

Campus Elverum

Avdeling for Folkehelse

**4BACH**

**Anikken Engebretsen Brenden og Mari Nystuen**

«Ikke alle vil spille bingo»

«Not everybody wants to play bingo»

**Tema: Personsentrert omsorg til personer med en demenslidelse**

**Veileder: Kari Kvaal**

**Antall ord: 11 717**

**Bachelor i sykepleie, BASY 2014**

**2017**

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA  NEI

## ***Crabbit Old Woman***

*What do you see, nurses what do you see  
Are you thinking when you are looking at me  
A crabbit old woman, not very wise,  
Uncertain of habit, with faraway eyes...*

*...Who seems not to notice the things that you do  
And for ever is losing a stocking or shoe,  
Who unresisting or not, lets you do as you will  
With bathing and feeding, the long day to fill  
Is that what you are thinking, is that what you see,  
Then open your eyes, nurses, you're not looking at me.*

*I'll tell you who I am as I sit here so still,  
As I used at your bidding, as I eat at your will...  
...A bride at 20 -- my heart gives a leap,  
Remembering the vows that I promised to keep  
At 25 now I have young of my own  
Who need me to build a secure, happy home;...*

*...At 40 my young sons have grown and are gone;  
But my man's beside me to see I don't mourn;  
At 50, once more babies play around my knee.  
Again we know children, my loved one me...*

*...I remember the joys I remember the pain,  
And I'm loving and living life over again...  
...So open your eyes, nurses open and see  
Not a crabbit old women look closer - see me.*

***Phyllis McCormack***

## Sammendrag

**Hensikt:** Å tilegne oss kunnskap om hvordan strukturert miljøbehandling kan forebygge uro hos personer med en demenslidelse.

**Problemstilling:** “Hvordan kan sykepleier anvende strukturert miljøbehandling for å forebygge uro hos personer med en demenslidelse i skjermet enhet?”

**Metode:** Oppgaven er et litteraturstudie som bygger på pensumlitteratur, selvvalgt litteratur, samt tre norske, og to engelskspråklige forskningsartikler. Problemstillingen diskuteres og besvares ved hjelp av et konstruert case, samt gjennom egne eksempler fra praksis.

**Teori:** Vi presenterer relevant teori for besvarelse av vår problemstilling. Teorien omhandler demenslidelse, uro, personsentrert omsorg og strukturert miljøbehandling.

**Resultater:** Bruk av strukturert miljøbehandling har en tydelig positiv effekt i forebygging av uro hos personer med en demenslidelse. Selv om det finnes noe forskning på dette temaet, vil ytterligere forskning være nødvendig.

**Konklusjon:** Sykepleier kan anvende strukturert miljøbehandling ved å bli kjent med pasienten sin, skape en god relasjon, samt anvende planverktøy som holdningsplan og dags- og kveldsplan for å forebygge uro hos personer med en demenslidelse. Sykepleier bør ha en personsentrert tilnærming, og pasientens ønsker, interesser og ressurser bør stå i fokus.

# Innholdsfortegnelse

---

<b>SAMMENDRAG.....</b>	<b>3</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA .....</b>	<b>6</b>
<b>1.2 PRESISERING AV PROBLEMSTILLING.....</b>	<b>7</b>
<b>1.3 CASE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.4 DISPOSISJON .....</b>	<b>8</b>
<b>1.5 BEGREPSFORKLARING .....</b>	<b>9</b>
<b>2. METODE .....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 HVA ER METODE? .....</b>	<b>11</b>
<b>2.2 LITTERATURSTUDIE .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3 KONSTRUERING AV CASE .....</b>	<b>11</b>
<b>2.4 KILDEKRITIKK.....</b>	<b>12</b>
<b>2.5 DATAINNSAMLING OG SØKEORD.....</b>	<b>12</b>
<b>2.6 PRESENTASJON AV SELVVALGTE FORSKNINGSARTIKLER .....</b>	<b>14</b>
2.6.1 <i>“Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens”.....</i>	<i>14</i>
2.6.2 <i>“Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review”.....</i>	<i>15</i>
2.6.3 <i>“Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?”.....</i>	<i>15</i>
2.6.4 <i>“Meningsfulle aktiviteter på sykehjem”.....</i>	<i>16</i>
2.6.5 <i>“Favorite music and hand massage - two interventions to decrease agitation in residents with dementia”.....</i>	<i>17</i>
<b>2.7 SAMMENSTILLING AV FORSKNINGSARTIKLENE.....</b>	<b>17</b>

---

<b>2.8</b>	<b>PRESENTASJON AV SENTRAL LITTERATUR</b> .....	<b>19</b>
<b>2.9</b>	<b>PRESENTASJON AV SYKEPLEIETEORETIKERE</b> .....	<b>19</b>
2.9.1	<i>Virginia Henderson</i> .....	19
2.9.2	<i>Katie Eriksson</i> .....	20
<b>2.10</b>	<b>ETISKE OVERVEIELSER</b> .....	<b>20</b>
<b>3.</b>	<b>TEORI</b> .....	<b>22</b>
<b>3.1</b>	<b>OM DEMENSLIDELSE</b> .....	<b>22</b>
<b>3.2</b>	<b>FOREKOMST AV DEMENSSYKDOM</b> .....	<b>22</b>
<b>3.3</b>	<b>SYMPTOMER VED DEMENSLIDELSE</b> .....	<b>23</b>
3.3.1	<i>Uro</i> .....	23
<b>3.4</b>	<b>PERSONSENTRETT OMSORG</b> .....	<b>24</b>
<b>3.5</b>	<b>MILJØBEHANDLING</b> .....	<b>26</b>
<b>3.6</b>	<b>STRUKTURERT MILJØBEHANDLING</b> .....	<b>27</b>
<b>3.7</b>	<b>REMINISENS</b> .....	<b>29</b>
<b>3.8</b>	<b>SANSEHAGER</b> .....	<b>30</b>
<b>3.9</b>	<b>MUSIKK OG SANG</b> .....	<b>30</b>
<b>3.10</b>	<b>HOLDNINGSPLAN</b> .....	<b>31</b>
<b>3.11</b>	<b>DAGS - OG KVELDSPLAN</b> .....	<b>31</b>
<b>4.</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>32</b>
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>41</b>
<b>6.</b>	<b>LITTERATURLISTE</b> .....	<b>42</b>
<b>7.</b>	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>48</b>
<b>7.1</b>	<b>VEDLEGG 1</b> .....	<b>48</b>
<b>7.2</b>	<b>VEDLEGG 2</b> .....	<b>49</b>

# 1. Innledning

I dag er det over 70 000 personer med en demenslidelse i Norge (Aldring og helse, 2017a). Levealderen i Norge øker stadig, og en av de største utfordringene vi står overfor er at antall personer med en demenslidelse sannsynligvis vil fordobles de neste 30 - 40 årene. Dagens helse - og omsorgstjeneste er ikke tilstrekkelig bygd og tilrettelagt for personer med en demenslidelse, og det er nødvendig med endringer når det gjelder tjenestens kompetanse, organisering og fysiske utforming (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7 - 8).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av vår praksis i sykepleiestudiet har vi erfart at det er for lite fokus på miljøbehandling hos personer med en demenslidelse. Vi har opplevd at lite blir gjort for å forebygge urolig atferd, og at pasienter ofte blir satt på medikamenter når uroen oppstår. Vi har lest flere forskningsartikler om miljøbehandling og hvordan dette kan forebygge urolig atferd hos personer med en demenslidelse. Funnene er klare på at miljøbehandling har en positiv effekt for å dempe uro, men samtidig understreker forskerne viktigheten av å studere temaet videre. Vi ønsker å belyse temaet for å tilegne oss ny og nyttig kunnskap, slik at vi på en god måte kan forebygge uro hos personer med en demenslidelse, og på den måten være med på å skape en mer trygg og meningsfull hverdag for dem. Vi håper at vi som ferdigutdannede sykepleiere kan være med på å utvikle demensomsorgen i en positiv retning.

Vi ønsker i denne oppgaven å se nærmere på hvordan sykepleier kan anvende strukturert miljøbehandling, med fokus på å tilrettelegge aktiviteter etter den enkeltes interesser, ønsker og ressurser, til å forebygge uro hos personer med en demenslidelse.

Vi har med bakgrunn i dette formulert følgende problemstilling:

*“Hvordan kan sykepleier anvende strukturert miljøbehandling for å forebygge uro hos personer med en demenslidelse i skjermet enhet?”*

---

## 1.2 Presisering av problemstilling

Vår problemstilling omhandler hvordan vi som sykepleiere kan forebygge uro hos personer med en demenslidelse ved bruk av strukturert miljøbehandling. Vi har valgt å avgrense problemstillingen til hvordan sykepleier kan forebygge uro, da det ville blitt for omfattende å ta for seg flere symptomer. Vi har avgrenset miljøbehandlingen til strukturert miljøbehandling, fordi vi ønsker å ha et personsentrert perspektiv i oppgaven.

Problemstillingen vår omhandler hvordan sykepleier kan forebygge uro, og har derfor ikke drøftet aktuelle tiltak som kan iverksettes når uro allerede har oppstått. Vi har ikke fokusert på forebygging av uro under faste rutiner som morgenstell, frokost, lunsj og middag. Vi har derimot fokusert på tiden imellom de faste rutinene, da det ikke skjer noe spesielt på avdelingen, og pasienter fort kan bli rastløse og urolige. Videre har vi avgrenset til skjermet enhet, da dette er den typen enhet vi har mest erfaring fra i praksis.

## 1.3 Case

Her vil vi presentere et case som vi har valgt å konstruere for å besvare problemstillingen. Caset vil kunne gi leser innsikt i en realistisk pasientsituasjon, samt hjelpe oss å foreslå konkrete tiltak sykepleier kan gjennomføre ved anvendelse av strukturert miljøbehandling for personer med en demenslidelse.

Målfrid er ei blid og omgjengelig dame på 80 år. Hun har bodd på familiegård sammen med sin mann, og sammen har de oppdratt sine to barn. Hun har vært hardtarbeidende i gårdsdrift, og senere drevet en egen blomsterbutikk. Målfrid har alltid vært glad i sang og musikk og hun trives godt med å stelle med blomster både inne og ute i hagen. Hun står gjerne flere timer på kjøkkenet og lager mat fra bunnen av og baker kaker.

Målfrid har en kjent demenslidelse av mild grad, og har de siste fem årene bodd på Solhaugen sykehjem, som er en skjermet enhet for personer med en demenslidelse. Mannen til Målfrid gikk bort for mange år siden, men hennes barn og barnebarn kommer og hilser på med jevne mellomrom. Sykehjemmet ligger i flotte naturomgivelser, og har et stort, trygt uteområde som er gjerdet inn, slik at beboerne kan ferdes fritt. Avdelingen har to store stuer i hver sin ende, samt et kjøkken.

Hverdagen til Målfrid på sykehjemsavdelingen består av daglige rutiner, som inkluderer morgenstell, se frokost - tv, faste måltider og gå turer i avdelingen. Mellom de daglige rutinene blir Målfrid ofte urolig. Hun vandrer rundt i avdelingen, og har et stort ønske om å dra hjem. Hun pakker ofte tingene sine, og forsøker å finne en vei ut av avdelingen. Hun takker for seg, og forklarer til personalet at hun er nødt for å dra hjem for å lage middag til familien sin. Personalet forsøker å realitetsorientere Målfrid når hun blir urolig, og forklarer for henne at hun bor på Solhaugen sykehjem nå, og ikke har lov til å reise noe sted. Målfrid blir da lett irritert og ukritisk verbalt, og står fast ved at hun er nødt til å reise hjem til familien sin. Når personalet fortsetter realitetsorienteringen ved å fortelle Målfrid at mannen hennes gikk bort for mange år siden, og at barna er voksne og har flyttet ut, blir Målfrid ofte lei seg og svært forvirret. Etter gjentatte forsøk på å realitetsorientere Målfrid gir personalet opp, og lar Målfrid vandre rundt på avdelingen med et sterkt ønske om å reise hjem.

#### **1.4 Disposisjon**

Vi vil først presentere vårt valg av metode hvor vi går igjennom valg av forskningsartikler, sykepleieteori, og pensum - og selvvalgt litteratur. Deretter går vi over til en teoridel hvor vi fokuserer på relevant teori som vil belyse vårt tema og problemstilling. Videre vil vi diskutere problemstillingen ved hjelp av et konstruert case. Her vil vi benytte oss av teori og forskning om temaet, og finne aktuelle tiltak for forebygging av uro ved hjelp av strukturert miljøbehandling. Til slutt kommer en konklusjon av diskusjonen hvor vi besvarer vår problemstilling.



## 1.5 Begrepsforklaring

**Brukermedvirkning:** Brukermedvirkning er hvor bruker selv, eller pasienten er med på å bestemme et helse - og omsorgstilbud rettet mot pasientens egne interesser og ressurser (Jenssen, 2012, s. 50). Dette innebærer at pasienten selv har innflytelse i alle faser under behandling hvor sykepleier arbeider ut fra anerkjennelse og gjensidighet (Skjefstad, 2012, s. 54).

**Forebygge:** Å forebygge vil si, i dette tilfelle, å redusere eventuelle symptomer før det eskaleres. Dette kan for eksempel være hvis en pasient viser utagerende atferd under en hygienesituasjon. Da vil helsepersonell forhindre faktorer som pasienten er usikker på ved å enten fjerne dem eller tilpasse dem slik at det blir enklest mulig for pasienten å håndtere (Gotfredsen, 2009, s. 65 - 74).

**Miljøbehandling:** Miljøbehandling er en form for behandling som legger vekt på mobilisere og iverksette pasienter i det miljøet de befinner seg i. Det vil si at en tilrettelegger pasientens omgivelser slik at det virker inn på dagliglivet (Rokstad, 2015, s. 153).

**Omsorg:** Å vise eller gi omsorg er det samme som å bry seg om noen. Det er en grunnleggende del av det å arbeide med mennesker og det er den viktigste delen av arbeidet rundt det å være helsepersonell (Hårberg & Grønlid, 2017). Å gi eller å ha omsorg for et menneske kan også bety at mennesket trenger hjelp utover det som er forventet (Aamodt, 2014, s. 80).

**Realitetsorientering:** En kommunikasjonsform som innebærer å informere pasienten om virkeligheten, for å hjelpe pasienten å forstå og bearbeide situasjoner han opplever, slik at den blir mindre forvirrende. Denne formen for kommunikasjon er vanligvis ensidig og bygger på personalets forståelse av situasjonen (Hummelvoll, 2014, s. 356).

**Reminisens:** Reminisens betyr å huske eller å minnes, og det kan være for eksempel en lukt, lyd, noe man smaker, ser eller føler som gjør at minner dukker opp (Szatkowski, 2004, s. 53 - 55).

**Skjermet enhet:** Moderne sykehjem for personer med demenslidelse. Det er av og til låste dører på grunn av pasienter som stadig forsøker å gå fra avdelingen. En skjermet enhet er også spesielt tilrettelagt for personer med en demenslidelse (Brækhus, Dahl, Engedal & Laake, 2009).

**Strukturert miljøbehandling:** Miljøbehandling som er individuelt tilpasset, samt at en fokuserer på den enkeltes personlige ressurser (Aldring og helse, 2017b).

**Validering:** En kommunikasjonsform hvor man tar pasienten på alvor ved å være bekræftende overfor pasientens virkelighetsforståelse og følelse, samt at man anerkjenner pasientens meddelelser (Henriksen, 2015, s 105).

## **2. Metode**

I denne delen vil vi presentere metoden for oppgaven, kritikk av kilder, datainnsamling og søkeord til forskningsartikler, presentasjon og sammenstilling av forskningsartikler, presentasjon av sentral litteratur, presentasjon av sykepleieteoretikere og til slutt etiske overveielser.

### **2.1 Hva er metode?**

Metode er det som avgjør hvordan vi bør gå frem for å skaffe relevant kunnskap til det vi skal skrive om og for å følge en viss vei mot et mål. Det er en fremgangsmåte for å løse problemer hvor vi til slutt kommer frem til ny kunnskap. Det å velge en bestemt metode vil gi oss muligheten til å belyse gode data, samt finne svar på vår problemstilling på en faglig og interessant måte. Videre kan man si at metoden er et redskap for å finne svar på det vi vil undersøke. Den hjelper oss til å finne relevant informasjon til vår problemstilling (Dalland, 2012, s. 111 - 112).

### **2.2 Litteraturstudie**

Som metode i vår oppgave benytter vi oss av litteraturstudie, hvilket er et krav i retningslinjene for bacheloroppgaven. Å bruke litteraturstudie som metode innebærer at vi baserer oss på eksisterende og relevant kunnskap (Dalland, 2012, s. 228). Vi vil gjøre rede for det vi har valgt av litteratur og forskningsartikler, og hvorfor disse er relevant for besvarelsen av vår problemstilling.

### **2.3 Konstruering av case**

I konstruksjonen av caset har vi brukt fiktivt navn og sted. Caset er konstruert ut ifra egne erfaringer og kunnskap vi har tilegnet oss gjennom sykepleiestudiet, og er derfor ikke rettet mot en bestemt person eller sted.

## 2.4 Kildekritikk

Kildekritikk er en metode som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det vil si at vi vurderer kildene som blir brukt, samt skiller opplysninger fra spekulasjoner (Dalland, 2012, s. 67).

Vi har funnet mye skriftlig informasjon om temaet vårt. For valg av litteratur og forskning til oppgaven har det vært viktig for oss å tenke på relevans for vår problemstilling, og på hvor godt det ville belyse vårt tema. Vi har valgt å benytte oss av litteratur og forskning som er publisert etter 1995, da vi anser dette å være det nyeste og mest oppdaterte på området. Videre har vi undersøkt forfatterne av tekstene, og valgt å kun bruke de som har en helsefaglig bakgrunn, gjerne med erfaring fra demensomsorgen. Vi er av den oppfatning av at dette vil styrke oppgavens faglige tyngde og troverdighet.

## 2.5 Datainnsamling og søkeord

For å finne relevante forskningsartikler har vi brukt søkeord som baserer seg på problemstillingen vår, samt at vi har kombinert dem og søkt både på norsk og engelsk. Vi har laget en tabell som gir oversikt over hvilke databaser og søkeord vi har bruk, hvor mange treff vi har fått, hvilke begrensninger vi har gjort og hvilke forskningsartikler vi har valgt ut. På neste side presenterer vi tabellen.

Database	Søkeord	Treff	Begrensninger	Tittel
Sykepleien.no	Demens, uro	10	Begrenset søket til forskningsartikler.	“Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens.”
PubMed	Dementia, activities	10281	Ingen begrensning. Valgte første artikkel.	“Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review.”
Sykepleien.no	Demens, miljøbehandling	5	Begrenset til forskningsartikler.	“Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?”
Sykepleien.no	Demens, aktivitet, sykehjem	27	Begrenset søket til forskningsartikler	“Meningsfulle aktiviteter på sykehjem.»
Google Scholar	Agitated behaviour, dementia, favourite music	5470	Valgte første artikkel.	“Favorite music and hand massage - two interventions to decrease agitation in residents with dementia.”

## 2.6 Presentasjon av selvvalgte forskningsartikler

Vi vil presentere fem forskningsartikler som vi betrakter som relevante for vår oppgave.

### 2.6.1 “Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens”

**Forfattere:** Karin Elisabeth Thorvik, Kristin Helleberg og Solveig Hauge.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design med deltagende observasjon som datainnsamlingsmetode.

**Hensikt:** Å utforske og beskrive god omsorg i skjermet avdeling for personer med en demenslidelse.

Studien ble gjort på to sykehjemsavdelinger, og belyser hvor gode pleiere på avdelingen var på å utøve et godt beredskap og fleksibilitet med tanke på omsorgen rundt personer med en demenslidelse. Den gode omsorgen framstår som en kombinasjon av kunnskap, beredskap og fleksibilitet der pasientenes behov er første prioritering. Fleksibilitet hos pleierne skal gjøre dem i stand til å takle både uro, uorden og brudd i den daglige rutinen på avdelingen. Pleierne understreker også selv hvor viktig det er med kunnskap om demenslidelse, samt god erfaring innenfor demensomsorg før man går til verks med den daglige omsorgen og pleien. Videre viser de til viktigheten ved at hver ansatt er beredt og har evnen til å gripe inn i eventuelle situasjoner som kan dukke opp på en sårn type avdeling (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

Artikkelen understreker viktigheten av at pleiere kan finne kreative løsninger for å forebygge eventuell uro som oppstår ved avdelingen. De nevner også viktigheten ved at hver ansatt må være i stand til å “løsrive” seg fra sine egne arbeidsoppgaver for å eventuelt hjelpe andre ansatte i urolige faser rundt pasientene. Studien anerkjenner behovet for videre forskning på området (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014).

---

### 2.6.2 “Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review”.

**Forfattere:** Marit Kirkevold og Marianne Thoresen Gonzalez.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design, og bruker modifisert scoping review som forskningsmetode, hvilket innebærer at studien gir en oversikt over forskningsfeltet, samt at den presenterer den viktigste informasjonen i de inkluderte artiklene.

**Hensikt:** Hensikten med studiet som presenteres er å undersøke hva ulik forskning sier om bruk av sansehager, terapeutisk hagebruk og bruk av planter innendørs hos pasienter med en demens.

En sansehage er en tilrettelagt hage hvor personer med demens kan få stimulert ulike sanser gjennom å oppleve naturen, frisk luft og ulike planter. Sansehagen er oftest lukket, de kan derfor ferdes fritt i sikkerhet. Begrepet “terapeutiske hager” refererer til at hagene gjerne har en terapeutisk effekt på blant annet atferdsproblemer (Kirkevold & Gonzales, 2013).

Funnene i studien kan tyde på at bruk av disse formene for miljøbehandling blant annet kan redusere urolig atferd, og øke trivsel og funksjonsnivå hos personer med demens. Forskerne anbefaler en mer systematisk vurdering av beboeres interesser og opplevelser når de er utendørs og ved bruk av sansehager (Kirkevold & Gonzales, 2013).

### 2.6.3 “Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?”.

**Forfattere:** Ådel Bergland og Marit Kirkevold.

**Metode:** Studien har et kvalitativt design og er et litteraturstudie.

**Hensikt:** Å finne ut hvorvidt fysiske omgivelser har betydning for funksjon, velvære og trivsel hos personer med en demenslidelse.

Studien handler om tilrettelegging av de fysiske omgivelsene hos personer med demens, som er en viktig del av miljøbehandling. Den ser på hvordan den fysiske utformingen av avdelingen påvirker beboernes evne til å orientere seg, deres funksjon i avdelingen, grad av sosial interaksjon og aktivitet. Studien har blant annet sett på tilrettelegging av uteområder,

og fant ut at tilgang til trygge uteområder førte til at beboere tilbrakte tid ute og fikk redusert behovet for medikamenter. Mange hadde positive opplevelser som spill, lesing og samtaler, og personalet mente at oppholdet i uteområdet ga bedre livskvalitet og humør hos beboerne (Bergland & Kirkevold, 2011).

Studien viser at avdelinger med personlig og hjemlig preg reduserte utfordrende atferd hos beboerne, hvilket resulterte i færre forsøk på å forlate avdelingen eller gå inn på andres rom. Familielignende omgivelser på avdelingen førte til økt matinntak, bedre sosial kontakt og kommunikasjon. Studien viste og at faste rutiner og reduksjon av støy på avdelingen kunne bidra til mindre utfordrende atferd. Til slutt nevner studien at det er behov for å videreutvikle kunnskap om hvordan de fysiske omgivelsene påvirker hverdagen, trivselen, velværen og funksjonen til beboere på sykehjem, samt hvordan bruk av ulike områder både inne og ute på avdelingen kan fremme trivsel og positive opplevelser (Bergland & Kirkevold, 2011).

#### **2.6.4 “Meningsfulle aktiviteter på sykehjem”.**

**Forfatter:** Britt Øvrebø Haugland.

**Metode:** Studien er et tverrsnittstudie med spørreskjemaundersøkelse og intervju blant beboerne.

**Hensikt:** Å undersøke hvilke aktiviteter beboere på sykehjem har interesse av i forhold til hva de ansatte tror dem har interesse av.

Resultatene i studien tyder på at man på sykehjem burde ha mer fokus på å kartlegge hver enkelt beboers interesser, slik at man kan tilrettelegge aktiviteter etter hver enkeltes interesser. Studien viser at beboerne på sykehjem har et ønske om å delta i aktiviteter der de selv er aktive, i motsetning til aktiviteter hvor de kun er tilstede. Studien viser og at de ansattes holdninger til personer med en demenslidelse tyder på at mange har liten tro på at denne gruppen har nytte og glede av å være delaktige i ulike aktiviteter, og at det ofte blir fokusert på hvilke begrensninger en demenslidelse bringer med seg.

I videre forskning anbefales å teste samsvaret mellom hva beboer svarer at han ønsker å drive med, og hva de ansatte oppfatter at beboerne ønsker. Videre bør det og forskes på ulike aktiviteter, samt at man gjør en systematisk vurdering av hva beboerne på sykehjemmene har



---

evne og vilje til å gjennomføre. Til slutt foreslås det at videre forskning kan ta for seg hvorvidt individtilpassede aktiviteter for beboere på sykehjem øker trivsel og livskvalitet (Haugland, 2012).

### **2.6.5 “Favorite music and hand massage - two interventions to decrease agitation in residents with dementia”.**

**Forfattere:** Sandee L. Hicks - Moore og Bryn A. Robinson.

**Metode:** Observasjon av 41 personer med demens, på tre store omsorgssentre.

**Hensikt:** Å belyse hvorvidt bruk av pasienters favorittmusikk og håndmassasje vil forebygge og dempe uro ved en demenslidelse.

Studiet konkluderer med at musikk og massasje er stimulerende, samt at det har en evne til å berolige uro med ro og avslapning. Videre viste resultatene at uro ble umiddelbart redusert ved bruk av både pasientens favorittmusikk (individuellt for hver pasient) og håndmassasje samtidig. Hicks - Moore og Robinson (2008) nevner likevel viktigheten ved at resultatene kan ha vært så gode med tanke på at den aktuelle sykepleieren i forsøket har generelt god kontakt med den pasienten det gjaldt og at resultatet kanskje ikke hadde vært så bra bare med tanke på musikk og massasje (Hicks - Moore & Robinson, 2008).

## **2.7 Sammenstilling av forskningsartiklene**

Studien av Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) ser på hva som kjennetegner god omsorg til urolige pasienter med demens. Studien er gjort på kun to sykehjemsavdelinger, som begge var kjent for god praksis, men som vi, i likhet med forfatterne av studiet, anser som et begrenset datagrunnlag. Studien er den eneste av de vi har valgt ut som fokuserer på viktigheten av sykepleierens egenskaper i arbeid med personer med en demenslidelse. Studien konkluderer med at egenskaper som er viktig hos pleierne er fleksibilitet, kunnskap og beredskap, og at disse er forutsetninger for en personsentrert omsorg, hvilket er et sentral tema i vår oppgave. Dette er derimot kontekstavhengige beskrivelser, og vi savner flere eksempler på konkrete situasjoner, med tydelige beskrivelser av hvorfor pleierne handler slik de gjør i de aktuelle situasjonene.

Studien av Kirkevold og Gonzalez (2013) tar for seg de viktigste funnene i femten tidligere studier, og gjennom en sammenligning av disse finner dem hvilken effekt bruk av sansehager, terapeutiske hager og bruk av planter innendørs har på personer med demens. Vi oppfatter dette som en god artikkel med relevans for vår oppgave, fordi den viser direkte sammenheng mellom miljøbehandling og redusert urolig atferd hos personer med en demenslidelse. På en annen side oppfatter vi studiet i likhet med studiet av Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) som lite konkret, med mangel på hvordan en sansehage skal se ut, eller hvordan eller hvor ofte den skal brukes. Studien av Bergland og Kirkevold (2011) nevner at uteområder kan øke livskvalitet og godt humør hos pasienter med demens, hvilket har likhetstrekk med resultatene i studiet av Kirkevold og Gonzalez (2013). Bergland og Kirkevold (2011) viser til konkrete eksempler på miljøtiltak og effekten av disse, som for eksempel å gjøre omgivelsene på avdelingen mer hjemlige, som kan redusere uro. Vi opplever studien deres som svært nyttig med tanke på vår besvarelse av problemstillingen.

Studien av Haugland (2012) er den eneste studien som beskriver viktigheten av en personsentrert omsorg, men vi ser likevel på studien som noe svakt, da det kun er forsket på ett sykehjem. Studien tar for seg hvilke aktiviteter som oppleves som meningsfulle for pasienter med demens på sykehjem, og resulterer i at aktivitetene først og fremst må tilpasses individet. Dette oppfatter vi som et viktig funn, med stor relevans til vår oppgave. Mens de ansatte var av den oppfatning at beboerne ønsket å delta i aktiviteter der de observerte, viste studiet at de heller ville delta i aktiviteter hvor de selv var aktive. En slik aktivitet kunne for eksempel være hagearbeid, hvilket både denne studien og studien av Kirkevold og Gonzales (2013) hevder har en positiv og helsefremmende effekt.

Hicks - Moore og Robinson (2008) tar for seg stimulering av sansene gjennom bruk av musikk og massasje, som viser seg å ha effekt ved å redusere uro hos pasienter med en demenslidelse. De tar høyde for at sansestimuleringens effekt til en viss grad kan avhenge av relasjonen mellom pleier og pasient, og dermed har påvirket resultatene i studiet. Dette er noe vi opplever som en styrke i studiet, og relasjon mellom pleier og pasient er noe vi kommer til fokusere på selv.

## 2.8 Presentasjon av sentral litteratur

Håndboken “Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen” av Irene Røen og Marit Sund Storlien har vært svært sentral i vår oppgave, fordi den beskriver Gundersons fem prinsipper, som strukturert miljøbehandling bygger på.

For å få nok informasjon om personsentrert omsorg har vi valgt å bruke boka “Ikke alle vil spille bingo - om teori og praksis i demensomsorgens på sykehjem”, skrevet av Rita Jakobsen (2007). Vi har valgt å bruke tittelen på denne boken som tittel på oppgaven vår, fordi den etter vår oppfatning sier noe om at ikke alle mennesker er like, og at sykepleier må yte en personsentrert omsorg til personer med en demenslidelse.

Videre har vi brukt “Personer med demens - møte og samhandling”, skrevet av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (2015). Boken omhandler miljøbehandling, og har derfor vært svært relevant i besvarelsen av vår problemstilling..

For å få nok kunnskap og informasjon om sykepleieteorier har vi brukt pensumboken “Grunnleggende sykepleie - sykepleiens grunn, rolle og ansvar” som er skrevet av Nina Jahren Kristoffersen, Finn Nortvedt og Eli - Anne Skaug (2014). Boken har vært en sentral kilde for informasjon om sykepleieteoretikerne vi har valgt i oppgaven vår.

## 2.9 Presentasjon av sykepleieteoretikere

### 2.9.1 Virginia Henderson

Den første sykepleieteoretikeren vi vil belyse er, Virginia Henderson (1897 - 1996). Henderson fokuserer på sykepleiens hensikt gjennom å hjelpe enkeltmennesket, syke eller friske, slik at de kan gjenvinne selvstendighet. Hun tar høyde for at selvstendighet ikke er et realistisk mål for alle, og tar derfor etter vår oppfatning hensyn til blant annet personer med en demenslidelse. Dette oppfatter vi og at hun gjør i sin beskrivelse av god helse, hvilket er mer enn bare fravær av sykdom, men heller at livet inneholder blant annet produktiv sysselsetting (Kristoffersen, 2014, s. 242).

Videre beskriver Henderson viktigheten av å se enkeltmennesket, og understreker at pasienten bør få være delaktig i sykepleien han mottar, hvilket er svært relevant for vår personsentrerte tilnærming i oppgaven. Hun trekker derimot omgivelsene rundt mennesket i liten grad inn i sin tenkning, personen er sentrum for sykepleien, og hun mener at mennesket påvirkes lite av omgivelsene. Dette samsvarer etter vår oppfatning ikke med bruken av miljøbehandling, som blant annet dreier seg om hvordan tilrettelegging av det fysiske miljøet kan ha en positiv effekt på mennesket, som med andre ord betyr at omgivelsene faktisk påvirker mennesket. Vi opplever derfor at Hendersons sykepleieteori stiller svakt på dette punktet i forhold til vår oppgave (Kristoffersen, 2014, s. 242).

### **2.9.2 Katie Eriksson**

Den andre sykepleieteoretikeren vi vil anvende i vår oppgave, er Katie Eriksson (1943). I sin teori belyser hun sitt syn på sykepleier som omsorgsyter på et generelt nivå, hun nevner aldri noe spesifikt om hvordan en sykepleier kan arbeide etter god omsorg, men heller omsorg av generell karakter (Kristoffersen, 2014, s. 241). Eriksson går inn på menneskets fysiske miljø og beskriver at faktorer i det fysiske miljøet kan være med på å fremme god helse. Mens Henderson ikke tror på omgivelsene som en faktor som påvirker menneskets helse, oppfatter vi det derimot som at Eriksson tar høyde for dette, og hun blir derfor svært sentral i vår oppgave med tanke på miljøbehandling. Eriksson går også inn på det psykososiale livsrommet. Med dette mener hun mennesket relasjoner til andre eller sosiale situasjoner i en helhet og hvordan dette påvirker helse (Kristoffersen, 2014, s. 243). Vi anser dette som viktig i vår oppgave da den er sentral med tanke på den gode relasjon mellom sykepleier og pasient i strukturert miljøbehandling.

## **2.10 Etiske overveielser**

Etiske overveielser er i følge Dalland (2012) å tenke over hvilke konsekvenser vår oppgave kan medføre med tanke på erfaringer og opplevelser fra praksis og hvordan vi håndterer dette.

En etisk overveielse vi har gjort i oppgaven vår er i forhold til anonymisering. I oppgavens diskusjonsdel presenterer vi ulike pasienteksempler vi selv har opplevd i praksis. Vi anonymiserer pasientene og situasjonene vi presenterer, med tanke på navn, kjønn, alder,

sted og andre sensitive opplysninger. Dette gjør vi for at pasientene ikke skal være gjenkjennbare eller identifiserbare. Vi anonymiserer og institusjonene vi har vært på i praksis, slik at disse ikke vil oppleve verken godt eller dårlig omdømme basert på våre erfaringer.

Ordet “demens” kommer i følge Smebye (2015) fra det latinske ordet *de*, som betyr “uten”, og *mens* som betyr “sjel” eller “sinn”. “Demens” kan derfor oversettes til “uten sjel” og “uten forstand”. Dette oppfatter vi som negativt ladet, da det tilsier at en person med en demenslidelse ikke har noen sjel. Vi bruker ikke uttrykket “demente” i oppgaven vår, da vi opplever dette uttrykket som stigmatiserende, og da det tilsier at det ikke finnes noe annet ved personen enn diagnosen. Som sykepleiere vil vi fokusere på personen, ikke bare demenslidelsen, og vi velger derfor å bruke begrepet “personer med en demenslidelse”.

### **3. Teori**

I denne delen vil vi presentere hva demenslidelse er, uro, personsentrert omsorg, strukturert miljøbehandling, holdningsplan og dags - kveldsplan rettet mot individet.

#### **3.1 Om demenslidelse**

Demens er en klinisk tilstand som kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt. Både hukommelsesevnen og tankeevnen svekkes over tid og er tydelig nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenlignet med tidligere kognitivt funksjonsnivå. Det skjer en rekke forandringer i hjernen ved en demenslidelse hvor hjernecellene blir ødelagt og til slutt dør (Brækhus et al., 2009, s. 3).

Det er store individuelle forskjeller i hvordan en eldre hjerne fungerer, likevel er det vanlig at den eldre har en tendens til nedsatt tempo, langsom informasjonsbearbeiding, langsom innlæring og forlenget reaksjonstid (Rokstad, 2015, s. 29). En demenslidelse kjennetegner ofte gjennom orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse. Dette fører ofte til at personer med en demenslidelse ikke klarer å orientere seg for tid og situasjon, som igjen kan føre til at man mister oversikt og blir forvirret (Hummelvoll, 2014, s. 356).

#### **3.2 Forekomst av demenssykdom**

Antall eldre over 65 år i Norge vil de neste årene stige betraktelig, og det forventes da en kraftig økning i antall personer med en demenslidelse (Strand et al., 2014, s. 276). Per dags dato antar man at det lever minst 70 000 personer med en demenslidelse i Norge, og forekomsten antas å doble seg mellom år 2006 og 2050. (Folkehelseinstituttet, 2015).

Om lag halvparten av personer en med demenslidelse i Norge bor i eget hjem, mens resten bor i institusjon. Sykdommen utvikler seg svært individuelt, og de fleste med en demenslidelse er kvinner (Moksnes, 2013, s. 477). Utviklingen demenslidelse varierer fra person til person, hos noen går det raskt, hos andre tar utviklingen lenger tid. Utviklingen beskrives gjerne i tre hovedfaser og kan graderes i mild grad, moderat grad og alvorlig grad av demens. Ved mild grad opplever personen visse endringer som får innvirkning på

---

dagliglivet. Ved moderat grad vil daglige gjøremål bli vanskeligere og mer utfordrende å gjennomføre, hvilket fører til økt behov for veiledning og organisering, spesielt i eget hjem. Ved alvorlig grad opplever personen stor handlingssvikt og hjelpeløshet, og greier seg derfor ikke lenger alene. Disse personene trenger derfor døgkontinuerlig tilsyn og omsorg (Rokstad, 2015, s. 39).

### **3.3 Symptomer ved demenslidelse**

Symptomer vil opptre svært forskjellig hos hver enkelt person, og det er derfor nødvendig å ta høyde for individuelle forskjeller (Engedal & Haugen, 2009, s. 33). Symptombildet kan variere fra dag til dag, og fra ett tidspunkt på dagen til et annet (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 139). Symptomet som gjør seg gjeldende i forhold til vår oppgave er uro, og derfor vil vi beskrive kun dette symptomet.

#### **3.3.1 Uro**

Uro er gjerne noe som oppstår som et symptom hos en person med en demenslidelse. (Jakobsen, 2007, s. 112). Uro kan være et uttrykk for at en person med en demenslidelse føler ubehag, og dette kan trigges av for eksempel miljøfaktorer, personlighet, livshistorie, medikamenter eller en somatisk sykdom (Ulstein, 2016). Ulstein (2016) nevner også at uro kan ha en sammenheng med at en person med en demenslidelse utvikler en form for angst på grunn av sviktende evne til å orientere seg for tid og sted, eller en feiltolkning av omgivelsene personen befinner seg i.

Høyt tempo og stressnivå, samt auditivt støy er faktorer som kan bidra til at en person med en demenslidelse blir urolig (Henriksen, 2007, s. 20). Kroppslige behov og ubehag kan også være en årsak til uro, og kan komme av for eksempel sult, kløe, tretthet eller smerter. Uro kan og være en reaksjon på psykisk lidelse som angst, depresjoner, vrangforestillinger og hallusinasjoner (Jakobsen, 2007, s. 113).

Videre kan uro komme av at personen med en demenslidelse har en opplevelse av å ikke føle mestring over ting i hverdagen (Ulstein, 2016). Andre utløsende faktorer for uro kan for eksempel være kommunikasjonsvansker eller språkproblemer (Jakobsen, 2007, s. 113). Uro og vandring skjer også ofte i takt med dårlig døgnrytme, grunnet demenslidelsen (Engedal & Haugen, 2009, s. 314).

Uro kan vise seg gjennom for eksempel rastløshet, flytting av møbler, plukking på gjenstander og vandring (Jakobsen, 2007, s. 112). Vandring kan være en stor belastning for en person med en demenslidelse, men også for sykepleiere (Engedal & Haugen, 2009, s. 313). Engedal (2008) nevner at vandring er en form for uro. Noen personer med en demenslidelse kan ha en tendens til å vandre frem og tilbake i korridorer, eller at de begynner å arbeide med forskjellige ting som for eksempel å stable bøker eller aviser. En slik type uro kan ofte være uttrykk for at personen kanskje savner sine vanlige dagligdagse aktiviteter. En person med demenslidelse som kanskje har vært en hardtarbeidende husmor vil gjerne gjøre nytten sin ved å holde orden rundt seg. Noen personer med en demenslidelse har heller kanskje aldri vært en type person som har vært komfortabel med å sitte i ro. Når en person med en demenslidelse ikke får utløp for sine egne interesser vil det på sikt føre til rastløshet og uro (Engedal, 2008, s. 227 - 228).

Roping og rastløshet er også en form for uro (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 27). Det at en person med en demenslidelse roper konstant, tilsynelatende uten at personer merker dette selv, kan være et tegn på mangel på en meningsfull hverdag, eller et tegn på indre angst og uro. Rastløshet kan være vanskelig for sykepleier å forstå, siden atferden ofte ikke kan forklares av pasienten selv. Rastløshet kan være et resultat av manglende interesse for miljøet rundt seg eller at personen søker etter noe den savner, for eksempel aktiviteter eller hobbyer som har vært viktigere før demenslidelsen inntraff (Berentesen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 25 - 27).

### **3.4 Personsentrert omsorg**

Å møte personer med en demenslidelse med en personsentrert tilnærming, handler først og fremst om å kjenne personen, og forsøke å forstå grunnen til personens atferd. Måten en person med en demenslidelse blir møtt på skal i et personsentrert miljø være individuelt og knyttet opp mot de kunnskaper og erfaring man har med akkurat denne personen, men og til demenslidelsen (Jakobsen, 2007, s. 114).



I følge Rokstad (2015) innebærer personsentrert omsorg at sykepleier må se hele mennesket, og legge til rette for at personer med en demenslidelse får brukt sine ressurser maksimalt. Sykepleier må legge til rette for at personer med en demenslidelse får opprettholdt sin selvstendighet så langt det lar seg gjøre, samt at deres identitet på ethvert tidspunkt blir respektert (Rokstad, 2015, s. 70).

Røen og Storlien (2015) beskriver sykepleierens rolle i den personsentrerte omsorgen, og de understreker at det å bygge en relasjon med pasienten er sentralt i miljøbehandling. Rokstad (2015) beskriver at en relasjon er bygget på et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, der pasientens følelser blir akseptert. I god relasjonsbygging mellom sykepleier og pasient er det sykepleier som står med kunnskapen, tilliten og tryggheten, ettersom sykepleier “inviterer” til relasjon. Dette vil si at en relasjon ikke vil bli god hvis det ikke finnes gjensidig anerkjennelse, likeverd og gjensidig respekt mellom begge partene (Aamodt, 2014, s. 188). Tillit er et viktig aspekt i menneskelig samhandling. Når sykepleier skal gi tillit til en pasient er det viktig at sykepleier ikke forventer å få noe tilbake av pasienten, med tanke på at sykepleier er forpliktet til å yte god omsorg (Kristoffersen & Nortvedt, 2014, s. 85).

En god relasjon til en pasient med en demenslidelse vil være en stor utfordring hvis sykepleier ikke viser trygghet overfor seg selv. Witsø og Teksum (1998) nevner viktigheten ved at sykepleier er oppmerksom på egne forventninger til det å skape en god relasjon. For høye eller for lave forventninger vil kunne være et hinder i relasjonsbyggingen, samt at det kan virke negativt ved at pasientens selvbylde svekkes. Det er derfor viktig at sykepleier kan være i stand til å bruke seg selv som et redskap i relasjonsbyggingen for å skape trygghet overfor seg selv og pasienten (Witsø & Teksum, 1998, s. 105). Selve relasjonen kan derfor være avgjørende for behandlingsresultatet. Videre er det viktig at sykepleier og pasient er mottakelig til å knytte seg til et annet menneske for å få en god samhandling og trygghet (Aamodt, 2014, s. 178).

### 3.5 Miljøbehandling

Miljøbehandling er et begrep med mangetydig innhold, men det dreier seg om hvordan sosiale, psykiske og fysiske forhold kan tilrettelegges, slik at de i størst grad fremmer trivsel, mestring og personlig vekst (Henriksen, 2007, s. 19). Det er en form for behandling som retter seg mot aktiviteter som kan gjøre personer med en demenslidelse i stand til å bruke sine ressurser, samt skape glede og redusere uro (Røen & Storlien, 2015, s. 9). I miljøbehandlingsarbeid er det viktig å møte personer med en demenslidelse på deres premisser, og vise respekt for hvem personene er. Miljøbehandlingen skal være til hjelp til å bevare tanker og opplevelser fra eget liv, samt at det skal bidra til en opplevelse av mestring (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 139).

Tilrettelegging av fysiske forhold i miljøbehandling kan dreie seg om arkitektur, beliggenhet og fysisk utforming inne og ute. Oversikt, gjenkjennelighet, funksjonalitet, hjemlighet, muligheter for stimuli, møblering, innredning, farger og lys- og lydforhold er aspekter ved det fysiske miljøet som vil påvirke personene på en skjermet enhet. Dette er faktorer som vil være hensiktsmessig å tilrettelegge på en skjermet enhet for personer med en demenslidelse (Henriksen, 2007, s. 20).

Tilrettelegging av psykososiale forhold i miljøbehandling vil ha påvirkning på miljøet som skapes. Et godt miljø må beskrives utover kun de tekniske aspektene ved omsorgen. Det dreier seg i hovedsak om innholdet og kvaliteten i miljøet. Personalets holdninger er av stor betydning, og deres menneskesyn, respekt, gode holdninger, god tid og vilje til å komme pasienten i møte, samt en positiv atmosfære på avdelingen er kvaliteter som er avgjørende for et godt psykososialt miljø. En god avdelingskultur og miljøbehandling skapes gjennom gode holdninger, vennlighet, individuelle relasjoner og god kommunikasjon. Dette er også sentrale ingredienser i omsorg, og mange vil si at god omsorg er god miljøbehandling. Pleiere bør ha respekt for at alle mennesker har rett til å være seg selv, og i demensomsorgen bør det være en forståelse for at mennesker har ulik atferd, funksjon og væremåte (Henriksen, 2007, s. 21).

---

## 3.6 Strukturert miljøbehandling

Fordi en demenslidelse arter seg ulikt hos personer, og alle personer har ulik forhistorie og evne til mestring, vil personer med en demenslidelse har behov for miljøbehandling som er individuelt tilpasset, og hvor man ivaretar den enkeltes ressurser. En slik form for miljøbehandling kalles strukturert miljøbehandling (Aldring og helse, 2017b).

Den amerikanske psykiateren John G. Gunderson beskriver strukturert miljøbehandling gjennom fem prinsipper: bekreftelse, trygghet, støtte, struktur og engasjement (Røen & Storlien, 2015, s.11). Han mener at alle disse prinsippene må inkorporeres på en slik måte at det skaper rom for individuell tilnærming og relasjonsbygging, at det gir plass til fleksibilitet i det forutsigbare og at det er trygghetskapende for pasienter og sykepleiere. Gundersons fem prinsipper kan brukes som ramme for å sette den personsentrerte tilnærmingen inn i miljøbehandling (Jakobsen, 2007, s. 108), og vi vil derfor gå nærmere inn på hvert av de fem prinsippene.

### **Bekreftelse**

Målet ved denne tilnærmingen er å anerkjenne og bekrefte personen, slik at han føler seg sett og respektert. Å bekrefte personen innebærer at sykepleier må kjenne pasienten godt, hans bakgrunn og forhistorie, og hvordan han har det nå. Å kjenne til hvilke interesser personen har hatt tidligere og hva han har drevet med, er viktig i planlegging av miljøbehandling. Personens forhistorie kan fortelles av personen selv, men og innhentes av pårørende (Røen & Storlien, 2015, s. 18).

### **Trygghet**

Trygghet handler om planlagte handlinger og ytringer i miljøet som sikrer velvære og minsker belastningen med utilstrekkelig selvkontroll. Det handler om å ivareta de som ikke har forutsetning for å gjøre dette selv (Jakobsen, 2007, s.108). Trygghet kan skapes gjennom å tilrettelegge det fysiske, psykiske og sosiale miljøet på en slik måte at personen opprettholder sin funksjonsevne. For å oppnå trygghet bør miljøbehandlingstiltak være aktiviteter der en unngår stimuli som skaper uro. Tilstedeværelse kan være med på å skape trygghet for personer med en demenslidelse (Røen & Storlien, 2015, s.13).

## **Støtte**

Støtte kan oppleves av personer med demens når bevisste og planlagte ytringer og handlinger i miljøet fører til at pasienten føler seg bedre og fornøyd med økt selvfølelse. Tiltak som er støttende skal legge til rette for aktiviteter etter personenes mestringsevne, som bidrar til trygghet og tillit. Å tilrettelegge miljøet slik at det bli gjenkjennbart og individuelt tilrettelagt ved måltider, stell og andre aktiviseringstiltak, vil være med på å skape et støttende miljø. Kommunikasjon er og en viktig del av støtte i miljøbehandling, og kan være for eksempel bruk av reminisens (Røen & Storlien, 2015, s. 14).

## **Struktur**

Struktur handler om at sykepleier gjennom god oversikt over oppgaver, ansvarsfordeling, pasienters døgnrytme og aktiviteter, kan skape forutsigbarhet og trygghet, som vil bidra til struktur (Hummelvoll, 2014, s. 494). Hummelvoll (2014) beskriver også at struktur skal bidra til et godt avdelingsmiljø mellom helsepersonell og pasienter. Dette vil gjøre hverdagen mer forutsigbar for pasientene, med tanke på muligheten til å delta på miljørettede aktiviteter. Planlegging og oversikt over miljøbehandling for pasienten skaper struktur, og bruk av ulike planverktøy for gjennomføring av miljøbehandling kan være med på å skape struktur (Røen & Storlien, 2015, s. 15).

## **Engasjement**

Engasjement handler om å tilpasse hverdagens aktiviteter etter en persons interesse og mestringsevne. Målet med dette er at personen skal være aktiv i miljøet og delta etter sine forutsetninger, samt få brukt sine ressurser i hverdagsaktiviteter. For å tilrettelegge aktiviteter for en person, er sykepleier nødt til å kjenne personen (Røen & Storlien, 2015, s. 17).

---

### 3.7 Reminisens

Vi mottar stadig sanseinntrykk fra omverdenen, både bevisst og ubevisst. Å bruke reminisens i kommunikasjon med personer med en demenslidelse kan skape trygghet, ved at de gjenkjenner ting fra sitt tidligere liv. Mange personer med en demenslidelse opplever kaos og blir urolige, men når de får hjelp til å huske bakgrunnshistorien sin, og mulighet til å se, høre og smake noe som er kjent, vil dette være med på å skape trygghet (Szatkowski, 2004, s. 53 - 55). I følge Heap (2000) er det å minnes en livsviktig del hos eldre, fordi det handler om fastholdelse av personlig identitet og selvfølelse. Miljøet rundt personen bør derfor innredes slik at de har gamle og gjenkjennelige ting. Dette kan være fotografier, men også andre ting som kjenner tidligere liv og arbeid. Fotografier gjør at man lett kan minnes, selv om man ikke nødvendigvis husker hvem som er på bildene, kan situasjonene på bildene være til inspirasjon (Szatkowski, 2004, s.53 - 55).

For å kunne bruke reminisens i kommunikasjonen er det en viktig forutsetning at man kjenner til livshistorien og nettverket til personen. Bruk av livshistorie som grunnlag for individuell tilnærming er en personsentrert form for reminisens. Gjennom beskrivelse av for eksempel viktige episoder, gjenstander, bilder, tekster, opplevelser lukter og musikk, finner man frem til personen bak sykdommen, og kan bekrefte tilhørighet og identitet hos personen. Ved bruk av denne personsentrerte formen for reminisens er det dokumentert reduksjon av atferdsproblemer hos personer med en demenslidelse, og det bør derfor brukes daglig i arbeidet med personer med en demenslidelse på sykehjem (Jakobsen, 2007, s. 94).

Når man bruker reminisens vekkes følelser til live hos de demensrammede, og det ligger mange muligheter i hverdagen for å benytte seg av reminisens. Det kan være å komme seg ut og kjenne på forskjellig vær, kjenne at solen varmer på huden, eller at regnet faller ned på deg. Det kan være å kjenne de forskjellige luktene ute i naturen, eller å plukke blomster og bær, lage en snøball, kjenne gress under føttene. Dette er ikke bare god sansestimulering, men og en utmerket måte å huske ting fra tidligere liv, og om sin egen kropp. Har man arbeidet med eller vært glad i å lage mat, kan det bety mye for en person å få være med på å lage maten sin selv. Det kan være godt å få kjenne følelsen av en gjærdeig, eller lukten av kaffe kokt på kaffekjele. Å drive arbeid som ligner på det personen en gang drev med tidligere kan være godt, for det stimulerer sansene og vekker erindringene (Szatkowski, 2004, s. 54 - 55).

Å bruke reminisens aktivt i miljøbehandling handler om å finne muligheter til å tilrettelegge hverdagen slik at personer med den demenslidelse naturlig møter ting, lukter, lyder, smaker eller berører noe som de kjenner igjen (Szatkowski, 2004, s. 55).

### **3.8 Sansehager**

Sansehager er hager som har til hensikt å stimulere ulike sanser, gjerne syn, lukt - og følesansen for personer med en demenslidelse. Sansehager skal i følge Berentsen og Eek (2007) gi mulighet for utfoldelse i et miljø som både er trygt og gjenkjennelig for personene som benytter seg av hagen. For å stimulere sansene er det derfor hensiktsmessig å fokusere på en type utforming som gir pasienten opplevelse av gjenkjenning. Dette skal på sikt bidra til økt livskvalitet, samt gi muligheter for ro og avslapping i det gjenkjennelige miljøet (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 31). Sansehagen bør være enkel å finne frem i, og både inneholde steder for aktivitet og hvile, samt rekreasjon og privatliv (Berentsen & Eek, 2007, s. 210). Bruk av sansehager kan være passiv eller aktiv. Passiv bruk av sansehager innebærer å være tilstede i sansehagen, hvor stimulering skjer gjennom for eksempel å nyte den friske luften eller høre lyden av fuglekvitring. Aktiv bruk av en sansehage innebærer å utføre aktiviteter i hagen (Kirkevold & Gonzalez, 2012).

### **3.9 Musikk og sang**

Musikk kan være et godt redskap i arbeid med personer med en demenslidelse. Når man bruker musikk som miljøbehandling bør man ha en validerende holdning, og ta utgangspunkt i den enkelte person for å skape positive resultater. Musikk kan være sang, men også bruk av instrumenter. I følge Szatkowski (2004) kan bruk av musikk lindre følelsesmessige smerter, minske ensomhetsfølelsen, minske angst og uro, samt gi mer livsenergi og spontan glede (Szatkowski, 2004, s. 68). Dette kan være fordi musikken vil minne en person med demenslidelse om en spesiell hendelse i livet eller en periode den kanskje savner. I følge Berentsen, Grefsrød og Eek (2007) vil kjente og kjære sanger og musikk gi store muligheter for gjenkjenning. For personer med en demenslidelse kan dette være positivt med tanke på trygghet i hverdagen, bedring av konsentrasjon, gi mestringsopplevelse og bedre selvbildet (Berentsen, Grefsrød & Eek, 2007, s. 135). Dette vil igjen bidra til å underbygge en følelse

---

eller hjelpe med å gi uttrykk for følelser som igjen kan forandre på humøret (Kvamme, 2006, s. 162). Musikk kan videre føre til stimuli ved at impulser gir liv og at aktiviteten i hjernen økes. Videre vil det bidra til økt oppmerksomhet og konsentrasjon både bevisst og ubevisst (Kvamme, 2006, s. 157).

### **3.10 Holdningsplan**

En holdningsplan er en individuell miljøbehandlingsplan, som gir oversikt overfor den enkelte pasients hverdag og daglige gjøremål, samt hvordan disse skal gjennomføres. Den skal sikre at pasienten får en mest mulig tilrettelagt miljøbehandling, hvor pasientens individuelle behov blir ivaretatt, uavhengig av personalet som yter hjelpen. Planen skal beskrive hvilke miljøbehandlingstiltak som er mest effektive hos pasienten, og må bygge på pasientens interesser, ønsker og behov (Røen & Storlien, 2015, s. 23). Den skal være konkret og dynamisk, og når pasientens behov endres, skal planen evalueres og eventuelt endres med hensyn til pasientens behov. Denne evalueringen må inn i avdelingens rutiner, slik at oppfølging av planene blir gjort systematisk. Det er den som er kontakt for den enkelte pasient som har ansvar for at holdningsplanen utarbeides, og kontakten må derfor ha god kjennskap til pasientens tidligere liv, interesser, behov og ønsker (Aldring og helse, 2017c).

Holdningen den ansatte har overfor pasientene og til tiltaket som skal gjennomføres er avgjørende for at tiltaket skal gi god effekt. Relasjonen mellom den ansatte og pasienten er derfor viktig, samt hvordan de miljøtiltakene tilrettelegges og gjennomføres. Det er ikke bare tiltaket alene som skal legges vekt på, men også måten tiltaket blir utført på (Aldring og helse, 2017c).

### **3.11 Dags - og kveldsplan**

På hver avdeling skal det daglig fylles ut en plan som gir oversikt over hvem som har ansvar for hva, og når og hvor aktiviteter skal gjennomføres. Planen gir oversikt over hva som vil skje i løpet av dagen, og ved utforming av planen henter man opplysninger fra hver enkelt pasients individuelle holdningsplan, samt faste gjøremål på avdelingen og eventuelle aktiviteter fra avdelingens ukeplan (Aldring og helse, 2017d).

## 4. Diskusjon

I denne delen vil vi bruke caset om Målfrid for å diskutere hvordan sykepleier kan anvende strukturert miljøbehandling for å forebygge uro hos personer med en demenslidelse. Vi vil anvende strukturert miljøbehandling ved å forholde oss til Gundersons fem prinsipper om beskyttelse, støtte, struktur, engasjement og trygghet.

### **Kunnskap**

Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) hevder at god kunnskap om demenslidelse er avgjørende før man går til verks med den daglige omsorgen for personer med en demenslidelse. Med bakgrunn i dette er det vår oppfatning at sykepleier trenger kunnskap om demenslidelse før hun begynner sitt arbeid med å anvende strukturert miljøbehandling for å forebygge uro hos Målfrid. Å ha tilstrekkelig kunnskap om demenslidelse innebærer etter vår oppfatning at sykepleier kjenner til hva en demenslidelse kommer av og hva som skjer i hjernen, hvilke grader av demens som finnes, samt hvilken grad Målfrid har, og hvordan demenslidelsen påvirker Målfrid, med tanke på hvilke symptomer hun opplever.

### **Holdninger**

I følge Henriksen (2007) er sykepleiers holdninger i arbeid med personer med en demenslidelse av stor betydning for kvaliteten på omsorgen som ytes. Holdninger er oppfatninger eller innstillinger en person har, som gjerne sitter dypere enn hva en mening gjør. De utvikles i samspill med omgivelsene våre, samt at de blir påvirket av erfaringer vi gjør oss. Gode, positive holdninger fører ofte til at man blir interessert og åpen, at man viser respekt og forståelse for andre mennesker (Bostad & Paulsen, 2017).

Gode holdninger, vilje til å komme pasienten i møte og en positiv atmosfære på avdelingen vil være med på å skape et godt miljø (Henriksen, 2007, s. 21). Kitwood (1999) beskriver at god omsorg innebærer forståelse hos sykepleier. Vi anser det derfor som viktig at sykepleier har en forståelse for at personer med en demenslidelse har ulik atferd, funksjon og være væremåte, og at Målfrid har rett til å være seg selv. Dette vil etter vår oppfatning være med



---

på å skape en god holdning hos sykepleier, noe vi anser som en viktig egenskap da sykepleier skal anvende strukturert miljøbehandling for å forebygge uro hos Målfrid.

### **Bekreftelse av Målfrid**

Gunderson beskriver bekreftelse som et viktig prinsipp i strukturert miljøbehandling. Bekreftelse innebærer at sykepleier må kjenne pasientens sin, ha kunnskap om pasientens bakgrunn, forhistorie og interesser (Røen og Storlien, 2015, s. 18). Vi forstår dette som at sykepleier må tilegne seg kunnskap om Målfrids tidligere liv og interesser, og at dette kan bidra til at Målfrid opplever anerkjennelse og respekt. For at sykepleier skal kunne tilegne seg informasjon om pasienten sin, kan hun benytte seg av pasientens pårørende, som i Målfrids tilfelle er hennes to barn og barnebarn. Vi anser dette som svært viktig med tanke på at de pårørende har kjent pasienten gjennom et langt liv.

Pårørende kan og i følge Røen og Storlien (2015) være viktig å inkludere i planlegging av strukturert miljøbehandling, fordi bidrag fra pårørende kan gjøre det mulig å gjennomføre betydningsfulle aktiviteter for pasientene. Sykepleier kan derfor benytte seg av pårørende i planleggingen av den strukturert miljøbehandling for Målfrid, og gjennom dette skape et gjensidig samarbeid hvor det utvikles aktiviteter som vil engasjere både sykepleier, Målfrid, og pårørende. Vi anser det som viktig at sykepleier i tillegg benytter seg av Målfrid som en kilde for opplysninger om hennes bakgrunn og interesser, hun vet kanskje mer om sin forhistorie enn hva hennes pårørende gjør.

### **Relasjonsbygging**

Røen og Storlien (2015) understreker viktigheten av at sykepleier bygger en god relasjon til pasienten sin, og at dette er sentralt i personsentrert omsorg. Forskningen som er gjort av Hicks - Moore og Robinson (2008) beskriver viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og pasient. De hevder at miljøbehandlingstiltak kan få dårligere resultater dersom sykepleier og pasient ikke har god kontakt. Videre nevner Witsø og Teksum (1998) hvor viktig det er at sykepleier ikke har for store forventninger, verken til seg selv eller til pasienten, da dette kan virke negativt inn på pasientens selvbilde. Vi forstår dette som at sykepleier bør bygge en god relasjon til Målfrid, slik at hun opplever tillit og trygghet fra sykepleier. Dette kan føre til at Målfrid føler at hun blir bekreftet som et likeverdig

menneske, med gjensidig respekt mellom henne og sykepleier. Dette kan etter vår oppfatning virke forebyggende på uro hos Målfrid. Viktigheten av en god relasjon mellom sykepleier og pasient understrekes og av Eriksson, som beskriver at en god relasjon kan ha en helsefremmende effekt på pasienter.

### **Tilrettelegging av det fysiske miljøet for Målfrid**

Det fysiske miljøet har i følge sykepleieteoretiker Katie Eriksson stor betydning for opprettholdelse av god helse (Kristoffersen, 2014, s. 243). Studiet av Bergland og Kirkevold (2011) beskriver at avdelinger med hjemlig preg kan bidra til redusert utfordrende atferd hos personer med en demenslidelse, hvilket resulterer i færre forsøk på å forlate avdelingen. Vi anser det derfor som viktig at sykepleier tilrettelegger Målfrids personlige rom på en slik måte at det blir personlig og gjenkjennbart, fordi dette kan føre til at Målfrid blir mindre urolig. Da sykepleier tilrettelegger rommet til Målfrid er det etter vår oppfatning viktig å ta hensyn til Målfrids rett til brukermedvirkning. I følge Pasient- og brukerrettighetsloven (2011, § 3 - 1) har pasienter og brukere rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Å ta hensyn til pasientens rett til brukermedvirkning kan i følge Skjefstad (2012) være med på å skape en følelse av anerkjennelse hos pasienten, og at pasienten blir gjenkjent som et individ. Dette er noe vi anser som viktig, fordi det kan bidra til at sykepleier skaper trygghet hos Målfrid.

Å innrede Målfrids personlige rom med gamle og gjenkjennelige ting er en form for reminisens. Å bruke reminisens i strukturert miljøbehandling kan skape trygghet, fordi pasientene gjenkjenner ting fra sitt tidligere liv (Szatkowski, 2004, s. 53 - 55). Å tilrettelegge miljøet slik at det blir hjemlig og individuelt tilpasset, vil bidra til å skape et støttende miljø (Røen & Storlien, 2015, s. 14). En måte å gjøre rommet til Målfrid personlig, kan for eksempel være ved å henge opp fotografier av hennes familie, gårdsdyr, blomster, eller andre kjente ting. I følge Heap (2000, s. 56) vil det å minnes gi en fastholdelse av identitet og selvfølelse. Vi forstår dette som at bruk av reminisens kan skape trygghet hos Målfrid, som igjen kan være med på å forebygge uro.

---

## **Struktur i hverdagen**

Struktur på avdelingen kan bidra til en forutsigbar og trygg hverdag for Målfrid. Struktur kan skapes for eksempel ved at sykepleier har god oversikt over daglige aktiviteter og at det er bestemt ansvarsfordeling mellom de ansatte på avdelingen (Røen & Storlien, 2015, s. 15). Ulike planverktøy kan i følge Røen og Storlien (2015, s. 15) være nyttig i miljøbehandlingen, og vi har den oppfatning at bruk av holdningsplan og dagsplan for Målfrid kan skape struktur, forutsigbarhet og virke forebyggende på uro.

## **Holdningsplan**

En holdningsplan er en individuell tilrettelagt miljøbehandlingsplan, og skal gi en oversikt over pasientens hverdag, samt hvordan pasientens daglige gjøremål skal gjennomføres. En slik plan må utarbeides av sykepleier som har kjennskap til pasientens tidligere liv, interesser, ønsker og behov (Røen & Storlien, 2015, s. 23). Med utgangspunkt i Målfrids tidligere liv og interesser, har vi utarbeidet et forslag til en del av en holdningsplan som sykepleier kan anvende for å skape en strukturert hverdag som forebygger uro hos Målfrid. Vi har valgt å fokusere på tiden Målfrid ofte blir urolig, hvilket er den tiden hun ikke driver med noen av avdelingens faste rutiner som morgenstell, frokost, lunsj, middag eller kveldsmat, men ofte blir sittende alene. Forslaget på holdningsplan ligger som Vedlegg 1.

## **Dags - og kveldsplan**

En dags - og kveldsplan gir oversikt over hva som vil skje i løpet av dagen (Aldring og helse, 2017d), og vi anser dette som er viktig verktøy i å skape en strukturert og forutsigbar hverdag for Målfrid. I utformingen av en slik plan henter man opplysninger fra hver enkelt pasients holdningsplan, og fyller inn faste gjøremål på avdelingen (Aldring og helse, 2017d). Vi forstår dette som at sykepleier bør utforme en dags - og kveldsplan som bygger på Målfrids holdningsplan, da dette kan gi en meningsfull hverdag og virke forebyggende på uro. En slik plan bør etter vår oppfatning utarbeides sammen med Målfrid i så stor grad det er mulig, slik at vi ivaretar hennes rett til brukermedvirkning. Dette tenker vi kan gjøres ved at vi legger frem forslag til aktiviteter basert på Målfrids holdningsplan, og deretter lar henne være med på å bestemme hvilke aktiviteter hun ønsker å drive med samme dag. Har hun derimot ingen ønsker, eller har vanskelig for å bestemme seg, kan sykepleier allikevel sette

opp forslag til aktiviteter. Vi har utarbeidet et forslag på dags - og kveldsplan i Vedlegg 2.

### **Aktiviteter**

På dags- og kveldsplanen vi har utarbeidet foreslår vi en rekke planlagte aktiviteter som en del av den strukturerte miljøbehandlingen til Målfrid. Aktiviteter er i følge Bergland og Aarseth (2007) grunnleggende for at personer skal oppleve velvære og mestring i hverdagen, og en opplevelse av velvære og mestring kan etter vår oppfatning virke forebyggende på uro hos Målfrid. Aktiviteter for personer med demens bør i følge Berg (2007) bygge på pasientens tidligere erfaringer og interesser, samt unngå stimulering som virker forvirrende og uforståelig. Når en person med en demenslidelse ikke får utløp for sine egne interesser vil det i følge Engedal (2008) på sikt føre til rastløshet og uro. Vi har derfor tilpasset aktivitetene etter Målfrids interesser og mestringsevne, og sørger for at hun får brukt sine ressurser i hverdagen.

Personsentrerte aktiviteter kan i følge Gunderson bidra til økt engasjement, hvilket vi anser som et viktig prinsipp for å forebygge uro ved bruk av strukturert miljøbehandling (Røen & Storlien, 2015, s. 17). Viktigheten av personsentrert sykepleie understrekes og av sykepleieteoretikeren Virginia Henderson, som beskriver at sykepleier må se enkeltmennesket, og inkludere pasienten i sykepleien han mottar (Kristoffersen, 2014, s 242).

### **Baking**

Forskningen gjort av Haugland (2012) beskriver viktigheten av at sykehjem har fokus på å kartlegge hver enkelt beboers interesser, slik at man kan tilrettelegge aktiviteter for hver enkelt pasient. Sykepleier har kartlagt og beskrevet Målfrids interesse for matlaging og baking i holdningsplanen, og har satt opp å lage vafler som en aktivitet på dags - og kveldsplanen. Vi oppfatter dette som en aktivitet som er tilrettelagt Målfrids mestringsevne, hvor hun får brukt sine ressurser. I følge Szatkowski (2004) kan det bety mye for en person å få drive med arbeid man har drevet med tidligere, for eksempel baking, som stimulerer sanser og vekker minner. Sansestimulering er i følge Rokstad (2007) en mulig innfallsvinkel som kan virke forebyggende på uro hos personer med en demenslidelse.

---

Å bruke baking som en del av strukturert miljøbehandling for personer med demens er noe vi har erfaring fra i praksis. Da vi var i praksis på sykehjem hadde vi en pasient som ofte vandret i gangene og var svært forvirret. Vi bestemte oss for å finne på en aktivitet som kunne forebygge at pasienten vandret og ble forvirret, og etter å ha spurt pasienten hva hun var glad i å drive med kom vi frem til at baking var noe hun var interessert i. De ansatte på avdelingen hadde liten tro på at dette var en aktivitet pasienten ville mestre eller finne glede i, da de mente at hennes demenslidelse gjorde at hun hadde mange begrensninger i forhold til hva hun mestret. Vi var av den oppfatning av at pasienten kunne finne glede i denne aktiviteten, fordi det var noe hun hadde vært interessert i tidligere, og tok henne derfor med på det til tross for de ansattes mening.

Vi tok ansvar for å finne frem og måle opp ingredienser, og lot pasienten være med på å sette deigen. Da deigen var ferdig tok pasienten raskt ansvar for bakingen, og begynte å delegere arbeidsoppgaver til oss. Hun delte deigen i mindre emner, strødde mel på bordet og viste oss hvordan vi kunne rulle bollene. Hun inkluderte og andre pasienter, og hjalp til å rulle bollene for de som trengte hjelp. Hun la bollene på brett, og fikk hjelp av oss til å steke bollene. Da bollene var ferdigstekt serverte hun dem, og viste stolthet over det hun hadde laget.

Det var tydelig at bollebakingen hadde skapt mestringsfølelse hos pasienten, hun hadde fått gjøre noe hun kjente igjen fra tidligere, og bakingen stimulerte sanser som vekket minner. Pasienten vandret svært lite den dagen, og snakket mye om hvor fornøyd hun var med baksten sin. Dette eksempelet fra praksis stemmer etter vår oppfatning godt med Rokstad (2007) sin teori om at sansestimulering kan vekke minner og virke forebyggende på uro hos personer med den demenslidelse.

### **Sansehage og stell av blomster**

En annen aktivitet som stimulerer sansene er bruk av sansehage, og bruken av sansehage kan være enten passiv eller aktiv. En passiv bruk av sansehagen innebærer å være tilstede i hagen, og sansene stimuleres for eksempel gjennom å høre lyden av fuglekvitring eller lukten av natur. Å aktivt bruke en sansehage innebærer å utføre aktiviteter i hagen (Kirkevold & Gonzalez, 2013). Studiet av Haugland (2012) viser at beboere på sykehjem ofte har et ønske om å delta aktivt i aktiviteter, ikke kun være tilstede. Studiet viste og at de ansattes holdninger til personer med en demenslidelse tyder på at mange har liten tro på at

denne gruppen har glede av å være delaktige i aktiviteter, og at det ofte blir fokusert på deres begrensninger. Vi er derfor av den oppfatning at sykepleier bør fokusere på Målfrids ressurser istedenfor begrensninger, og at hun forsøker å legge opp til aktiviteter der Målfrid aktivt får delta.

En aktivitet sykepleier har satt opp på dags- og kveldsplanen til Målfrid er å stelle blomster og luke ugress i sansehagen. Å stelle blomster og luke ugress i sansehagen er etter vår forståelse en aktivitet hvor Målfrid både får brukt sine ressurser, vært aktiv selv, samt at hun får stimulert en rekke ulike sanser. Å jobbe med hendene i jorden da man steller blomster og luker ugress kan stimulere følesansen, samt det å kjenne solen varme på kroppen. Hørselssansen kan stimuleres gjennom for eksempel lyden av fuglekvitring, og luktesansen gjennom lukten av blomster og natur. Disse aktivitetene er ikke bare god sansestimulering, men også reminisens, fordi det bygger på interesser fra Målfrids tidligere liv, og forhåpentligvis vekker følelser og minner. Det er gjort et studie av Bergland og Kirkevold (2011), som viser at opphold i uteområder gir pasienter bedre livskvalitet og humør. Vi tror derfor bruk av sansehage vil virke forebyggende på uro hos Målfrid.

Passiv bruk av sansehager innebærer å man er tilstede i sansehagen, og hvor stimulering skjer gjennom for eksempel å nyte den friske luften, kjenne varmen fra solen eller høre lyden av fuglekvitring (Kirkevold & Gonzalez, 2013). Vi har et eksempel fra praksis på hvordan passiv bruk av sansehage kan ha en positiv effekt hos personer med en demenslidelse.

Vi hadde praksis på en sykehjemsavdeling hvor alle beboerne hadde en form for demenslidelse, og hvor mange hadde urolig atferd i form av vandring og roping. Avdelingen hadde tilgang til en liten, inngjerdet sansehage. Det var tidlig på våren, og vi hadde derfor liten mulighet til å tilrettelegge for planting av blomster, klipping av gress og lignende aktiviteter. Det var derimot solskinnsvær denne dagen, og vi ønsket å benytte oss av dette ved å ta med pasienter ut i sansehagen. De ansatte på avdelingen brukte sjeldent sansehagen, de mente at de var for få pleiere på jobb til å kunne drive aktiviteter med beboerne, og mange av pasientene hadde derfor ikke vært ute på en lang stund. Selv om det var få muligheter for å aktivt bruke sansehagen, tenkte vi at pasientene ville ha glede bare av å oppholde seg i hagen, altså å bruke sansehagen passivt. Vi valgte derfor å ta med oss noen av pasientene ut i sansehagen slik at de kunne få stimulert ulike sanser.

---

I følge Berentsen, Grefsrød og Eek (2007) har været mye å si for opplevelsen av sansehagen, og i vårt eksempel var det solskinn. Pasientene fikk stimulert følesansen gjennom solskinnet, og vi opplevde at flere av pasientene bemerket seg hvor god solen føltes på huden. Flere av pasientene lukket øynene, smilte, og fortalte hvor godt det var å sitte ute i solen. En av pasientene la merke til og kommenterte fuglekvitringen han hørte, en lyd som kan stimulere hørselssansen, og det oppstod da en samtale rundt fuglearter. Mange kommenterte og den friske luften ute, både at den føltes forfriskende på huden, men og at den luktet godt av natur. Det var med andre ord mange sanser som ble stimulert, bare av å sitte ute i sansehagen. Vi opplevde at flere av pasientene fikk godt humør av å være i hagen, ikke bare da vi faktisk var ute, men og resten av kvelden. Noen av pasientene vandret mindre den kvelden, og mange sov bedre om natten. Det var tydelig for oss at bruken av sansehagen hadde bidratt til forebygging av uro, samt en bedre balanse mellom behovet for aktivitet og hvile. Vi oppfatter derfor dette som et eksempel på at bruk av sansehage kan forebygge uro hos personer med en demenslidelse.

Målfrid har det å stelle planter inne på avdelingen som en aktivitet på dags- og kveldsplanen sin. Studiet av Kirkevold og Gonzales (2013) har sett på hvilken effekt bruk av planter har hos personer med demens, og konkluderer med at denne typen miljøbehandling kan redusere urolig atferd og øke trivsel og funksjonsnivå. Vi forstår dette som at aktiviteten hvor Målfrid steller planter, kan bidra til å forebygge uro, og er derfor en viktig del av den strukturerte miljøbehandling.

For å belyse forskningen gjort av Kirkevold og Gonzalez (2013) vil vi beskrive en pasientsituasjon fra praksis på skjermet avdeling. En pasient var tydelig urolig og begynte å vandre i avdelingen. Vi visste fra før at pasienten hadde interesse for planter og dette var derfor noe vi ville fokusere på. Vi forsøkte å motivere pasienten til å være med å finne vannkanne og deretter stelle blomster. Pasienten viste stor interesse ved å plukke av visne blader, kjenne på blomsterjorden og deretter fylle på vann. Vi kunne også se hvor stor glede pasienten hadde rundt det å stelle blomster ved at hun smilte og hadde mye kunnskap om blomster. Pasientens ressurser kom derfor tydelig frem da hun fortalte oss navn på blomstene, samt hvor de kom fra. Da vi hadde stelt ferdig alle blomstene gikk pasienten inn på rommet sitt for å hvile. Uroen ble deretter betraktelig redusert, samtidig som pasienten viste stor mestringsfølelse.

## Musikk

Målfrid er glad i sang og musikk, og sykepleier har derfor satt opp sangstund som en aktivitet på Målfrids dags - og kveldsplan. I følge studiet gjort av Hicks - Moore og Robinson (2008) kan bruk av pasienters favorittmusikk redusere uro. Dette understrekes og av Szatkowski (2004), som beskriver at bruk av musikk kan minske uro, samt gi mer livsenergi og glede hos personer med en demenslidelse. Som beskrevet i holdningsplanen til Målfrid er hun glad i viser og salmer. Vi anser det derfor som viktig at sykepleier fokuserer på denne typen musikk i sangstunden med Målfrid. Å bruke musikk Målfrid kjenner fra tidligere liv, kan hjelpe henne å huske bakgrunnshistorien sin, og i følge Szatkowski (2004) kan dette bidra til å skape trygghet og forebygge uro.

Vi har et eksempel fra praksis på sykehjem som viser at bruk av musikk kan bidra til å forebygge uro hos personer med en demenslidelse. Pasienten hadde nettopp spist lunsj, og vi visste fra tidligere at denne pasienten pleide å takke for seg og forsøke å reise hjem etter lunsj. For å forebygge at hun skulle bli urolig etter lunsjen, tok vi med pasienten til stuen og spurte om hun hadde lyst til å synge med oss. Vi visste fra før at pasienten var glad i å synge, og da vi viste henne sangboken på stuen begynte hun selv å finne sanger hun ville synge fra boken. Pasienten fortalte om sanger hun hadde sunget som ung og at dette var noe hun fortsatt kunne. Vi valgte å la pasienten bestemme hvilke sanger vi skulle synge, fordi vi ønsket å ta hensyn til hennes ressurser, samt hennes rett til brukermedvirkning. Etter å ha sunget en rekke forskjellige sanger etter pasientens ønsker, takket hun for sangstunden. Hun spurte deretter etter en kaffekopp og ble sittende å skravle med personalet og medpasienter. Det var tydelig at uroligheten hun hadde før sangstunden var redusert, og at sangstunden dermed hadde hatt en forebyggende effekt på uroen.



## 5. Konklusjon

Formålet med oppgaven vår har vært å forsøke å finne et svar på problemstillingen vår ved å anvende relevant litteratur og forskning i vår diskusjon. I oppgaven har vi hatt fokus på at sykepleier skal anvende strukturert miljøbehandling, som bygger på Gundersons fem prinsipper om trygghet, bekreftelse, støtte, struktur og engasjement. Vi har forsøkt å belyse hvordan sykepleiers bruk av disse fem prinsippene kan bidra til å forebygge uro hos personer med en demenslidelse, ved å knytte prinsippene opp mot caset om Målfrid. Vi har og dratt inn relevante, egne erfaringer fra praksis. Ved å gjøre dette har vi lært om viktigheten av at sykepleier skaper en god relasjon til pasienten sin, og at det finnes en gjensidig respekt og trygghet.

Videre har vi sett på hvordan bruk av holdningsplan og dags - og kveldsplan kan bidra til å skape struktur og forutsigbarhet i Målfrids hverdag, samt kommet med konkrete forslag til aktiviteter som kan bidra til å forebygge uro hos Målfrid. Aktivitetene vi har foreslått er bruk av musikk, sansehager og baking. Disse bygger på Målfrids interesser og ressurser, og er aktiviteter som nevnes ofte i teori, og som i tillegg har en dokumentert positiv effekt i flere forskningsartikler.

Vår konklusjon er at sykepleier kan anvende strukturert miljøbehandling ved å bli kjent med pasienten sin, skape en god relasjon, samt anvende planverktøy som holdningsplan og dags - og kveldsplan for å forebygge uro hos personer med en demenslidelse. Sykepleier bør ha en personsentrert tilnærming, og pasientens ønsker, interesser og ressurser bør stå i fokus.

## 6. Litteraturliste

Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen*. (2. utg., s. 80 - 95). Gyldendal Norsk Forlag. \*

Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen*. (2. utg., s. 162 - 189). Gyldendal Norsk Forlag. \*

Aldring og helse (2017a). *Demens*. Hentet fra:  
<http://www.aldringoghelse.no/demens/demens-1> \*

Aldring og helse (2017b). Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. Hentet fra:  
<http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/14630> \*

Aldring og helse (2017c). Holdningsplan. Hentet fra: <http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/18708> \*

Aldring og helse (2017d). Dags - og kveldsplan. Hentet fra:  
<http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/18788> \*

Berentsen, V. D & Eek, A. (2007). En historie om betydningen av naturlige og kjente uteaktiviteter. I R. M. E. Krüger, B. Lillesveen, M. Nåvik, A. M. M. Rokstad, K. W. Henriksen & A. Øvereng. (Red.,) *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. (s. 200 - 211). Oslo: Forlaget Aldring og Helse. \*

Berentsen, V. D, Grefsrød E. E & Eek, A. (2007). *Sansehager for personer med demens - utforming og bruk*. (s. 19 - 29). Forlaget Aldring og helse. \*

Berentsen, V. D, Grefsrød E. E & Eek, A. (2007). *Sansehager for personer med demens - utforming og bruk*. (s. 31 - 33 ). Forlaget Aldring og helse. \*

Berentsen, V. D, Grefsrød E. E & Eek, A. (2007). *Sansehager for personer med demens - utforming og bruk*. (s. 109 - 139). Forlaget Aldring og helse. \*

---

Berg, G. (2007). Mat og måltider - muligheter for det gode liv i hverdagen for personer med demens. I R. M. E. Krüger, B. Lillesveen, M. Nåvik, A. M. M. Rokstad, K. W. Henriksen & A. Øvereng. (Red.,) *Det går an!: Muligheter i miljøterapi*. (s. 229 - 236). Oslo: Forlaget Aldring og Helse. \*

Bergland, A & Aarseth, E. (2007). Mennesket og demenssykdom - å bli sett, berørt og komme i bevegelse. I R. M. E. Krüger, B. Lillesveen, M. Nåvik, A. M. M. Rokstad, K. W. Henriksen & A. Øvereng. (Red.,) *Det går an!: Muligheter i miljøterapi*. (s.138 - 152). Oslo: Forlaget Aldring og Helse. \*

Bergland, Å & Kirkevold, M. (2011). *Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens?*. (s. 14 - 25). Hentet fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/631603.pdf> \*

Bostad, T & Paulsen, T. M. (2017). *Holdninger*. Hentet fra: <http://ndla.no/nb/node/25440?fag=8>

Brækhus, A, Dahl, T. E, Engedal, K. & Laake, K. (2009). *Hva er demens?*. (s. 3 - 23). Hentet fra: <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?itemID=399> \*

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., s. 63 - 81). Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., s. 95 - 109). Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., s. 111 - 122). Gyldendal Norsk Forlag.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg., s. 223 - 231). Gyldendal Norsk Forlag.

Engedal, K & Haugen, P K. (2009). *Demens - fakta og utfordringer: Symptomer ved demens*. (5. utg., s. 33 - 50). Forlaget Aldring og Helse. \*

Engedal, K & Haugen, P K. (2009). *Demens - fakta og utfordringer: Symptomer ved demens*. (5. utg., s. 311 - 328). Forlaget Aldring og Helse. \*

Engedal, K. (2008). *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. (2. utg., s. 217 - 240). Forlaget Aldring og Helse. \*

Folkhelseinstituttet. (2015). *Demens*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/demens---folkehelse rapporten-2014/#nesten-hver-femte-person-faar-demens-i-loepet-av-livet> \*

Gotferdsen, K. (2009). *Forebyggelse af aggressiv adfærd - hos ældre i plejebolig*. (1. utg., s. 65 - 74). Munksgaard Danmark. \*

Haugland, B. Ø. (2012). *Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet*. (s. 42 - 49). Hentet fra: <https://sykepleien.no/sites/default/files/documents/forsknings/848515.pdf> \*

Heap, K. (2000). *Snakk med meg!: Å samtale med eldre* (s. 53 - 69). Oslo: Kommuneforlaget AS \*

Helse- og omsorgsdepartementet (2015). *Demensplan 2020*. (s. 7 - 9). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan2020.pdf> \*

Henriksen, K. W. (2007). "Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!": Miljøbehandling i demensomsorgen. I R. M. E. Krüger (Red.), B. Lillesveen, M. Nåvik, A. M. M. Rokstad, K. W. Henriksen & A. Øvereng. (Red.,) *Det går an!: Muligheter i miljøterapi* (s. 18 - 35). Oslo: Forlaget Aldring og Helse. \*

Henriksen, K. W. (2015). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. (1. utg., s. 87 - 113). Oslo: Akribe AS.

---

Hicks - Moore, S. L. & Robinson B. A. (2008). *Favourite music and hand massage - two interventions to decrease agitation in residents with dementia*. (s. 95 - 108). Hentet fra: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1471301207085369> \*

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg, s. 337 - 374). Gyldendal Norsk Forlag.

Hummelvoll, J. K. (2014). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. (7. utg, s. 465 - 498). Gyldendal Norsk Forlag.

Hårberg, G. B & Grønli, G. N. (2017). *Hvordan vise omsorg?*. Hentet fra: <http://ndla.no/nb/node/4660?fag=51> \*

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. (s. 62 - 100). Fagbokforlaget. \*

Jakobsen, R. (2007). *Ikke alle vil spille bingo: Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. (s. 101 - 139). Fagbokforlaget. \*

Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning - hva er så det? I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll. (Red.), *Brukermedvirkning - Likeverd og anerkjennelse*. (s. 42 - 53). Universitetsforlaget. \*

Kirkevold, M & Gonzales, M. T. (2013). *Benefits of sensory garden and horticultural activities in dementia care: a modified scoping review*. (s. 2698 - 2715)

Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.12388/epdf> \*

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. (s. 111 - 125). København: Munksgaard Danmark \*

Kristoffersen, N. J & Nordtvedt, F. (2014). Relasjonen mellom sykepleier og pasient. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1 - sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 83 - 133). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: bind 1 - sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. (2. utg., s. 207 - 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kvamme, T. S. (2006). Musikk i arbeid med eldre. I T. Aasgaard. (Red.), *Musikk og helse*. (s. 153 - 172). J. W. Cappelens Forlag. \*

McCormack, P. (s.a.). Crabbit old woman. Hentet fra:

<http://mrmom.amaonline.com/stories/CrabbitOldWoman.htm>

Moksnes, K. M. (2013). Livets siste faser. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke. *Psykiatriboken - Sinn - kropp - samfunn*. (1. utg, s. 446 - 486). Gyldendal Norsk Forlag.

Pasient - og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. (2011).

Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_3)

Rokstad, A. M. M. (2015). Hva er demens? I A. M. M. Rokstad & K L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. (1. utg., s. 27 - 45). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2015). Forståelde som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. (1. utg., s. 60 - 86). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2015). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. (1. utg., s. 152 - 179). Oslo: Akribe AS.

Rokstad, A. M. M. (2007) Fra hjelpenn til avspenning - Bruk av sansestimulering til pasient med angst og uro. I R. M. E. Krüger (Red.), B. Lillesveen, M. Nåvik, A. M. M. Rokstad, K. W. Henriksen & A. Øvereng, *Det går an!: Muligheter i miljøterapi* (s. 132 - 137). Oslo: Forlaget Aldring og Helse. \*

Røen, I & Storlien, M. S. (2015). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. (s. 9 - 10). Forlaget Aldring og helse . \*

---

Røen, I & Storlien, M. S. (2015). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. (s. 11 - 18). Forlaget Aldring og helse . \*

Røen, I & Storlien, M. S. (2015). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*. (s. 19 - 25). Forlaget Aldring og helse . \*

Skjefstad, N. (2012). Brukermedvirkning sett i et anerkjennelsesteoretisk perspektiv. I A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning - Likeverd og anerkjennelse*. (s. 54 - 69). Universitetsforlaget.\*

Smebye, K. L. (2015). Å møte personer med demens. I A M M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling*. (1. utg., s. 13 - 24). Oslo: Akribe AS.

Strand, B. H., Tambs, K., Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk, G & Rosness, T. A. (2014). *Hvor mange har demens i Norge?*. (s. 276 - 277). Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2014--276-7.pdf> \*

Szatkowski, K. S. (2004). *Demens: Kommunikasjon og samarbeid*. (s. 19 - 72). Oslo: Gyldendal Akademisk. \*

Thorvik, K. E., Helleberg, K & Hauge, S. (2014). *Beredt og fleksibel: God omsorg for urolige personer med demens*. (s. 236 - 242) Hentet fra: [https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3\\_art\\_thorvik\\_3337.pdf](https://sykepleien.no/sites/default/files/publication-pdf/14fo3_art_thorvik_3337.pdf) \*

Ulstein, I. (2016). *Akutt uro hos eldre: Psykose, depresjon, delirium eller demens? Diagnostisering og behandling*. Hentet fra: <https://bestprac.no/akutt-uro-hos-eldre-psykose-depresjon-delirium-eller-demens-diagnostisering-og-behandling-%E2%80%A8/>

Witsø, A. E & Teksum, A. B. (1998). *Måltrettet miljøarbeid med aldersdemente*. (s. 100 - 126). Forfatterne og Tano Aschehoug.\*

## 7. Vedlegg

### 7.1 Vedlegg 1

#### Eksempel på delvis utfylt holdningsplan for Målfrid

Situasjon	Holdning	Handling
Innhold i hverdagen	<i>Trygghet</i>	Sykepleier fokuserer på Målfrids tidligere liv og interesser, og tilbringer tid med henne på hennes personlige rom. Ser på Målfrids fotografier sammen.
	<i>Støtte</i>	Forebygge uro med aktivitet (engasjement). Tilrettelegge for aktiviteter etter hennes mestringsevne, og hvor hun får brukt sine ressurser.
	<i>Struktur</i>	God struktur hos personalet, gjennom god planlegging og ansvarsfordeling, slik at Målfrid får en forutsigbar hverdag.
	<i>Engasjement</i>	<p><i>Musikk:</i> Kan mange viser og salmer, og er glad i å synge sammen med andre. Bruk sangbok på rommet hennes.</p> <p><i>Sansehage/planter:</i> Stelle og vanne planter inne på avdelingen sammen med Målfrid. Stimulere Målfrids sanser ved bruk sansehagen. Plante og vanne blomster, luke ugress, lukte og se på blomster.</p> <p><i>Baking:</i> Har egen oppskriftsbok, og liker å lage vafler og boller. Sett frem utstyr og ingredienser på kjøkkenet. Gjør det meste selv, men sykepleier er tilstede for tilrettelegging.</p>
	<i>Bekreftelse</i>	Bruk reminisens i kommunikasjon med Målfrid, unngå realitetsorientering da dette gjør henne forvirret.



## 7.2 Vedlegg 2

### Eksempel på dags - og kveldsplan for Målfrid

**Pasient:** Målfrid

**Hovedkontakt dag:** “Sykepleier 1”

**Hovedkontakt kveld:** “Sykepleier 2”

Tidspunkt	Aktiviteter
08.30	Morgenstell og medisiner
09.00 - 10.00	Spise frokost
10.00	Frokost-TV og kaffe
11.00	Stelle blomster inne på avdelingen
11.30	Lage vafler
12.30 - 13.30	Servere og spise vafler til lunsj i fellesskap med andre pasienter
13.30 - 14.30	Hvile på rommet sitt
14.30 - 15.00	Vaktskifte. Se på fotografier og minner fra tidligere liv
15.00 - 16.00	Luke og stelle blomster i sansehage
16.00 - 17.00	Spise middag og dessert i fellesskap med andre pasienter og ansatte
17.00 - 18.00	Kaffe og sangstund i fellesstue
18.00 - 18.30	Kveldsmedisiner. Tilberede kveldsmat sammen med sykepleier
18.30 - 19.30	Spise kveldsmat på rommet sitt. Se Nyheter på TV.
19.30	Kveldsstell
20.00	Motivere til å legge seg og sove