatter og har tidligere vært lærer for blant annet sykepleiestudenter. Han har basert boken sin på forelesningene derfra. Han viser til synspunkter og erfaringer fra et langt liv. Dette gjør boken aktuell, oversiktlig og god, da han har lang erfaring innenfor helsearbeid.

Grunnet valget av sykepleieteori av Patricia Benner og Judith Wrubel har vi valgt boken *Omsorgens betydning i sykepleien*. Benner og Wrubel skriver i denne boken om sin omsorgsteori, derfor er dette boken vi har støttet oss på i kapitlet om sykepleieteori. Disse

er begge amerikanske sykepleiere og boken er utgitt i en ny utgave i 2014 på dansk. Det kunne ha vært en svakhet at boken er amerikansk, men teorien til Benner og Wrubel er internasjonal og derfor overførbart til Norge. Ettersom boken ikke er skrevet i en norsk utgave har det vært noen språklige vanskeligheter.

Den siste boken vi har brukt er en bok av Borgny Tjøstheim som heter *Demens og familieliv – Respekt som virkemiddel for handling og behandling*. Forfatteren er intensiv sykepleier med videreutdanning i geriatri og utdanning i administrasjon, noe som tilsier at hun har mye kunnskap om geriatri, derav demens. Vi støtter oss på boken grunnet at den beskriver godt hvordan det oppleves å leve med demens sykdom, noe våre andre valgte bøker ikke har lagt vekt på.

### **2.2.2 Forskningsøk**

For å finne relevante forskningsartikler til vår oppgave har vi fått tips av veileder og benyttet de ulike databasene på Høgskolen i Hedmark sin hjemmeside. Vi begynte med søk i databasene svært tidlig i oppgaveskrivingen, da vi hadde en klar formening om hva vi ville finne forskning om. Vi ville ha forskning som kunne beskrive tilretteleggingen og virkningen av miljøbehandling og miljøtiltak, samt betydningen av brukermedvirkning innenfor dette. Vi har brukt databasene Cinahl, Oria og Cochrane Library.

For å finne de riktige søkeordene, har vi benyttet oss av MESH. MESH, medical subject headings, er en database som hjelper en med å finne de rette søkeordene til en artikkel (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, Reinar, 2012). Ordene vi har fått ut ved bruk av MESH, har vi satt inn i et PICO-skjema. PICO-skjemaet har hjulpet oss i søkeprosessen for at vi skal få et best mulig søkeresultat. Se vedlegg 1 av PICO-skjema. Da demens var den pasientgruppen vi hadde i problemstillingen, kombinerte vi dette med andre søkeord; demens, sykepleie, miljøbehandling, sansehage, brukermedvirkning, livskvalitet, trivsel og mestring. For å utvide søket har vi oversatt søkeordene til engelsk; dementia, nurses, psychosocial methods, treatments, interventions, user involvement, meals, effect, symptoms, quality of life, environment og thriving. Vi har fått varierende antall treff på forskningsartiklene, og for å få konkretisert søkene har vi avgrenset med årstall, materialtype, hovedoverskrifter og fulltekst. Søkene er beskrevet i vedlegg 2. Ved å lese sammendragene av de artiklene som kom opp under søk, har vi valgt ut artikler etter relevans for vår oppgave. Vi har valgt å bruke artikler fra internasjonale tidsskrifter og norske

---

tidsskrifter, da vi føler at disse artiklene er relevante for problemstillingen og den daglige sykepleiepraksisen. Sju av artiklene er engelsk språklige, mens en er norsk.

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk brukes for å fastslå om en kilde er sann, samt vurdere troverdigheten i de ulike kildene (Dalland, 2012). Kildekritikk har vi brukt under søket på faglitteratur og forskning. Vi har brukt primær og sekundær kilder. Primærkilder vil si den opprinnelige kilden og sekundærkilder vil si kilder som gjennomgår, vurderer og bygger på primærkilden (Dalland, 2012).

Vi har vist kildekritikk ved å vektlegge å benytte reliable og valide kilder. Reliabilitet betyr at kildene vi har funnet skal være pålitelige, målinger skal utføres korrekt og hvis feilmarginer skal disse oppgis. Validitet betyr at kildene skal være relevante og gyldige for det problemet som skal undersøkes (Dalland, 2012). Da vi har brukt selvvalgt litteratur av forfattere som har fagkompetanse innen demens, miljøbehandling og sykepleieteorier, mener vi at de er pålitelige og derfor reliable. Både selvvalgt litteraturen og forskningsartiklene mener vi også er relevante for vår problemstilling. De er av nyere årstall, litteraturen mellom 2009 – 2015 og forskningsartiklene mellom 2003 – 2012. Dette er fordi vi ønsker litteratur og forskning som er mest mulig oppdatert. Dette gjør våre kilder også valide.

Ved valg av forskningsartikler har vi hatt som mål at de skal være fagfelleverdert. Dette vil si at artiklene vi har valgt er vurdert og godkjent av eksperter innenfor fagområdet. Vi ønsket også at forskningen skulle være oppbygd etter IMRAD-strukturen. IMRAD-strukturen vil si introduksjon/introduction, metode/methods, resultat/results, og/and diskusjon/discussion. Grunnen til dette er at det er den mest brukte oppbyggingen av artikler, samt at artiklene blir oversiktligere å lese (Dalland, 2012). For å sette oss kritiske til forskningen har vi brukt sjekklister for å vurdere dem, er resultatet til å stole på, hva forteller resultatet og kan resultatet være til hjelp i vår praksis. Først har vi sett på sammendraget, så fortsatte vi med å lese hele artikkelen, deretter så vi på sammenhengen mellom problemstillingen, innsamling av data til forskningen og om det er forklart hvordan dataene er funnet. Sjekklister har hjulpet oss med å bedømme om artiklens metodiske kvalitet er til å stole på (Kunnskapssenteret, 2014).

Forskningsartiklenes styrke er at seks av dem handler om miljøbehandling og miljøtiltak som er direkte knyttet til vår problemstillingen. Svakheten ved funnet forskning er de to artiklene som ikke er direkte knyttet til problemstillingen, men som likevel belyser og styrker problemstillingen. En annen styrke er at fem av artiklene er reviews, såkalte oversiktsartikler noe som er en omfattende og dokumentert søksstrategi som sikrer godt resultat (Dalland, 2014). Oversiktsartikler er de som ligger høyt oppe på s – pyramiden, som er en pyramide der forskning blir rangert etter kvalitetsnivå. De tre andre forskningsartiklene kan derfor svekkes i kvalitet da de er enkeltstudier som ligger nederst på s – pyramiden, men vi mener at de likevel er relevante og troverdige (Nordvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Vi har vært forsiktige med å bruke oversettelsesprogrammer for å unngå at oversettelsen skal bli feil. Vi har derfor brukt ordbøker for å oversette ord og uttrykk fra artiklene, blant annet Ordnett + fra Høgskolens bibliotek.

## 2.4 Etske betraktninger

Vi har gjort etske betraktninger med bruk av eksempler fra praksis i oppgaven. Vi har gjort dette med sterk fokus på anonymisering. Anonymisering er når opplysninger ikke kan identifiseres på enkeltpersoner i et datamateriale. Da vil man ta hensyn til navn, personnummer og bakgrunnshistorikk (Dalland, 2012). Vi har beskyttet eksemplene fra praksis ved å kalle personen pasient. Vi har også unngått å nevne sted, tidligere bakgrunn om pasienten og andre innlysende opplysninger.

### **3. Omsorg for den demente på skjermet enhet**

Dette kapittelet i oppgaven er bygd opp av teori og forskning. Først presenteres den demente pasienten, deretter sykepleieteorien av Benner og Wrubel, da denne er sentral i forhold til behandlingsmetoden miljøbehandling. Etterfulgt av sentrale elementer i miljøbehandling med Rokstad som utgangspunkt, der ser vi på miljøtiltakene aktiviteter, måltider, musikk og sansestimulering, samt hvilke faktorer som kan være påvirkende for et best mulig utfall. Til slutt tar vi for oss forskning som er relevant i forhold til demens og miljøbehandling, til det som er lagt frem før i kapitelet.

#### **3.1 Den demente pasienten**

Demens er en sykdom som gir nedsatt hukommelsesevne og nedsatt tankeevne, man ser svikt fra personens tidligere kognitive funksjonsnivå (Rokstad, 2014). Sykdomsutviklingen er gradvis, fra et langsommere utviklingsnivå i etableringsfasen til et raskere utviklingsnivå senere i sykdomsforløpet. Det behøver ikke å være merkbart ved sykdommens utvikling, man kan glemme ting som akkurat har skjedd, glemme hvor man har ting og ikke huske navn på kjente personer. Den begynnende demente vil ikke erkjenne at han eller hun begynner å glemme ting, man prøver å skjule dette så godt det lar seg gjøre. Man kan også begynne å glemme da man blir eldre, forskjellen fra den glemske eldre til den demente er at evnen til å resonere og tenke blir dårligere (Hjort, 2010).

##### **3.1.1 Ulike demenssykdommer**

Felles for de ulike typene demenssykdommer er den progredierende kognitive hjernefunksjonssvikten (Bertelsen, 2011). Det finnes ulike typer demenssykdommer, og de deles ofte inn i tre grupper; degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Degenerative demenssykdommer deles igjen inn i Alzheimers sykdom, frontotemporalallapsdemens, Parkinson sykdom med demens, demens med Lewy-legmer og andre degenerative hjernesykdommer (Berentsen, 2010).

Alzheimer er den hyppigste av demenssykdommene og rammer mellom 60-70 % av de som blir rammet. Man kan se tre karakteristiske trekk ved Alzheimer. Disse karakteristiske trekkene ble beskrevet av Alzheimer i 1901, og siden har forskere arbeidet med dette. Alzheimer beskrev at hjernen blir mindre og lettere, noe som kalles atrofi. Hjernebarken blir

smalere og væskefylte hulrom i hjernen blir større, noe som skyldes at mange hjerneceller dør. Det andre trekket er at det dannes nevrofibrillære floker inne i cellene. Og den siste skyldes ”senile plakk” mellom cellene. Inne i disse plakkene finnes det beta-amyloid som er et unormalt eggehvitestoff (Hjort, 2010).

De mer sjeldnere typene av degenerative demenssykdommer har ofte ukjente årsaker. Hjernens rammes i disse tilfellene i hjernebarken. Fronto-temporal-demens er en av dem, der panne- og tinningslappene blir rammet. Man kan her se at pasienten blir initiativløs og mister naturlige hemninger, og mange endrer ofte adferd. Sykdommer som rammer dypere i hjernen er Parkinson (bare noen av de som blir rammet av Parkinson blir demente) og Lewy-legemer. Disse pasientene kjennes ofte ved vekslinger i bevisstheten (Hjort, 2010).

Demens kan utvikles etter store og flere små hjerneinfarkter og sykdommer i arterioler dypt i hjernevevet, dette kalles vaskulær demens. Dette vil gi kritiske områder i hjernen for lite blod, som igjen vil føre til for lite oksygen (Hjort, 2010). Mens sekundær demens skyldes helt andre grunner. Det er en følge av for eksempel normaltrykkshydrocephalus, ubehandlet alvorlig vitamin B12 mangel, aids, langvarig alkoholmisbruk, hjerneskadene, svulster eller encefalitt (Berentsen, 2010).

Demens kan også deles inn i grader; mild, moderat og alvorlig. Mild grad av demens er der de nærmeste begynner å ane at noe er annerledes. Personen starter å glemme viktige småting i hverdagen, som å komme til avtaler, hente posten og betale regninger. Man klarer seg som regel hjemme, med god tilrettelegging og hjelp. Moderat grad av demens er der personen mister noe av grepet på hverdagen. Pasienten får dårligere hukommelse og klarer ikke lengre å utføre enkle ting i hverdagen. Slik som påkledning, matlaging og klesvask. Den alvorlige graden av demens innebærer stor hukommelsessvikt, på dette stadiet husker pasienten kun små episoder fra fortiden. Man husker ikke lengre hvem familien er, det blir vanskelig å orientere seg for tid og sted og ordforrådet blir svært begrenset. Denne personen er avhengig av hjelp døgnet rundt (Berentsen, 2010).

### **3.1.2 Symptomer**

Symptomer hos demente vil gjerne ha individuelle forskjeller da mennesker er ulike, sykdommer opptrer ulikt, hvilken fase av sykdommen man er i og hvilken av de ulike typene man blir rammet av. Symptomene deles inn i tre grupper; kognitive, atferdsmessige og motoriske (Rokstad, 2014).



---

Symptomer som inngår i svikt i de kognitive funksjonene er redusert oppmerksomhet, dette vil igjen gi svekket hukommelse og problemløsning. Pasientens evne til å skille mellom viktig og mindre viktig informasjon vil derfor svekkes. Man kan også se problemer med læring og hukommelse, samt å gjenkjenne personer eller episoder man tidligere har opplevd. Språklige problemer kan også inntre. Talen kan bli langsom, usikker og avbrutt, man har svikt i språkproduksjonen, dette kalles motorisk afasi. Pasienten kan ha problemer med å forstå den andres tale, dette kalles sensorisk afasi. Mens også anomisk afasi kan inntre, der talen er flytende, men pasienten omformulerer fordi han eller hun ikke husker ordet. Man kan også se handlingssvikt, svikt ved orientering, svikt ved resonering og lignende, dette kalles apraksi (Rokstad, 2014).

Atferdsmessige symptomer er mye utbredt og de fleste demente vil oppleve endringer ved adferd og følelser. Her kan man se depresjon og tilbaketrekning, man kan oppleve tap eller følelsen av å ikke mestre. Angst forekommer også hyppig, den demente har vanskeligheter med å ha oversikten over eget liv og opplever dette usikkert. Man kjenner at man blir mer avhengig av andre og dette kan skape følelsen av angst. Man kan også oppleve hallusinasjoner, feiltolkninger og vrangforestillinger, som kan være et resultat av angsten. Andre hyppige atferdsmessige symptomer kan være apati og interesseløshet, rastløshet og økt motorisk aktivitet, irritabilitet og aggressivitet og forandret døgnrytme. Alle disse atferdsmessige symptomene grunnes i de kognitive symptomene, da den demente pasienten har et svekket kognitivt funksjonsnivå og forstår seg selv og omgivelsene rundt seg på en annen måte enn tidligere (Rokstad, 2014).

De motoriske symptomene fremtrer ofte senere i sykdomsforløpet. Dette vil innebære muskelstyringsproblemer. Evnen til å koordinere bevegelser, beregne avstander, holde balansen og samordne muskulaturen kan ofte bli svekket. Inkontinens er også et motorisk symptom, noe som gir nedsatt kontrollmekanisme for de naturlige funksjonene (Rokstad, 2014).

### **3.1.3 Pasientens opplevelser**

Selve opplevelsen av å leve med demens kan være forskjellig fra person til person (Berentsen, 2010). Opplevelsene avhenger også av hvor langt demensen har kommet i sykdomsforløpet. Tidlig i fasen har de som oftest innsikt i egen situasjon, og det kan virke smertefullt og frustrerende, da de kan klare å forstå forandringene i hverdagen (Hjort, 2010).

De er ofte klar over sin egen situasjon og strever i tanker og handling for å beholde sin egen respekt (Tjøstheim, 2008). De kan synes det er skremmende å miste oversikten, samtidig som de synes det er flaut. Pasientene kan oppleve uklarhet i hode, forvirring og tretthet, samt at de kan føle vanskeligheter med å mestre hverdagen. Det kan være vanskelig å konsentrere seg og de kan bli frustrerte over å ikke kunne gjennomføre en handling. Dette kan føre til sinne, angst, og usikkerhet. De kan føle at de er i ukjente omgivelser uten å finne veien ut. Tempoet er nedsatt og ikke alt gir mening lenger (Rokstad, 2014).

Det kan være vanlig at pasientene prøver å skjule svikten de får for seg selv og andre rundt (Fjørtoft, 2012). Det er like vanlig at pasientene ikke dekker over sin situasjon, fordi de ikke forstår at det feiler dem noe. Mange pasienter prøver også å lage et system som for dem til å huske, men etter hvert kan de glemme hvordan de lager dette også. Noen pasienter med demens kan isolere seg og utvikle depresjon, fordi de synes det er vanskelig å snakke om at de husker dårligere (Bernetsen, 2010). Etter hvert som sykdommen utvikler seg kan pasienten miste viten om livet sitt og de som står nærmest. Dette kan føre til at hele historien til pasienten blir borte sammen med tidligere erfaringer og kunnskap. Dette kan føles smertefullt og de kan føle tap, sorg og lav selvfølelse (Hjort, 2010). Noen kan oppleve at de lever i forskjellige virkeligheter mellom barndommen, arbeidslivet, tanker, drømmer og tidligere erfaringer. Dette kan få frem kognitive, følelsesmessige og kroppslige impulser (Tjøstheim, 2008). Derfor er psykisk støtte og oppfølging viktig (Fjørtoft, 2012). Samt forståelse, støtte og trygghet fra folk som pasienten har tillit til (Hjort, 2010).

---

## 3.2 Sykepleieteorien

Vi har valgt å bruke sykepleieteorien til Patricia Benner og Judith Wrubel og derfor deres bok *Omsorgens betydning i sykepleie* som omhandler denne teorien. Hovedfokuset til Benner og Wrubel ligger på ordet omsorg. De ser på omsorg som noe meningsfullt fordi det skaper en verden, der man er opptatt av noe og som legger grunnlag for hvordan mennesker velger å leve. De ser på omsorg som en årsak til både stress og mestring i menneskets opplevelse av sykdom og sunnhet. Mestring kan ikke kurere tap eller smerte, men mestring kan hjelpe en å forholde seg til det. Omsorgsbasert mestring kan skape tilfredsstillelse i form av glede (Benner & Wrubel, 2014).

### 3.2.1 Syn på menneske

Benner og Wrubel ser menneskesynet som at menneske lever i en verden der man forholder seg til den på en meningsfull måte. Mennesket blir utviklet underveis i forhold til faktorer i omgivelsen og de mener at mennesket får kunnskap gjennom sin egen kropp. De har fire kjennetegn på deres teori om mennesket; kroppslig intelligens, bakenforliggende mening, å bry seg og situasjonens betydning (Benner & Wrubel, 2014).

Kroppslig intelligens legger vekt på de forskjellige måtene mennesket forstår situasjoner på. Psyken og kroppen blir sett som en helhet eller man ser på hele mennesket som en helhet. Man ser kroppslig intelligens i form av aktiviteter, gjenkjennelse av ansikter og tidligere opplevelser. Det ligger også i kroppslig intelligens at man bevarer sine kroppslige holdninger og at et menneske ikke tenker over hva som gjøres naturlig, som å bevege seg uten å tenke over det. Vi utvikler oss i løpet av hele livet, og derfor har vi evnen til å tilpasse oss verden. Menneskenes tilegnelser i løpet av livet gjør oss i stand til å reagere på situasjoner og kunne oppleve da noe ikke stemmer (Benner & Wrubel, 2014).

Bakenforliggende mening handler om forståelsen av det som eksisterer. Det handler om å bli født til en verden som du skal forstå, ut fra kultur og familien som du tilhører. Vår bakenforliggende mening er ikke en ting i seg selv, men det er heller hvordan en oppfatter verdenen man lever i. Det er dette som bestemmer hva som er virkeligheten til en person (Benner & Wrubel, 2014).

Å bry seg handler om at et menneske har noe som betyr noe, og som man derfor bekymrer seg for. Det å bry seg vil derfor være avgjørende for hvordan man handler i en gitt situasjon.

Mennesker bryr seg ulikt, der noe betyr mye og annet betyr mindre. Å bry seg handler også om relasjon, det kan for eksempel være kjærlighet til andre eller omsorg for sin hage, sitt arbeid eller sin pasient. Med den kroppslige intelligensen og den bakenforliggende meningen forstår vi verdenen og lever i den, mens å bry seg gjør oss involverte i den (Benner & Wrubel, 2014).

Situasjonens betydning handler om at vi er involvert i en verden, der man kan ha ulik opplevelse av samme situasjon. Det handler om hvordan vi oppfatter den. Ut fra de tre andre kjennetegnene på Benner og Wrubel sitt menneskesyn oppfatter man situasjonen, man involverer seg i situasjonen og man lager seg en mening om hva denne situasjonen betyr for en (Benner & Wrubel, 2014).

### **3.2.2 Syn på stress og mestring**

Stress defineres som: ”Forstyrrelsen af meninger, forståelse og normal funktion, med oplevelse af skade, tab eller udfordring som følge, og der kræves sorg, fortolkning eller erhvervelse af nye færdigheder.” (Benner & Wrubel, 2014, s. 83). Det vil si hvis hendelser som ikke forventes oppstår vil ikke kroppslig intelligens og bakenforliggende mening være nok til å forstå hendelsen. Derfor blir menneske tvungen til å forstå den og derfor kan stress oppstå. Stress kan utløses av begivenheter, men også på grunn av responsen på den. Stress berører både personen og omgivelsene. Det er et resultat av personens forhold til situasjonen og sin evne til å tilpasse seg den. Dette kan innebære en forstyrrelse av de fysiske, emosjonelle og de intellektuelle funksjonene (Benner & Wrubel, 2014).

Stress er ikke en tilstand som alltid bør unngås, heller ikke kureres. Lever man i en verden der ting betyr noe, vil man kunne kjenne på opplevelsen av stress. Alle kan oppleve katastrofer og tragedier, noe som kan skape stress, som det ikke finnes noen behandling for. Personen vil derfor formes av sine opplevelser og erfaringer. Et eksempel på dette er at selv om pasienten kan bli frisk fra sykdom, vil pasienten fortsatt sitte igjen med opplevelsen av å være syk. Man kan derfor si at stress er resultatet av at man ikke kan mestre et problem godt nok (Benner & Wrubel, 2014).

Mestring er det man stiller opp med mot de forandringene som skjer under en stresset situasjon. Personen ses på som formet av meninger og betydninger. Hvilke muligheter det er for mestring og hva som gjør situasjonen stressende, avgjøres av bekymringer, hva det gjelder, bakgrunnsbetydninger, ferdigheter og vaner. Mestring er ikke en metode for å

behandle stress, men når man forstår menneske ved å skape gode relasjoner, kan vi se kroppens, situasjonens og menneskets personlige fremtreden i stress og mestring (Benner & Wrubel, 2014).

### **3.2.3 Sykepleierens rolle**

”Endelig har omsorgen betydning, fordi den danner grundlaget for muligheden af at yde hjælp og modtaget hjælp” (Benner & Wrubel, 2014, s. 26). Omsorg har også betydning for sykepleierens rolle da deres jobb er å bry seg om sine pasienter. Benner og Wrubel mener at sykepleieren skal styrke pasienten til å bli det den ønsker å være. For å gjøre dette må sykepleieren vise pasienten omsorg. Dette innebærer at sykepleieren er oppmerksom på tegn til forandringer i pasientens tilstand. Benner og Wrubel ser på et omsorgsfullt forhold mellom pasient og pleier som tillitsskapende, der det er lettere for pasienten å ta i mot hjelp og føle seg ivaretatt. Pasienten sin opplevelse av sykdommen kan få konsekvenser for det mentale, kroppslige og sosiale, som videre kan uttrykkes for pasienten gjennom frykt, fortvilelse og fornektelse. Ved å gi pasienten håp om å bli frisk eller å lindre lidelsen, kan sykepleieren hjelpe pasienten til å håndtere stress. Sykepleierens oppgave er å hjelpe pasienten igjennom opplevelsen av sykdom med veiledning og trening. Det er ikke mulig å kurere stresset, men oppgaven blir å hjelpe personen med å overleve med det, som videre kan føre til at pasienten opplever mestring (Benner & Wrubel, 2014).

### 3.3 Sentrale elementer I miljøbehandling

Miljøbehandling har fokus på å forbedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Dette vil tilsammen bedre pasientens selvfølelse og pasienten får en opplevelse av mestring (Rokstad, 2012). Miljøbehandling er en form for terapi som kan iverksettes i det miljøet pasienten oppholder seg i. Dette innebærer en tilrettelegging av det som er rundt pasienten og det som foregår i pasientens daglige liv. Dette kan for eksempel være ved måltider, aktiviteter, stimuleringer, egenpleie, søvn og hvile (Rokstad, 2014).

Sykepleieren har derfor en sentral rolle ved bruk av miljøbehandling. Man må klare å bygge kontakt med pasienten, samtidig skape støtte, involvering og verdsetting gjennom kommunikasjon og samhandling (Rokstad, 2012). Det er viktig å kartlegge og vurdere behovet til den enkelte pasienten, for at tilretteleggingen av miljøtiltakene skal gi best mulig resultat. Det må kartlegges om det vises interesse fra pasientgruppen til å utføre de ulike miljøtiltakene. Som sykepleier har man også en oppgave at utføringene av tiltakene fører til trivsel og en god opplevelse for pasienten. Det vil også gi muligheten for et sosialt samvær og en tilhørighet. Dette er selvfølgelig veldig individuelt hvilket miljøtiltak som passer til hver og enkelt pasient, noe som er oppgaven til sykepleieren å vurdere (Rokstad, 2014).

Miljøtiltak er tiltak som iverksettes ved miljøbehandling. Et miljøtiltak kan være noe mange kan gjøre sammen eller noe som foregår individuelt. Hvis miljøtiltaket er godt nok tilpasset en gruppe eller en pasient, kan dette være med på å øke pasientens trivsel og aktivitet. Hvilken effekt de ulike tiltakene har vil derfor være ulik, da alle har forskjellige behov. Det finnes ulike miljøtiltak som for eksempel tilrettelegging av måltider, aktivisering, sansestimulering og musikk (Rokstad, 2014).

#### 3.3.1 Måltider

Måltidene bør planlegges slik at det kan utnyttes best mulig som miljøtiltak for pasienter med demens. Dette innebærer å dekke det grunnleggende behovet for ernæring sammen med sosialt samvær, aktivisering og sansestimulering. Måltidene er ofte høydepunktet for de fleste i hverdagen (Rokstad, 2014). Derfor er det viktig at det er hyggelig å spise og at det er en god atmosfære rundt bordet. Måltidet kan samtidig være med på å styrke de psykososiale behovene som å gi tilhørighet, samhold og hyggelig samvær for pasienten (Brodtkorb, 2010). Det er ulike faktorer som spiller inn for at måltidsopplevelsen skal være så optimal

---

som mulig. Dette er god belysning, ro i rommet, fristende mat, deltagende personalet, god tid, tilgang til hjelp, god sittestilling og fokus på pasientene (Rokstad, 2014).

### **3.3.2 Aktivisering**

Demenssykdom kan føre til at pasienten ikke lenger klarer å ha overblikk over situasjonen, men allikevel føler behovet for å gjøre noe. Selv om aktivitetsnivået er redusert på grunn av sykdom, har pasientene fortsatt behov for aktivitet for å utnytte sine ressurser, i tillegg til å være sammen med andre for det sosiale. Aktivisering av pasienter med demens kan gjøres ved daglige gjøremål som egenpleie, måltider og hendelser i hverdagen. Dette kan være fritidsaktiviteter, hobbyer eller arbeid. Aktivisering i grupper kan også foregå, der også den sosiale delen blir stimulert. Dette kan være grupper med trim og bevegelse, spørreleker, musikk og sang (Rokstad, 2014). Aktivisering i form av fysisk aktivitet er også et tiltak som blir iverksatt ved smertelindring, da det er med på å redusere smerte, styrke muskulaturen, redusere belastning, bedre kroppsholdning, mobilitet og fysisk kondisjon (Bjøro & Torvik, 2010).

### **3.3.3 Sansestimulering**

Pasienter med demens har svekket evne til å organisere og skille de ulike beskjedene vi får gjennom sansene. Det betyr at evnen til å tolke de ulike sanseintrykkene kan være endret eller redusert (Storjord, 2012). Hensikten med sansestimulering er å forebygge at det blir mangel på dette. For pasienter med demens fokuserer sansestimulering på de sju sansene; ledd og muskelsansen, likevektsansen, følesansen, luktesansen, synssansen, hørselssansen og smakssansen. Ledd og muskelsansen er viktig for oppfatningen av leddenes og musklernes spenningstilstand, stilling og bevegelse. Likevektsansen legger vekt på balanse og bakkekontakt. Følesansen har berøring som fokus, mens lukt, syn, hørsel og smak gjør oss mer bevisste. Ved demens sykdom kan disse sju sansene være redusert og derfor er det fokus på å vekke dem. Dette kan gjøres ved å fremme og hemme aktivitet, vekke oppmerksomhet og berolige pasienten. De ulike tiltakene som kan iverksettes er sansegruppe, sansehage, aromaterapi, massasje, berøring, sanserom og bruk av kjæledyr (Rokstad, 2014). Massasje er det vanligste miljøtiltaket som blir iverksatt for å gi avslapning, redusere smerte, og fremme blodgjennomstrømming (Bjøro & Torvik, 2010).

### **3.3.4 Musikk**

Musikk som miljøtiltak kan være alt fra profesjonell musikkterapi, aktiv deltagelse i sang og lytting. Dette kan gjøres av spesialister innenfor fagområdet eller helsepersonell. Musikk for pasienter med demens er en måte å stimulere til sosial deltakelse, vekke minner, redusere stress og uro, og gi positive opplevelser. Musikken kan bidra til sosial deltakelse og oppvåkning av minner ved hjelp av gruppeaktivitet, der bevegelse, sang og dans er i fokus. Dette kan samtidig være med å forbedre pasientens verbale uttrykk ved at pasienten kan synge med. Musikk som avspenning er en måte å redusere stress og uro på. Dette innebærer å gi ro, trygghet og velvære, der en bearbejder vonde opplevelser. Musikk kan også gi positive opplevelser til pasienter som sliter med kjedsomhet, ensomhet og isolasjon ved at det blir en distraksjon (Rokstad, 2014). Musikk kan være et miljøtiltak som iverksettes ved smertelindring. Dette kan være med på å mestre smerten ved å avlede den slik at det heller fører til avslapning (Bjørø & Torvik, 2010).

### **3.3.5 Faktorer som kan bidra til økt virkning av miljøbehandling**

Brukermedvirkning og mestring er i dag veldig aktuelt innenfor sykepleie. Dette vil også være viktig når det skal utføres miljøbehandling i form av helsehjelp. Stringer, Meijel, Vree og Bijl sin forskningsartikkel om involvering av brukere i felles beslutningsprosesser, viser et resultat hvor økt involvering, altså brukermedvirkning, ga bedre omsorg, helseutfall og pasienttilfredshet (Stringer, Meijel, Vree & Bijl, 2008).

Brukermedvirkning handler om at hver enkelt skal få påvirke sin egen livssituasjon. Dette innebærer å ha muligheten til å gjøre egne valg over sin egen helsesituasjon, samtidig hvordan den eventuelle hjelpen skal ytes (Fermann og Næss, 2010). Lov om pasient – og brukerrettigheter §4-7 sier ” Pasient som er fratatt rettslig handleevne på det personlige området etter vergemålsloven § 22 tredje ledd, skal i så stor utstrekning som mulig selv samtykke til helsehjelp. Dersom dette ikke er mulig, kan vergen samtykke på vegne av pasienten” (Lov om pasient – og brukerrettigheter, 1999). Det er derfor viktig så langt som mulig å bevare den demente pasientens autonomi, altså retten til selvbestemmelse (Slettebø, 2010).

Mestring defineres som hva folk gjør når deres personlige meninger og betydninger forstyrres, og når uanstrengte funksjoner bryter sammen. Mestring handler om gjenopprettelsen av disse meningene og betydningene for å håndtere stress eller utfordrende



situasjoner. Man kan derfor si at mestring innebærer å tilnærme seg en situasjon der pasientens fysiske forutsetninger, helse, ferdigheter, vaner, kunnskaper, intelligens og personlige egenskaper blir tatt i bruk (Benner & Wrubel, 2014). I forhold til pasienter med demens er det viktig at vi som helsepersonell er der som en støttespiller. Dette innebærer at vi må ta hensyn til omgivelsene, og hva som kan hindre pasientens oppnåelse av mestring (Thorsen, 2013).

Innenfor miljøbehandling blir det aktuelt ved siktet på bedring av pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Det skal bedre pasientens selvfølelse og opplevelsen av mestring. Det er dette som er målet med denne formen for behandling (Rokstad, 2014). Hvis man skal iverksette et miljøtiltak som innebærer fokus på pasientens hobbyer, for eksempel håndarbeid, er det viktig at vi som helsepersonell er der som støttespillere. Oppgave blir da å motivere pasienten til å klare håndarbeidet, hvis dette lar seg gjøre vil pasienten oppnå mestring.

Det å skape en god relasjon til pasienten vil innenfor både miljøbehandlingen og retten til brukermedvirkning være viktig. God kommunikasjon er et godt hjelpemiddel som vil skape trygghet og tillit hos pasientene, som igjen vil åpne for løsning av problemer og hjelp til å oppnå mestring av oppgaver så godt som mulig (Eide & Eide, 2012). Støtte og engasjement er også viktig innenfor dette, da det kan bidra med å redusere eventuell angst, samt bygge opp tillit, trygghet og egenverdi. Hvis pasienten ikke får støtte, vil det kunne være større sannsynlighet for eksempel å utvikle utfordrende atferd (Rokstad, 2014).

## 3.4 Relevant forskning

Vi har funnet forskningsartiklene på bakgrunn av problemstillingen og tema til oppgaven vår. Vi har valgt ut åtte artikler som belyser miljøbehandling, effekten av ulike miljøtiltak, tilretteleggingen av miljøtiltakene og betydningen av brukermedvirkning. En av artiklene er kvalitativ og fem er kvantitative. To av forskningsartiklene bedømmer vi til å være både kvalitativ og kvantitativ.

### 3.4.1 Psykososial stimulering

*Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial interventions work* er en kvalitativ forskningsartikkel. Den handler om å forstå hvordan miljøbehandling kan bedre situasjonen og stemningen hos pasienter med demens. Miljøtiltak som blant annet ble brukt var aktivitet, musikkterapi, dans og sansestimulering som kjæledyr og dukker. Forskningen viste at miljøbehandling gjorde at pasienten fikk kontakt med andre, fikk mer mening i hverdagen og bedrevet minnearbeid. I tillegg fikk pasienten bedre humør, kommunikasjon, atferd og livskvalitet (Lawrence, Fossey, Ballard, Cook & Murray, 2012).

*The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review* er en kvantitativ forskningsartikkel. Den handler om effekten av miljøbehandling for å redusere symptomene depresjon, aggressivitet og apatisk atferd hos pasienter med demens. Forskningen viste at sansestimulering i form av sanserom kunne redusere apatisk atferd hos pasienter med demens. Målet var å bedre kontakten med pasienter med demens og forbedre deres trivsel ved positiv stimulering av sansene (Veikaik, Weert & Francke, 2005).

*Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of meeting quality standards* er en kvantitativ forskningsartikkel. Den handler om miljøbehandling og hvordan ulike miljøtiltak hadde innvirkning på demente pasienter med atferdsmessige symptomer som for eksempel angst, depresjon irritabilitet og sosial tilbaketrekning. Forskningen viste at blant annet musikk og fysisk trening for den demente reduserte de atferdsmessige symptomene (O'Connor, Ames, Gardner & King, 2009).

*Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review* er en kvantitativ forskningsartikkel. Den handler om hvilken betydning sansehager, sanserom, terapeutisk hagebruk og målrettet bruk av planter har for miljøbehandling til

---

pasienter med demens. Forskningen viser at disse miljøtiltakene kan ha positiv innvirkning på funksjonsnivå, atferd og trivsel hos personer med demens. Sansehagen bidro til bedre humør og økt livskvalitet, mens terapeutisk hage bidro til engasjement, bedre søvn, nedsatt verbal agitasjon og bedre kognisjon (Kirkevold & Gonzalez, 2012).

Studien *Massage and touch for dementia (Rewiev)*, er en kvantitativ forskningsartikkel. Den handler om å undersøke om miljøtiltak som massasje og berørings terapi kan redusere angst, urolig atferd og depresjon hos pasienter med demens. Forskningen viser at håndmassasje kunne redusere urolig atferd (Hansen, Jørgensen, & Ørtenblad, 2006).

*Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care* er en kvantitativ og kvalitativ forskningsartikkel. Denne artikkelen handler om å følge vektendringer hos pasienter med alvorlig demens, samt å se om vekten endret seg etter forandringer i miljøet (Mamhidir, Karlsson, Norberg, Kihlgren, 2007).

### **3.4.2 Tilrettelegging**

Flere av forskningsartiklene tar for seg tid som viktig i tilretteleggingen av miljøbehandling. I sanserommet ble det utført korte økter (Veikaik, Weert & Francke, 2005). Ved miljøtiltaket håndmassasje ble det utført i korte intervaller på maks 10 minutter (Hansen, Jørgensen, & Ørtenblad, 2006). Fysisk aktivitet ble også holdt i korte intervaller på rundt 20 minutter (O'Connor, Ames, Gardner & King, 2009).

Tilretteleggingen ved fysisk aktivitet fokuserte på forskjellige øvelser med hvile, støtte og trening som var tilpasset individuelt til pasientene. Øvelser som ble utført kunne være knebøy og sidesteg, der pasientene fikk holde sitt eget tempo. Øvelsene ble utført med tanke på funksjonsnivået til pasienten og det pasientene likte å gjøre. Ved musikk var det viktig med tilpasninger slik at pasientene fikk høre på det de ønsket og likte. Ulike sjangere som jazz, popp og beroligende musikk ble prøvd, og man så et resultat på at flest pasienter hadde effekt av beroligende musikk (O'Connor, Ames, Gardner & King, 2009). For å skape kontakt med andre ble musikk brukt, sammen med dyr, dukker og huskebokser ga det et godt resultat. Pasientene fikk også notatbøker, som de kunne notere positive situasjoner i relasjon med andre (Lawrence, Fossey, Ballard, Cook & Murray, 2012).

Ved valgt miljøtiltak sansestimulering, der sansehage og sanserom ble brukt, var fokuset høyt på omgivelsene og at det var delikat på stedet. Det ble sett på som viktig i sanserommet med god lukt, gode dufter, sanseintrykk, fuglesang og varme. I sansehagen var fokuset på solen, muligheten for dyrking av planter og grønnsaker. Det måtte være mulighet for å plante grønnsaker, som kunne smakes på. På en avdeling ble det gjort ved at pasienten plantet en grønnsak eller en plante, som skulle observeres og passes på tre til fire ganger i uken over fire uker. Dette var med på å fremme helse og velvære gjennom passiv og aktiv deltakelse, det fremmet også engasjement hos pasientene (Kirkevold & Gonzalez, 2012).

Endrede rutiner ved måltidet resulterte i blant annet vektøkning. Tilretteleggingen som ble utført var positive endringer i omgivelsene, det ble satt opp nye bilder på veggen, nye duker og gardiner, navneskilt utenfor dørene og ansatte hadde på seg fargede klær. Maten skulle serveres på delikate fat og boller, der pasientene selv kunne forsyne seg. Det var også et høyt fokus på individuell tilrettelegging, der måltidet måtte tilpasses hver enkelt pasient (Mamhidir, Karlsson, Norberg, Kihlgren, 2007).

### **3.4.3 Aktivt og engasjert personell**

*Creating a Therapeutic Psychosocial Environment in Dementia Care – A Preliminary Framework* er en kvantitativ og kvalitativ forskningsartikkel. Den handler om å undersøke faktorer som kan støtte bruk av miljøbehandling i langsiktig omsorg til pasienter med demens. I forskningen kommer det frem en modell man kan bruke som øker pasientens livskvalitet, bevarer pasientens personlighet og evner, samt en reduksjon av farmakologisk behandling. Denne modellen består av organisasjonens filosofi, politikkenes retningslinjer og prosedyrer, tilstrekkelig med midler og personalets oppgaver (Werezak & Morgan, 2003).

Organisasjonens filosofi består av planlegging, hvordan man utøver omsorg og hvordan miljøbehandlingen kan utføres med kvalitet. Politikkenes retningslinjer og prosedyrer går ut på å iverksette tiltak som reflekterer institusjonens filosofi og derav lage retningslinjer til de ansatte. Man kan for eksempel legge miljøbehandling inn i helsepersonells utdanning. For å kunne utføre god miljøbehandling og skape et aktivt og engasjert personell må man gi tilstrekkelig finansiering. Personellet må alle få opplæring i miljøtiltakene som utføres på de ulike avdelingene og man må skape engasjement blant dem. Det er viktig å se pasientens behov, da miljøbehandling krever god tilrettelegging (Werezak & Morgan, 2003).

Viktigheten av engasjert og aktivt personell ses også i andre forskningsartikler. Det å ha kjennskap til pasientenes bakgrunn vektlegges høyt, dette ga personell og den demente en bedre relasjon som igjen ga muligheten til et bedre utfall. Det var også positivt med motiverende, oppmuntrende og tryggende personell (Lawrence, Fossey, Ballard, Cook & Murray, 2012). Som et eksempel kan vi se på forskningen om måltidet der personalet endret holdningene sine og økte kontakten med pasientene, noe som gjorde at det utviklet seg en mer behagelig atmosfære rundt pasientene (Mamhidir, Karlsson, Norberg, Kihlgren, 2007).

#### **3.4.4 Betydning av brukermedvirkning**

*User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review* er en kvantitativ forskningsartikkel. Den handler om å undersøke effekten av å involvere brukere i felles beslutningsprosesser. Et eksempel er at brukeren blir involvert i beslutningene som tas i forhold til egenomsorg. Et annet mål for studien var å finne nye metoder for å prøve og oppmuntre til brukermedvirkning. Resultatet av studien var at en økt involvering av brukerne ga bedre omsorg, helseutfall og pasienttilfredshet. Det ble også påvist at helsepersonell i dag trenger mer kunnskap og opplæring for å oppmuntre til brukermedvirkning (Stringer, Meijel, Vree & Bijl, 2008).

## **4. Tilrettelegging av miljøbehandling for trivsel og et meningsfullt liv.**

En repetisjon av problemstillingen: Hvordan kan sykepleieren tilrettelegge miljøbehandling for å fremme trivsel og et meningsfullt liv for pasienter med demens på skjermet enhet. Diskusjonen vil sette teori, forskning og egne erfaringer opp mot hverandre. Hva sier forskningen og teorien om tilretteleggingene av miljøtiltakene, for at pasienten skal oppnå trivsel og et meningsfullt liv, og hva forteller våre egne erfaringer i forhold til dette. Vi vil nå drøfte dagligdagse aktiviteter i form av måltider, fysisk aktivitet, sansestimulering ved massasje, sanselage og sanserom, deretter musikk og tilslutt sykepleieteorien

### **4.1 Skape en felles kultur for miljøbehandling**

En stor del av miljøbehandlingen handler om at helsepersonell skal være engasjerte. Dette kan være en utfordring hvis arbeidsplassen ikke har en felles kultur. Forskning viser en modell som kan øke pasientens livskvalitet, bevare pasientens personlighet og evner, samt redusere bruk av farmakologisk behandling. Denne modellen viser seg å bedre pasienten sin livskvalitet og hjelpe ansatte til å utøve god miljøbehandling. Dette er en modell som består av organisasjonens filosofi, politikkens retningslinjer og prosedyrer, tilstrekkelig med midler og personalets oppgaver. Henviser til underkapittelet om relevant forskning, for mer om denne modellen (Werezak & Morgan, 2003).

Det er viktig at personalet er tilstedeværende, gir trygghet og sikkerhet. Man kan ha oppholdssteder som støtter pasientens personlighet der man reduserer angst og forvirring. De må også gi passe nivå av miljøstimulering. De må se pasientenes sine behov, deres perspektiv og tilby valg. Det handler også om tilpasning, empatisk omsorg, berøring, god kommunikasjon, bruk av humor og hjelpe de med sin kognitive svikt. Dette gjøres ved god planlegging og hvordan de kan se de individuelle behovene. Samtidig fokusere på positiv pleie og omsorg som gjør pasienten til et verdig menneske. Det viser seg at en slik modell kan bedre pasienten sin livskvalitet og hjelper de ansatte til å utøve god miljøbehandling (Werezak & Morgan, 2003).

Ved å ta utgangspunkt i denne modellen kan dette hjelpe avdelingen på skjermet enhet å oppnå en tilfredsstillende miljøbehandling. Dette innebærer et godt samarbeid mellom

---

ledelse og personalet, slik at alle har tilstrekkelig kunnskap om miljøbehandlingen og hver enkelt pasient. Alle sykepleiere og alt helsepersonell kan bidra med noe her for at miljøbehandlingen skal fungere optimalt og at alle skal være engasjerte for å få dette til.

## 4.2 Miljøbehandling for trivsel og et meningsfullt liv

Vi kan se både i teori og forskning at miljøbehandling kan ha mange positive utfall for pasienter med demens. Hovedvekten av positive utfall ligger på psykiske bedringer, som for eksempel økt livskvalitet og trivsel, hyggelig samvær på grunn av det sosiale, positive opplevelser, mindre angst, mindre tegn til depresjon og økt minnearbeid. Man kan også lese i teori og forskning om fysiske bedringer i form av bedre søvn og mindre urolig adferd. På den andre siden sier teori og forskning veldig lite om negative utfall, noe vi mener kan forekomme grunnet vår individuelle ulikhet. Det vi har funnet om negative utfall er økt urolighet, dette grunnet dårlig tilrettelegging av miljøtiltakene. Henviser her til teori og forskningskapitelet.

Betydningen av god tilrettelegging er viktig for at miljøbehandlingen skal bli så optimal som mulig. Dette innebærer fokus på kartlegging og skape god relasjon til pasienten. Kartlegging er viktig for at miljøtiltakene skal bli tilpasset pasientens behov og ressurser. Da demensen gradvis forverres kan kartleggingen være en utfordring, da det kan gi et midlertidig resultat (Kirkevold & Brodtkorb, 2010). Det betyr at kontinuerlig kartlegging kan være viktig i tilretteleggingen av miljøbehandling. Å skape god relasjon ved å vise trygghet, engasjement, tillit, og støtte er også viktig for at pasienten skal oppnå bedre livskvalitet, glede, trivsel og selvstendighet (Rokstad, 2012).

Kommunikasjon er også viktig i forhold til å skape god relasjon til pasienten ved miljøbehandling. Dette ved å formidle noe til pasienten, samt skape kontakt ved å bekrefte hverandre (Solheim, 2012). Det handler også om at pasienten skal forstå det som blir sagt og at vi som helsepersonell skal ha en forståelse for pasienten (Eide & Eide, 2012). Kommunikasjon kan være vanskelig da pasienter med demens har reduserte ulike evner som er nødvendig i kommunikasjon. Grunnet sykdom, skade eller aldersforandringer hos eldre personer kan svekket hørsel, redusert syn og redusert oppmerksomhetsevne tilfalle personen. Det vil ofte kunne redusere evnen til å kommunisere, samt å oppfatte hva andre sier. Hos den demente pasienten kan afasi også være et symptom. Afasi er språkforstyrrelser som kan føre

til at pasienten får problemer med å forstå ord, snakke, skrive og oppfatte. Sammen med hukommelsessvikten vil dette skape problemer i kommunikasjonen med andre (Solheim, 2012). Det kan også være vanskelig for pasienten hvis en pleieren for eksempel har dialekt eller snakker et annet språk. Derfor er tydelig kommunikasjon utrolig viktig i behandling spesielt av demente (Solheim, 2012). Fokus på brukermedvirkning er også viktig, vi ser at forskning viser at økt involvering av brukere gir bedre omsorg, helseutfall og pasienttilfredshet (Stringer, Meijel, Vree & Bijl, 2008).

Det vi reagerer på i forhold til teori og forskning er det lave fokuset på den sammensatte gruppen av demente på skjermet enhet. Vi ser viktigheten av at pasienter med samme interesser og verdier er satt i samme gruppe ved miljøbehandling. Vi har gjennom egne erfaringer sett at på en skjermet enhet er det lite system på hvem som har blitt satt sammen. Det kan være eldre demente med yngre demente, langtkommende demente med demte i startfasen eller demente som klart har ulike interesser og verdier. Vi mener at dette lave fokuset på gruppesammensetning derfor kan være negativt i forhold til å starte miljøbehandling på en skjermet enhet. Det vi har funnet som er positivt for start av miljøbehandling i en gruppe demente er ved måltidet, der man må sette sammen pasienter som ikke forstyrrer hverandre. De som er urolige blir gjerne satt for seg selv, med et eget personal som kan gi bistand hvis nødvendig (Mamhidir, Karlsson, Norberg, Kihlgren, 2007).

#### **4.2.1 Dagligdagse aktiviteter**

Med dagligdagse aktiviteter tenker vi på utførelser i hverdagen som er naturlige for de fleste mennesker. Dette kan for eksempel være vaske klær, brette klær, vaske hus, måke snø, spise mat og lignende. Vi ser at teori og forskning ser lite på andre dagligdagse aktiviteter enn måltidet, dette kan være negativt da andre dagligdagse aktiviteter også kan være positivt, og til sammen kunne kanskje flere miljøtiltak av dagligdagse aktiviteter gitt større behandlingsgevinst. Men for å se på det som står om dagligdagse aktiviteter i teori og forskning ser vi på måltidet og tilretteleggingen av det.

Miljøbehandling brukes som behandling for å forbedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Det skal gi pasienten en bedre selvfølelse og en opplevelse av mestring (Rokstad, 2012). Vi ser at alle formene for miljøtiltak vi har sett nærmere på i denne oppgaven kan stimulere til denne oppnåelsen, men det kan også bli motsatt. Vi ser på den ene siden at måltid som miljøtiltak stimulerer til opplevelsen av mestring, ved god



---

tilrettelegging. Dette hvis pasienten spiser selv, eller selv er delaktig så langt det lar seg gjøre. Dette krever at personalet ser den enkeltes behov, slik at pasienten får hjelp om nødvendig. På den andre siden kan det bli negativt ved at sykepleieren hjelper pasienten og pasienten føler manglende mestring, da han eller hun ser at de andre klarer å spise på egenhånd (Rokstad, 2014).

Ser man på det positive med det som står skrevet i teorien og forskningen om måltidet er det stort fokus på tilrettelegging av at de samme pasientene er tilstede hver dag, samtidig at alle har de samme sitteplassene. Det burde helst ikke være flere en åtte pasienter rundt samme bord. Plassering av pasientene burde være gjennomtenkt, da feilplassering kan føre til at det blir for mange pasienter med ulike behov. Blir dette gjennomført på riktig måte kan det stimulere til gjentakelse og gjenkjenning for pasienter med demens. Selve oppdekkingen burde også være den samme hver dag og oppdekkingen bør være forenklet ut i fra pasientens forutsetninger, da mange gjenstander på bordet kan skape forvirring. Den sosiale stimuleringen vil trolig også bli dekket da måltidene kan skape sosialt fellesskap og kontakt mellom pasientene, som kan øke trivsel og trygghet (Rokstad, 2014). Vi ser også at måltidene fremmer aktivitet, ved at pasienter med demens får bruke spiseferdigheter som de har bevart i handlingshukommelsen (Berg, 2009). Måltidene kan også bedre orienteringsevnen. Pasienter med demens kan ha mistet evnen til å holde orden på de ulike tidspunktene i døgnet og måltidet kan derfor orientere dem om dette (Berg, 2009).

Det negative kan ofte være at sykepleieren har for dårlig tid, noe som kan føre til stress som igjen kan føre til uro (Rokstad, 2014). Pasientenes spiseatferd kan redusere de andres trivsel og matlyst, slik at det kan skape uro (Brodtkorb, 2010). Det kan ofte være andre små uromomenter som også kan føre til stress og uro. For mange demente er ofte bare små ting vi andre mennesker ikke tenker noe på uromomenter (Rokstad, 2014). Når man ser på miljøtiltaket måltid i forhold til Benner og Wrubel sitt syn på menneskets kroppslig intelligens, der man bevarer sine kroppslige holdninger og der man handler uten å tenke (Benner & Wrubel, 2014). Den dementes kroppslige intelligens har som oftest blitt brutt og man har mistet evnen til å handle (apraksi), de normale gjøremålene er ikke lengre normale. Når da den demente blir sittende ved et matbord og egentlig ikke vet hva han eller hun gjør der, kan dette føre til stress og manglende mestringsopplevelse.

Forskningen støtter teorien, da den viser at måltider med tilrettelagt miljø, kan skape trygghet og gi god livskvalitet, noe som igjen viste seg i vektøkning. Det gikk ut på å

tilrettelegge måltidet til hver enkeltes behov. Ved å endre miljøet rundt måltidene, endret personalet holdningene og de fikk tid til å være med pasientene under måltidet, dette gjorde relasjonen mellom pasient og personal bedre (Mahamhidir, Karlsson, Norberg, Kihlgren, 2007).

Sett i syn av egne erfaringer er både det teorien og forskningen legger frem sett i praksis. Som i forskningen ble måltidene tilrettelagt for hver enkelt. De pasientene som ble satt sammen trivdes i hverandres selskap, de ble sosiale og det var en god stemning under hele måltidet. Vi så hvilken glede pasientene hadde da de følte en stor mestring ved å sitte sammen med andre og kunne smøre maten sin selv. For de som kunne skape uro og trenge mer hjelp, fikk et eget bord og større tilgang til personell. Dekkingen av bordet var veldig forenklet, noe som ga pasientene ro og skapte ingen forvirring.

Vi vil sette oss noe kritiske til det forskningen og teorien sier om tilretteleggingen av måltidene, da de kun tar for seg spisesituasjonen. Et måltid formes gjennom tilberedelse av maten, pådekking av bord, selve spisesituasjonen og ryddingen etterpå. Da vi ser tilbake i tid har særlig kvinner i den eldste gruppen av demente vært husmødre i all sin tid, det å nå få servert maten ferdig vil kanskje ikke gi samme effekt som hvis hele måltidsituasjonen hadde blitt gjennomført sammen med den demente. Med dette tenker vi spesielt på minnearbeidet. Berg(2009) sier noe om at den demente får i dette miljøtiltaket bruke sine spiseferdigheter som de har bevart i minnearbeidet. Kanskje kunne minnearbeidet vært styrket hvis man så på måltidet som en helhet.

#### **4.2.2 Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet hører naturlig med i behandling av pasienter med demens, teori og forskning legger stor vekt på dette. Teorien ser på tilretteleggingen av fysisk aktivitet, der mennesker er forskjellige og trenger ulik hjelp for å oppleve mestring (Holthe, 2009). Mens forskningen legger mest vekt på hvordan fysisk aktivitet kan dempe symptomene på demens og hvordan aktivitetene i forskningen har blitt tilrettelagt. Vi vil derfor gå nærmere inn på dette og fokusere på hva teorien og forskningen sier om tilretteleggingen av fysisk aktivitet.

Fordelen med fysisk aktivitet er at det kan fremme opplevelsen av mestring og gi mening i hverdagen (Holthe, 2009). Dette vil være med på å gi positive opplevelser og glede til pasienten (Rokstad, 2014). Ved fysisk aktivitet får også den demente pasienten bruke sine egne ressurser og vedlikeholde de ferdighetene de allerede har (Rokstad, 2014). Dette er et

---

stort fokus i Benner og Wrubler sin sykepleieteori som handler om kroppslig intelligens, der pasienten bevarer sine kroppslige holdninger (Benner & Wrubler, 2014). Ved at pasienten får bruke sine egne ressurser og vedlikeholde ferdigheter kan flere av sansene også bli stimulert (Rokstad, 2014). Bruk av kroppen og musklene vil hjelpe pasienten til å opprettholde kroppens funksjon (Holte, 2009). Dette vil videre være med på å stimulere ledd og muskelsansen (Rokstad, 2014). Man kan også stimulere syn, hørsel, lukt, smak og følesansen i å delta og utføre aktiviteter. Da fysisk aktivitet kan gjøres i sammen med andre, kan også den sosiale stimuleringen bli oppnådd, som videre kan være med på å øke pasientenes trivsel. Pasienter med demens kan også oppleve mye sorg og smerte på grunn av sykdommen og symptomene som en følge, fysisk aktivitet kan være en måte å avlede dette (Holthe, 2009).

Ulempen er at fysisk aktivitet på grunn av demenssykdommen kan føre til at pasientene vil møte begrensinger i forhold til hva og hvor mye de klarer (Rokstad, 2014). I følge Benner og Wrubel sin sykepleieteori vil uforutsette hendelser oppstå og føre til at stress. Det er derfor viktig at sykepleieren styrker pasienten til å bli den de ønsker å være for å vise omsorg og hjelper pasienten til å oppnå mestring som svar på stresset (Benner & Wrubel, 2014). Det er samtidig viktig at sykepleieren er motivert og har tro på at aktiviteten er til det positive for pasienten. Umotivert personalet kan føre til at pasienten ikke ser den enkeltes ressurser og behov, og at ikke pasienten selv blir motivert til å fullføre (Rokstad, 2014). Som i miljøtiltaket tilrettelegging av måltider og andre miljøtiltak er det viktig at det heller ikke er andre lyder og forstyrrelser som foregår underveis i aktiviteten, da dette kan føre til uro. Men man må også passe på at pasientene ikke får for mye inntrykk og hendelser da det kan øke risiko for overstimulering (Rokstad, 2014).

Forskningen støtter teorien da det er viktig med tilrettelegging av aktiviteten til hver og enkelt pasient, og at miljøtiltaket fysisk aktivitet bidrar til ulike fordeler. Forskning viser at fysisk aktivitet som miljøtiltak kunne redusere atferdsmessige symptomer som angst, depresjon, irritabilitet og sosial tilbaketrekning hos pasienter med demens. Dette ble gjort ved å bruke forskjellige øvelser i tidsintervall med hvile, støtte og trening etter den enkeltes behov. Forskningen sa også at tiltaket hadde best effekt med tidsbegrensing og tilpassing til hver enkelt (O'Connor, Ames, Gardner & King, 2009).

Egne erfaringer både støtter og sier noe annet. Tilsvarende det teorien og forskningen sier om mestring, positive opplevelser, individuelle tilpasninger, det sosiale, viktigheten av

motiverende personell og tidsbegrensninger, viser et eksempel fra praksis mye av dette. Det ble opprettet en trimgruppe på skjermet enhet for demente, denne besto av de sprekeste og de mindre spreke på avdelingen. Trimmen ble utført slik at alle hadde muligheten til å følge den, noe som ga de fleste av pasientene en god opplevelse og en følelse av mestring. De strålte. Trimmen ble utført i 15 minutter hver gang, dette opplevdes som en passende tidsbegrensning. Vi så også hvor stor betydning det hadde for pasientene at personalet var motiverte og ble med på treningen, dette ga også pasientene høyere motivasjon. Men man kan også se det motsatte, der en pasient overhode ikke hadde interesse for fysisk aktivitet. Han ble urolig og skapte dårlig stemning for de andre pasientene. Det er mulig at denne pasienten ikke klarte å følge opplegget og dette gjorde situasjonen negativ.

Vi ser at fysisk aktivitet kan ha en positiv innvirkning på enkelte pasienter. Dette med best resultat da den fysiske aktiviteten er tilpasset den enkeltes behov og ressurser. Det kan være en utfordring i skjermet enhet da det erfaringsvis kan være utbytting av personale og sykmeldinger. Dette kan føre til at personalet ikke har kjennskap til pasientene, og derfor kan det være vanskelig å fremme trivsel og et meningsfylt liv ved bruk av fysisk aktivitet som miljøtiltak.

### **4.2.3 Sansestimulering**

I teorien fortelles det at i likhet med de andre tiltakene er individuell tilrettelegging viktig. Det sies også at formålet med sansestimulering blir å vekke pasientens oppmerksomhet, øke aktivitet, berolige og stimulere de sju sansene. Det vil være mulig å møte på en utfordring i forhold til sansestimulering om pasienten er våken og oppmerksom på det som foregår, da man kan se ut i fra de kognitive symptomene som følge av demenssykdommen kan redusere pasientens oppmerksomhet. Dette kan gjøre at pasienten ikke klarer å skille de positive stimuliene fra det som kan virke forstyrrende (Rokstad, 2014). For å se på noen tiltak innenfor sansestimulering som miljøbehandling, har vi tatt for oss massasje, sansehager og sanserom.

#### *Massasje*

Massasje kan fungere oppkvikkende, beroligende, smertelindrende og søvnfremmende for pasienter med demens. Samtidig kan massasje gi redusert effekt av personal med manglende kompetanse, da mange av pasientene lider av ødemer, blodpropper og tynn ubehagelig hud.

---

Det kreves derfor forsiktighet og man må ikke massere for dypt (Storjord, 2012). Selve berøringen er viktig for å bevare kontakten med omgivelsene og med seg selv. Massasje kan være med på skape en bedre relasjon mellom pasient og personalet. Den har også mange andre effekter, blant annet redusere stress, gi avslapning, velvære og ro, samt bidra til en opplevelse av felleskap (Rokstad, 2014).

En massasjeform som er mye brukt er håndmassasje. Den bør begynne forsiktig med å holde hånden en stund før man begynner å massere. Deretter kan man begynne å stryke på håndleddet og lage sirkelbevegelser i håndflaten. Avslutt med å holde hånden likt som i starten, før man slipper taket. Man må være oppmerksom på pasientens kroppsspråk underveis, da det kan forekomme positive opplevelser og ubehag (Storjord, 2012). Dette tilsvarer Benner og Wrubel sin sykepleieteori som omhandler at sykepleieren skal være oppmerksom på tegn til forandringer i pasienten sin tilstand. Da massasjen også kan brukes som smertelindring og som beroligende kan dette vise til det Benner & Wrubel mener er å hjelpe pasienten gjennom opplevelsen av sykdom (Benner & Wrubel, 2014). Det er også viktig å kommunisere godt med pasienten underveis i håndmassasjen, ved å fortelle hva man gjør (Storjord, 2012).

Forskning støtter teorien ved at håndmassasje kan redusere urolig atferd hos pasienter med demens. Dette ble gjort ved at håndmassasjen ble utført i korte intervaller på 10 minutter (Hansen, Jørgensen, Ørtenblad, 2006). Erfaring fra praksis er at massasje i form av innsmøring av fuktighetskrem hadde en tryggende effekt på pasienten. Pasienten ble mer avslappet og sa selv at det var behagelig. Det er også erfart at for mye inntrykk rundt selve seansen kan virke uroende for pasienten, samt at pasienten ikke helt klarer å forstå meningen med denne type berøring.

På den andre siden finnes det lite forskning om massasje og demens, vil vi derfor stille oss kritiske til å anvende denne form for miljøbehandling. Vi kan se at massasje kan virke truende for pasienten da pasientens virkelighet kan være annerledes på grunn av demensen og oppfattelsen av hva som skjer er en annen. Dette kan svare til Benner og Wrubel sin sykepleieteori om bakenforliggende mening ved at pasienten har en bakgrunn som kan bringe tilbake negative sider, men kanskje også positive (Benner & Wrubel, 2014). Likevel kan vi også se at massasje kan være en form for trygghet da det innebærer mye berøring.

## *Sansehager*

En sansehager er et uteområde som skal fremme uteaktiviteter, samhandling og sosialt samvær. En av grunnene til sansehager er at pasienter med demens kan få gjenopplevelser som fører til at de mestrer noe de tidligere ofte har gjort (Berentsen & Nilsen, 2009). Teori forteller at tilretteleggingen av sansehager bør inneholde forskjellige aktiviteter som plantestell, vanning, høsting av bær og grønnsaker, vedarbeid, fiskeutstyr, husdyr og luking. Det må tas hensyn til avgrensning av hagen, slik at sikkerheten til pasientene ivaretas. Det er også viktig at sansehagene ser innbydende ut, slik at pasientene ønsker å oppleve de (Rokstad, 2014).

Ser vi det i forhold til Benner og Wrubler sitt syn på omsorg som det å bry seg om noe er sansehager et veldig godt miljøtiltak (Benner & Wrubel, 2014). Vi kan ta for oss grønnsakhagen, denne vil hele tiden trenge pasienten for å utvikle seg. Dette gir pasientene noe å bry seg om og noe som er avhengige av dem. Det kan i tillegg føre til en opplevelse av mestring der pasienten oppnår noe. Et annet eksempel på noe pasientene må bry seg om innenfor dette miljøtiltaket som kan støtte seg på denne teorien er det å ha kjæledyr.

Teorien skrevet av Rokstad støttes av forskningen ved at den viser at sansehager der pasientene selv dyrket og smakte på grønnsakene hadde positiv innvirkning på funksjonsnivå, atferd og trivsel hos pasienter med demens. Disse bidro til bedre humør, økt livskvalitet, engasjement, bedre søvn, nedsatt verbal agitasjon og bedre kognisjon hos pasienten (Kirkevold & Gonzales, 2012).

## *Sanserom*

Slik som ved bruk av miljøtiltaket sansehage, er det også viktig at sanserommene ser innbydende ut. Det er viktig at tiltaket skal være behagelig for pasienten, slik at de har godt utbytte av det. Et sanserom er et rom som kan stimulere pasientens sanser. Det blir skapt et miljø som stimulerer sansene ved lukt, lys, tekstiler, lyd, vibrasjon og berøring. Om lyd skal brukes må det tilpasses etter pasientens hørsel om det skal ha noe effekt. Dette gjøres sammen med personalet, og stimuleringen må tilpasses den enkeltes behov (Rokstad, 2014).

Bruk av sanserom vist gjennom forskning kan redusere apatisk atferd hos pasienter med demens. Pasientene var i sanserommet i korte perioder, som førte til at personalet fikk bedre kontakt med pasientene, samt at pasientene fikk økt trivsel (Veikaik, Weert & Francke, 2005). En annen forskning viste at sanserom hadde positiv innvirkning også på

---

funksjonsnivå, atferd og trivsel hos pasienter med demens. Tiltak som ble iverksatt i sanserommet for å oppnå denne positiv innvirkningen var musikk, planter, synsinntrykk og dufter (Krikevold & Gonzalez, 2012).

Sett i syn av egne erfaringer ser vi likheter med teorien og forskningen. En eldre dement dame bodde på skjermet enhet. Damen hadde på grunn av demensen utviklet språklige problemer, noe som er et kognitivt symptom på demens. På denne avdelingen hadde de iverksatt miljøbehandling og derfor laget et sanserom. Dette var et mørkt rom med senket belysning, rolig musikk og aromatisk lukt. Damen fikk tilbringe 30 minutter to ganger i uken sammen med sykepleier på dette rommet. Hun strålte, hun ble så rolig og hun sa flere ord ingen hadde hørt hun hadde sagt før. Det var tydelig endringer emosjonelt hos denne damen, noe forskningen sier noe om gjennom reduksjon av apatisk adferd. Vi så tydelig at dette var en god og positiv opplevelse for pasienten.

#### **4.2.4 Musikk**

Musikk er noe mange pasienter med demens har et tett forhold til. Det positive ved bruk av musikk er at det kan stimulere til sosial deltakelse, redusere stress og uro, gi positive opplevelser og vekke minner. Musikksmak er individuelt og må tilpasses pasienten (Rokstad, 2014). Det er viktig at pasientene er med å velger hvilken type musikk som skal brukes, da dette vil gjøre pasienten mer engasjert. Dette øker fokuset på brukervedvirkning.

Det negative med musikk som miljøtiltak er risikoen av at musikken ikke har noe hensikt. Dette kan skje hvis man velger feil sjanger (Bjoro & Torvik, 2010). I følge Benner & Wrubel sin sykepleieteori er situasjonens betydning viktig i synet av menneske. Dette innebærer at man kan ha ulik opplevelse av samme situasjon (Benner & Wrubel, 2014). Dette kan vise at pasientene kan ha ulik opplevelse av musikken. I enkelte tilfeller kan for eksempel musikk med sangtekster skape forvirring hos pasienten (Sløgedal, 2009). Men på den andre siden kan pasienter med demens også forbedre språket sitt ved bruk av musikk, da de hører gjenkjennelige sangtekster de har sunget før (Rokstad, 2014).

Forskning viser at musikk som miljøtiltak reduserte atferdsmessige symptomer som angst, depresjon, irritabilitet og sosial tilbaketrekning for pasienter med demens. Ved at beroligende musikk ble spilt under måltider førte det til at beboerne hadde økt matlyst. Forskningen sa også at musikk fungerte best i tidsbegrensede situasjoner og tilpasning til den enkeltes behov (O'Connor, Ames, Gardner & King, 2009).

Fra erfaringer på samme skjermet avdeling som laget et sanserom, blir også musikk brukt i miljøbehandlingen. Det ble opprettet en gruppe med åtte pasienter, der det ble innleid en dame for å synge. Hun var fra distriktet og kjente disse pasientene godt. Hun tilpasset sangene til pasientene. Det ble sunget sanger som alle antagelig hadde hørt i barndommen, noe som skapte minner hos pasientene. De fleste av pasientene ble med å sang og alle så til å trives godt. Særlig en mann ble lagt merke til, han var veldig lite sosial og snakket veldig lite. Han fikk være med i sanggruppen og så til å trives godt. Problemet var at etter en stund ble pasienten veldig urolig og det ble veldig vanskelig å roe han ned etterpå. Det kunne virke som om det ble for mye for pasienten, da han til vanlig ikke var vant til å se andre eller at det skjedde noe.

#### **4.2.5 Sykepleieteorien**

For et menneske å oppleve følelsen av å glemme, kan ofte føre til en krisesituasjon og følelsen av stress kan inntreffe. Fra Benner og Wrubel sin definisjon av stress ser vi at stress tilkommer et menneske da meninger, forståelser og normale funksjoner forstyrres, og skade, tap eller utfordringer vil kreve sorg, fortolkning eller tilegnelse av nye ferdigheter (Benner & Wrubel, 2014). En dement person passer godt til denne definisjonen da en gradvis mister hukommelsen og derav blir funksjonsevnen forstyrret. Mestring er det man kan stille opp med mot forandringene som skjer under en stresset situasjon. Å bli dement kan virke skremmende, forvirrende og vanskelig, da vil det å oppleve mestring kunne gi pasienten en positiv oppmuntring (Rokstad, 2014). Mestring vil da være en måte å stille opp mot forandringene som skjer i en stresset situasjon (Benner & Wrubel, 2014).

Opplevelsen av mestring vil kunne skje innenfor miljøbehandling da fokuset her ligger på å opprettholde de funksjonene man allerede har. Benner & Wrubel nevner kroppslig intelligens, bakenforliggende mening, å bry seg og situasjonens betydning i sitt syn av menneske. Disse mener vi er aktuelle for pasienter med demens. Den kroppslige intelligensen kan være nedsatt på grunn av demenssykdommen, og pasientene klarer kanskje ikke å tilpasse seg og reagere slik som før. De har kanskje en annen bakenforliggende mening, slik at de har en annen forståelse av virkeligheten. Ved miljøbehandling kan vi derfor legge til rette for at de skal få muligheten til å bry seg om noe, som kan være med på å øke muligheten for mestring. Situasjonens betydning vil derfor ha en stor innvirkning, da pasienten med demens kan ha en helt annen opplevelse enn det vi forventer (Benner & Wrubel).



Den demente pasienten vil kanskje trenge hjelp med å oppleve mestring, for å kunne leve med stresset, altså med tanke på glemsomheten i denne oppgaven. Sykepleierens rolle er å vise omsorg, det å bry seg om pasientene sine. Man må hjelpe pasienten til å bli det den ønsker å være. Sykepleieren kan hjelpe pasienten med veiledning og trening, for å leve med sykdommen demens. Man kan som vi nevnte over ikke kurrere stresset og opplevelsen av sykdommen, men vi som sykepleier kan hjelpe pasienten å leve med det (Benner & wrubel, 2014). Dette ser vi på som en veldig viktig oppgave innenfor sykepleie til pasienter med demens, da utviklingen av demente er stigende og man enda ikke har en kurerende behandling for demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

## 5. Konklusjon

I denne oppgaven har vi hatt fokus på hvordan sykepleieren kan tilrettelegge miljøbehandling for å fremme trivsel og et meningsfylt liv hos pasienter med demens. Vi har drøftet miljøbehandling og miljøtiltak med tilrettelegging av måltider, fysisk aktivitet, musikk og sansestimuleringstiltak som håndmassasje, sansehage og sanserom. Dette har vist seg å forebygge symptomer på demens, samt bedre livssituasjonen, stemningen, humøret, kommunikasjonen, livskvaliteten, funksjonsnivået, trivselen, søvnen, kognisjonen, samtidig som det har bidratt til økt kontakt med andre, gitt mening i hverdagen, bedrevet minnearbeid og gitt økt engasjement. Her ser vi altså en rekke positive utfall miljøbehandling kan medføre.

Det vi etter dette litteraturstudiet ser på som det mest problematiske med miljøbehandling er gruppesammensetningen, da pasienter på skjermet enhet ofte er forskjellige mennesker. Som vi i oppgaven har nevnt krever miljøbehandling pasienter med like interesser. Det vil også ses på som en utfordring med personellet. På en skjermet enhet er det mange helsepersonell og mye utskiftninger, det blir derfor viktig at alle på avdelingen er med på miljøbehandlingen og at det er det som derfor blir fokusert på. Det er viktig at tilretteleggingen til hver enkelt pasient er god nok, dette krever at personell kjenner til bakgrunnen til pasienten. Er ikke personell med på miljøbehandlingen vil ikke den bli optimal og derfor ikke et godt alternativ. Ellers ser vi på miljøbehandling som et veldig godt alternativ innenfor behandling til pasienter med demens, da det fører med seg mange positive virkninger.

Sykepleierens rolle ved tilrettelegging av disse tiltakene har vist seg å vært viktig for at pasientene skal oppnå trivsel og et meningsfylt liv til tross for demenssykdommen. Fokus på mestring, brukermedvirkning, kartlegging, samt å bygge gode relasjoner ved støtte, tillit, trygghet, engasjement og kommunikasjon, kan føre til at pasientene kan få et bedre utfall av tiltakene. Da demenssykdommen kan fremtre i ulike typer og forløp er det viktig å iverksette tiltak etter individuelle behov. Det er ulike faktorer som kan avgjøre om miljøtiltakene kan virke positivt på pasienten som for eksempel kjønn, alder og interesser. Det å se den enkeltes behov og ferdigheter har stor betydning får at miljøtiltakene skal kunne tilpasses best mulig. Vi mener at med god tilrettelegging på individuelt nivå og et engasjert personell vil miljøbehandling føre til trivsel og et meningsfullt liv.

---

## 6. Litteraturliste

\*Benner, P. & Wrubel, J. (2014). *Omsorgens betydning i sygepleje – Stress og mestring ved sundhed og sygdom*. Danmark: Scandinavian Book A/S. Antall sider: 115

\*Berentsen, A. & Nilsen, A. (2009). *Studiehefte - Demensomsorgens ABC: Tilbud til hjemmeboende personer med demens. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 48

Berentsen, V. D. (2010). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 363 – 365, 370 – 371). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Berg, G. (2009). *Studiehefte - Demensomsorgens ABC: Måltider som aktivitet. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 20

\*Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2006). Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies*, 43(6), 681 – 691. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.09.006> Antall sider: 10

Bergland, Å. (2010). Trivsel og mistriivsel hos eldre mennesker. I U. Knutstad (Red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie* (3. Utg., s. 56 – 57). Oslo: Akribe AS.

Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell & E. B. Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. Utg., s. 326). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bjøro, K. & Torvik, K. (2010). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 346-347). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brodtkorb, K. (2010). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 260 - 261). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.

\*Engedal, K. (2012). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Demens og Alzheimers sykdom. Perm 1*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 28

Fermann, T. & Næss, G. (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 202). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Fjørtoft, A. K. (2012). *Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Hansen, N. V., Jørgensen, T. & Ørtenblad, L. (2006). Massage and touch for dementia (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD004989.pub2>. Antall sider: 18

Hauge, S. (2010). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 224). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Helse - og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015 – ”Den gode dagen”*. Lokalisert på

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/demensplan\\_2015.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan_2015.pdf) Antall sider: 25

\*Hjort, P. F. (2010). *Alderdom - helse, omsorg og kultur*. Oslo: Universitetsforlaget AS. Antall sider: 13

\*Holthe, T. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Aktiviteter. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 28

Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. (2010). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 113 - 122). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

---

\*Kirkevold, M. & Gonzalez, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 52 – 64. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0029> Antall sider: 13

\*Kunnskapssenteret. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. Lokalisert på: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskingsartikler>  
Antall sider: 8

\*Lawrence, V., Fossey, J., Ballard, C., Cook, E. M & Murray, J. (2012). Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial work. *The British Journal of Psychiatry*, (5). <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.101402> Antall sider: 7

Lov om pasient- og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. § 4-7. (2015)

\*Mamhidir, A. G., Karlsson, I., Norberg, A. & Kihlgren, M. (2007). Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care. *Journal of Clinical Nursing* 16(5), 987 – 996. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01780.x> Antall sider: 9

\*O'Connor, D. W., Ames, D., Gardner, B. & King, M. (2009). Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *International Psychogeriatrics*, (2). <http://dx.doi.org/10.1017/S1041610208007588> Antall sider: 15

Rokstad, A. M. M. (2014). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 61 - 65). Oslo: Akribe.

Rokstad, A. M. M. (2014). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 26 - 45). Oslo: Akribe.

\*Rokstad, A. M. M. (2012). Hva er miljøbehandling? I A. M. M. Rokstad (Red), *Bedre hverdag for personer med demens* (1. Utg., s. 19 – 27). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. Antall sider: 8

Rokstad, A. M. M. (2014). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 153-172). Oslo: Akribe.

Slettebø, Å. (2010). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 173). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Sløgedal, I. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Musikk, bevegelse og avspenning. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 24

Smebye, K. L. (2014). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. Utg., s. 13). Oslo: Akribe.

\*Storjord, M. B. (2012). *Studiehefte 8: Demensomsorgens ABC: Miljøbehandling: Sansestimulering*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 16

\*Stringer, B., Meijel, B. V., Vree, W. D. & Bijl, J. V. D. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, (8). <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01285.x> Antall sider: 5

Thorsen, K. (2010). Aldringsteorier. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (1. Utg., s. 65 - 67). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

\*Tjøstheim, B. (2008). *Demens og familieliv – Respekt som virkemiddel for handling og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. Antall sider: 4

\*Veikaik, R., Weert, J. C. M. V. & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, (4). <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1279> Antall sider: 13

\*Werezak, L. J. & Morgan, D. G. (2003). Creating a Therapeutic Psychosocial Environment in Dementia Care – A Preliminary Framework. *Journal of gerontological nursing*, 29(12), 18 – 25. Antall sider: 7

Antall sider med selvvalgt litteratur: 434

---

## Vedlegg 1, PICO-skjema

<b>Pasient/problem</b>	<b>Intervention</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Dementia	Psychosocial methods		Effects
Demens	Psychosocial treatments		Symptoms
Nurses	Psychosocial interventions		Quality of life
	Miljøbehandling sansehage		Livskvalitet
	User involvment		Environment
	Meals		Intervention
	Massage		Care

## Vedlegg 2, Søkehistorikk

Dato	Database	Søkeord	Begrensinger	Antal I treff	Tittel på Artikkel
7/1 - 15	Cinahl	Nurses AND user involvement	Academic Journals, Årstall etter 2008, Full text	53	User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review
9/1 - 15	Cochrane Library	Dementia meals environment	Trials	1	Weight increase in patients with dementia, and alteration in meal routines and meal environment after integrity promoting care
30/1 – 15	Cinahl	Dementia AND psychosocia l treatments AND symptoms	Etter 2009, Academic journals	30	Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards
30/1 – 15	Cinahl	Dementia, psychosocia l methods, effects	Fulltext, Academic Journal, Etter 2005, Major heading: Dementia	74	The effects of psychosocial methods on depressed,



					aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review
1/2 - 15	Oria	Dementia, psychosocial interventions, quality of life	Fagfelleurdert, Årstall etter 2010	69	Improving quality of life for people with dementia in care homes: making psychosocial work.
1/2 - 15	Oria	Demens, miljøbehandling sansehage, livskvalitet	Ingen	3	Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens – en scoping review
6/2 - 15	Cochrane Library	Dementia, massage, intervention	Review	1	Massage and touch for dementia (Review).
25/2 - 15	Oria	Dementia, psychosocial environment, care	Ingen	62	<i>Creating a Therapeutic Psychosocial Environment in Dementia Care –</i>

---

					<i>A Preliminary Framework</i>
--	--	--	--	--	--------------------------------