



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelsefag

4 BACH

Sonja Stanic og Linn Andersen Engevik

Veileder: Marit Bye

”Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk!”

”It must be possible to have a good time even if you are forgetful!”

Tema: Sykepleie til pasienter med demens

Subject: Nursing Care for patients with dementia

Antall ord: 13579

Bachelor i sykepleie

BASY 2012

2015

Sammendrag

Tema: Sykepleie til personer med demens

Formål: Hos personer med demens kan livskvaliteten være redusert på grunn av flere faktorer, som blant annet sykdommens symptomer, bivirkninger fra medikamenter og boforhold. Formålet med denne oppgaven er at vi skal oppnå flere kunnskaper om demens sykdom, miljøterapi og hvordan vi som sykepleiere kan tilrettelegge miljøet for å bedre livskvaliteten på skjermet enhet.

Problemstilling: ”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å bedre livskvalitet hos personer med demens ved bruk av miljøterapeutiske tiltak?”.

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på relevant litteratur og forskning, men også erfaringer fra praksis.

Resultat og konklusjon: Ved å benytte oss av miljøterapeutiske tiltak kan vi som sykepleiere bidra til å øke livskvalitet hos personer med demens. Samtidig kan tilrettelegging av miljøet redusere agitert atferd, øke sosial deltagelse og selvfølelse, samt bedre trivsel, mestringsevne og vedlikeholde pasientens gjenværende ressurser og funksjoner. Det er også viktig at tiltakene er tilpasset hvert enkelt individ. For å benytte oss av miljøterapeutiske tiltak må vi som sykepleiere ha kunnskap om sykdommen og symptomer som opptrer, samtidig som vi må ha kunnskap om virkningen av tiltakene. Slik kan vi møte pasienten på best mulig måte ved å tilrettelegge miljøet.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	2
1.0 Innledning.....	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	4
1.3 Avgrensning.....	5
2.0 Metode.....	6
2.1 Litteraturstudie.....	6
2.2 Kildekritikk.....	6
2.3. Søkehistorikk.....	7
2.3.1 Bøker.....	7
2.3.2 Artikler.....	8
2.4 Etske overveielser.....	10
3.0 Teori.....	12
3.1 Demens.....	12
3.2 Symptomer ved demens.....	12
3.2.1 Kognitive symptomer.....	13
3.2.2 Atferdsmessige symptomer.....	14
3.2.3 Motoriske symptomer.....	14
4.0. Forhold for det gode liv for personer med demens.....	15
4.1 Livskvalitet.....	15
4.2 Skjermet enhet.....	16
4.3 Kommunikasjon og relasjon.....	17
4.4 Miljøterapi.....	18
5.0 Funn fra litteratur og forskning.....	20
5.1 Musikk.....	20
5.2 Aktiviteter.....	21
5.3 Dyreassistert terapi.....	22
5.4 Måltid.....	23
6.0 Sykepleie og sykepleieteori.....	25
6.1 Sykepleierens roller og funksjoner.....	25
6.2 Det mellommenneskelige forhold.....	27
7.0 Drøfting.....	29
7.1 "Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å bedre livskvalitet hos personer med demens ved bruk av miljøterapeutiske tiltak?".....	29
7.1.1 Musikk.....	30
7.1.2 Aktiviteter.....	32
7.1.3 Dyr.....	35
7.1.4 Måltider.....	37
8.0 Konklusjon.....	41
Referanseliste.....	43
9.0 Vedlegg.....	47
Vedlegg 1.....	47
Vedlegg 2.....	48

1.0 Innledning

I følge WHO er det ca. 47,5 millioner på verdensbasis som er rammet av en demenslidelse, og for hvert år påvises det nye 7,7 millioner tilfeller. Sykdommen er en av de viktigste årsakene til uførhet og avhengighet blant eldre i dag (World Health Organization, 2015).

I Norge finnes det omlag 66 000 personer som lever med sykdommen, og de aller fleste av disse er over 65 år. Med årene vil denne sykdommen øke i befolkningen ettersom mennesker har økt levealder. Dette vil i de fleste tilfeller føre til at mange lever lenge nok til å få demens, men det er allikevel ikke noe annet som tyder på at sykdommen opptrer hyppigere nå enn tidligere (Rokstad & Smebye, 2008). I følge Norsk Helseinformatikk (2011) vil ca. 9000 personer få diagnosen demens i Norge hvert år.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt å skrive om tema demens hvor vi vektlegger miljøterapi som en del av behandlingen for å bedre livskvaliteten til personer med demens. Vi har valgt dette temaet fordi vi viser interesse for denne sykdommen, samtidig som vi begge har hatt psykiatripraksis på skjermet enhet. Denne sykdommen vil stadig øke i befolkningen og vi som sykepleiere kan møte diagnosen i alle type institusjoner. Derfor må vi som sykepleiere ha kunnskap og kompetanse innenfor demensomsorgen for å kunne møte pasienten på best mulig måte. I tillegg er dette et sentralt tema innenfor sykepleierket.

Med denne bacheloroppgaven ønsker vi å skaffe oss nye kunnskaper og et bredere innsyn i sykdommen, og hvordan vi kan benytte oss av miljøterapi for å forsøke å bedre livskvalitet. Vi vil vektlegge ulike typer miljøterapi, fordi vi i løpet av vår praksisperiode har sett at miljøtiltak blir brukt hyppigere som en behandlingsform. Vi vil også sette oss mer inn i dette temaet da dette er et spennende område med mange utfordringer.

1.2 Presentasjon av problemstilling

”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å bedre livskvalitet hos personer med demens ved bruk av miljøterapeutiske tiltak?”.

1.3 Avgrensning

Denne oppgaven vil ta for seg personer med langtkommen demens på skjermet enhet. Vi har valgt å avgrense alderen til fylte 65 år, da vi begge har vært borti dette i vår psykiatripraksis. Vi vil trekke inn flere eksempler fra denne praksisen som vi har med sykdommen, samt ta med andre relevante erfaringer fra tidligere.

I oppgavens teoridel har vi valgt å legge vekt på fakta om demens for å få en helhetlig forståelse av sykdommen. Vi vet at det finnes tre hovedtyper demenslidelser; Alzheimers sykdom, vaskulær demens og sekundær demens. Vi velger ikke å ta med dette i oppgavens teoridel, fordi vi fokuserer helhetlig på demens, da miljøterapien ikke er direkte knyttet til en av typene. Vi legger vekt på symptomer som opptrer ved sykdommen, men utdyper ikke alle like mye på grunn av ordbegrensningen. Vi synes også det er viktig å få frem hva miljøterapi og livskvalitet er da disse begrepene er en viktig del av vår problemstilling. Videre skal vi se nærmere på de ulike miljøterapeutiske tiltakene vi har valgt.

For å avgrense oppgaven har vi valgt og ikke ta med case med en pasient. Grunnen for dette er at vi ønsker å bruke egne erfaringer fra praksis hvor vi har flere forskjellige eksempler fra demensomsorgen og bruken av miljøterapi. Vi er klar over at pårørende er en viktig ressurs innenfor demensomsorgen, men vi velger allikevel å utelukke disse på grunn av oppgavens ordbegrensning.

Vi har valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee. Vi anser denne som svært relevant da hun står for teorien om det mellommenneskelige forhold i sykepleie. Dette er viktig i møtet med alle typer pasienter, men spesielt i møtet med personer med demens.

Vi har valgt å ha et eget kapittel om funn fra forskning og litteratur, der vi har tatt for oss fire miljøterapeutiske tiltak. Dette har vi gjort da forskning og litteratur tar for seg mye av det samme, og for å få bedre oversikt.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil vi presentere hvilken metode vi har brukt i oppgaven. Videre skal vi forklare hvilken litteratur vi har anvendt og begrunnelse for valg av disse. Vår fremgangsmåte for å finne litteratur, og en kildekritikk vil også komme frem, samt at vi vil ta hensyn til etiske overveielser.

Begrepet metode er et middel eller en fremgangsmåte som har til hensikt å komme frem til nye kunnskaper eller løse problemer. Metoden brukes når vi ønsker å undersøke noe, og hjelper oss å samle inn nødvendig informasjon som vi trenger for å besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2012).

2.1 Litteraturstudie

For å finne svar på vår problemstilling har vi tatt i bruk en litteraturstudie. En litteraturstudie er faglitteratur og forskning som gir informasjon om et spesifikt tema. Ved hjelp av dette får vi kunnskaper som vi kan drøfte opp mot vår problemstilling (Dalland, 2012). I tillegg til litteratur og forskning velger vi også å bruke eksempler fra våre praksisperioder, men spesielt i fra psykiatripraksis.

2.2 Kildekritikk

Kildekritikk er en måte å finne ut om en kilde er sann. Det vil si at vi vurderer og karakteriserer de kildene vi har benyttet oss av for å forsikre oss om at de er troverdige. Kildekritikken gjelder både for litteratur, men også andre kilder som er benyttet i oppgaven. Det er viktig å være kildekritisk for å vurdere om teorien og forskningsresultatene vi har funnet kan brukes til å beskrive vår problemstilling (Dalland, 2012).

Når det gjelder faglitteratur som vi har benyttet oss av sørget vi for at forfatterne hadde god faglig kompetanse innenfor temaet demens, miljøterapi og livskvalitet. Det var også viktig at pensumlitteraturen var av nyere årstall, fordi det gjør at den er oppdatert og troverdig. Allikevel har vi benyttet oss av eldre bøker vi mener er relevante.

Mye av kriteriene for litteraturvalg gjenspeiler seg i valg av forskningsartikler. Når vi søkte etter forskningsartikler sørget vi for at de var skrevet av personer med utdannelse innen fagfeltet. Vi leste gjennom artiklene for å finne ut om de var pålitelige og om de var relevante

for vår problemstilling. Andre kriterier vi fokusert på var at de skulle være fagfellevurdert. Det vil si at artiklene er godkjent og vurdert av eksperter innen fagområdet (Dalland, 2012). Vi sørget også for at artiklene hadde en synlig abstrakt, samt at metoden og hensikten kom tydelig frem. Da vi søkte etter forskningsartikler valgte vi å avgrense søkene innenfor 2010-2015, men har også benyttet oss av artikler som er eldre enn dette. Allikevel er de fleste innenfor vår avgrensning. Vi kom frem til at våre forskningsartikler er relevante for vårt tema og problemstilling, og at de derfor er viktig i dagens sykepleiepraksis.

Vi har brukt både nordiske og internasjonale forskningsartikler, og selv om flere av studiene er gjennomført i utlandet har vi fortsatt valgt å benytte oss av dem, da vi mener de passer til vår problemstilling, og er relevante for dagens demensomsorg. En av forskningsartiklene er skrevet på norsk, mens syv er skrevet på engelsk.

2.3. Søkehistorikk

I dette kapittelet velger vi å beskrive pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskning som vi har brukt gjennom oppgaven, og hvorfor vi har valgt disse.

2.3.1 Bøker

For å finne bøker har vi først og fremst brukt pensumlitteraturen fra de siste tre årene på studiet, der vi gikk gjennom litteraturen for å finne de mest relevante bøkene som passet vårt tema. Enkelte bøker av vår selvvalgte litteratur er hentet fra Høgskolens bibliotek, da vi mener de passer vårt tema. De andre bøkene har vi lånt av en avdelingsleder på skjermet enhet, men også av en ferdigutdannet sykepleier med videreutdanning innenfor demensomsorgen.

Vi har brukt bøkene til Rokstad og Smebye (2008) og Engedal og Haugen (2004) i oppgavens teoridel, hvor den sistnevnte er selvvalgt litteratur. Disse tar for seg ulike typer demenssykdommer, symptomer, diagnostikk og utredning. Bøkene omhandler også miljøterapi, og legger ellers vekt på personsentrert tilnærming i demensomsorgen. Vi anser disse bøkene som relevante for vår oppgave da de gir oss faktakunnskap og informasjon om vårt tema. Begge disse bøkene har blitt mye referert i annen litteratur, og derfor ser vi på dem som gode og troverdige kilder.

Vi har brukt boken ”Mellommenneskelige forhold i sykepleie” (Travelbee, 2001) for å ta i bruk Travelbees sykepleieteori. Dette er en selvvalgt litteratur som bygger på det mellommenneskelige forhold i sykepleie, noe vi mener er svært viktig i møte med personer med demens. Vi ser på boken som troverdig fordi boken er skrevet av Travelbee selv, men oversatt av Kari Marie Thorbjørnsen. På denne måten får vi Travelbees teori slik hun presenterer den, fremfor en tolkning av en annen forfatter i andre bøker. Dette kalles primærkilde. En sekundærkilde er kilder som bygger på primærkilden (Dalland, 2012).

Studiehefter fra Demensomsorgens ABC er også en av vår selvvalgte litteratur som tar for seg faktakunnskap om demens, og hvordan man møter personer med demens og deres pårørende. Det finnes tre studiehefter der vi har valgt å benytte oss av Demensomsorgens ABC Perm 2, og Demensomsorgens ABC- Miljøbehandling. Studieheftene er utviklet til å brukes i bedrifter for intern opplæring, og er en del av kompetanseutviklingen av Demensplanen 2015. Disse permene er veldig nyttige for oss fordi den ene omhandler miljøbehandling, og den andre ulike aktiviteter som kan brukes i forbindelse med personer med demens.

Vi har også benyttet oss av boken til Berg (2002) som omhandler bruken av mat og måltider som utredning og behandling ved demens sykdom. Denne boken er viktig fordi den tar for seg en av miljøfaktorene vi har benyttet oss av.

Annen litteratur har også blitt benyttet i oppgaven, men vi velger og ikke gå dypere inn i disse da vi ikke har brukt dem like mye.

2.3.2 Artikler

For å finne relevante forskningsartikler har vi benyttet oss av de ulike databasene som tilhører Høgskolenes bibliotek. Vi har satt av flere dager til å finne forskning, men har også forsøkt å finne gode artikler gjennom hele perioden. Databasene vi valgte å søke i var SveMed+, Cinahl, Oria, Helsebiblioteket, Bibsys og EBSCOHost. Vi benyttet oss også av Google Scholar for å finne artikler i fulltekst. Alle disse databasene inneholder forskningsartikler innenfor helse, sykepleie og medisin, og derfor anser vi de som relevante søkesider.

Vi har brukt MeSH-termer på både norsk og engelsk. Vi brukte MeSH-termer som demens, musikk, miljøterapi/miljøbehandling, dyr, livskvalitet, måltider og aktivitet på norsk. De engelske MeSH-termene vi brukte var dementia, quality of life, activities, dining, therapy, animal assisted therapy, garden activities og nursing homes. For å finne best mulig treff i de ulike databasene har vi valgt å kombinere flere søkeord. Vi velger å legge ved to vedlegg hvor det ene er et PICO-skjema, mens det andre er en tabell som viser hvordan vi har gått frem for å finne forskningsartiklene.

Vi har valgt å bruke åtte forskningsartikler som vi mener passer til vår problemstilling. Vi har studert artiklene og funnet ut at syv av våre forskningsartikler har en kvalitativ metode, mens en har en kvantitativ metode. En kvalitativ metode lar seg ikke tallfeste eller måle, men tar heller sikte på å fange opp mening og opplevelse. På den annen side vil en kvantitativ metode legge vekt på data i form av målbare enheter, der tallene gjør at vi kan foreta regneoperasjoner (Dalland, 2012). Under vil vi presentere hver forskningsartikkel, men utdyper funnene mer i kapittelet "Funn fra litteratur og forskning".

"Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet" er en kvantitativ studie som er gjennomført i Norge ved bruk av spørreskjemaer og strukturerte intervjuer blant personer med demens. Til sammen var det 89 pasienter som deltok i undersøkelsen da noen falt av underveis. Artikkelen er fagfellevurdert og skrevet av en sykepleier med mastergrad (Haugland, 2012).

"Gardening activities for nursing home residents with dementia" er en kvalitativ studie som er gjennomført på åtte sykehjem i Sverige. Perioden for undersøkelsen ble utført i parkmiljøet i løpet av en sommer på seks uker med nøye observasjon. Studien er utført av de ansatte og fagfolk fra et utviklingscenter for eldreomsorg (Thelander, Wahlin, Olofsson, Heikkilä & Sonde, 2008).

"Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life" er en kvalitativ studie utført i Sverige hvor 1266 personer fra 156 omsorgssentre deltok i hverdagsaktiviteter. Studien er utført av fagpersoner innen fagfeltet (Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist & Sandman, 2014)

"Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia" er en kvalitativ studie fra Taiwan som ble utført på eldre mennesker på sykehjem

som lider av demens. 100 av 104 pasienter deltok i undersøkelsen tilknyttet musikkterapi. Studien ble gjennomført av personer med sykepleieutdanning, der de i løpet av tolv økter observerte effekten av musikk og sang (Lin et al., 2011).

”The Evaluation of an Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care” er en kvalitativ studie utført i USA på et omsorgssenter. Fire eldre med demens sykdom og utagerende atferd deltok i undersøkelsen om dyreterapi og ble evaluert. En hund ble tatt i bruk under intervensjonene. Studien er gjennomført av en med doktorgrad innenfor medisin (Sellers, 2008).

”Pet therapy in elderly patients with mental illness” er en kvalitativ studie som er gjennomført i Italia på et sykehjem for personer med psykiske lidelser. Til sammen var det 21 pasienter som deltok av 25 mulige. Intervensjonen varte i seks uker der dyr ble medbragt til sykehjemmet. Alle forfatterne har fagkompetanse innenfor helseomsorgen (Moretti et al., 2011).

”Animal-assisted intervention in dementia: effects on quality of life” er en kvalitativ studie utført i Sverige på fire sykehjem for personer med demens. Det var 20 pasienter som deltok, men kun ni som fullførte studien. Det ble gjennomført 10 treningsøkter ved bruk av en terapihund. Begge forfatterne har doktorgrad innenfor medisin (Nordgren & Engström, 2013).

”Exploring the mealtime experience in residential care setting for older people: an observational study” er en kvalitativ studie fra Storbritannia som er utført på et sykehjem for eldre med ulik grad av demens. Fire sykehjem var med i studien hvor til sammen 68 pasienter deltok. Pasientene ble observert under måltider gjennom hverdagen over perioder på 20- 60 minutter. Forfatterne har kompetanse innenfor fagfeltet (Barnes, Wasielewska, Raiswell & Drummond, 2013).

2.4 Etiske overveielser

I vår oppgave har vi vært nøye med kildehenvisninger for at dette skal blir gjort på riktig måte. Vi har brukt APA-standard som er Høgskolens retningslinjer for kildehenvisning. Det er viktig å henvise riktig slik at forfatterne som står bak bøkene, forskningsartiklene og de andre kildene får den oppmerksomheten de fortjener.

I og med at vi trekker inn egne erfaringer fra praksis velger vi å anonymisere disse i oppgaven. Anonymisering betyr at vi ikke bruker personlige opplysninger om pasientene slik at de ikke gjenkjennes (Dalland, 2012).

3.0 Teori

I dette kapitlet vil vi presentere demens sykdom og symptomer som opptrer

3.1 Demens

Demens kommer av det latinske ordet de (uten) og mens (sjel, sans, forstand), som betyr ”uten sjel” og ”uten forstand”. Denne definisjonen kan virke noe nedverdiggende og det legges derfor vekt på at man sier ”personer med demens” fremfor ”den demente”. Sykdommen utvikler seg individuelt og kan hos noen ha et raskt forløp, mens hos andre kan sykdommen utvikle seg over flere tiår (Rokstad & Smebye, 2008). Sykdommen er også en progredierende sykdom, som betyr at den vil forverre seg over tid. Til slutt vil pasienten bli pleietrengende og ha behov for å opprettholde de grunnleggende behov. Dette er behov som vi vil trenger hjelp til, som blant annet hygiene, søvn, mat og drikke, men også sosial kontakt og anerkjennelse (Sosial – og helsedirektoratet, 2007; Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

Demens er en ervervet og langvarig tilstand som først og fremst opptrer hos eldre mennesker. Sykdommen er en fellesbetegnelse på flere lignende tilstander som fører til tap av nerveceller og kognitive funksjoner (Rokstad & Smebye, 2008). Demens kan deles inn i tre ulike grader; mild, moderat og alvorlig grad. Mild grad av demens er en fase hvor personen selv kan merke at han glemmer dagligdagse avtaler og gjøremål. Disse pasientene kan ofte klare seg i hjemmet, men har behov for tilrettelegging i hverdagen. Moderat grad av demens er fasen hvor personen stadig mister taket på tilværelsen, og det oppstår enda flere vansker med dagligdagse gjøremål. Kommunikasjonsproblemer er heller ikke uvanlig, samt at tap av flere funksjoner kan føre til angst, fortvilelse og sinne. Ved alvorlig grad av demens vil personen ha mistet store deler av hukommelsen, og har problemer med orientering. Personen husker lite fra tidligere og blir i denne fasen avhengig av hjelp (Kirkevold, Brodtkorb, & Ranhoff, 2008).

3.2 Symptomer ved demens

Symptomer som oppstår ved demens sykdom deles inn i kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Ulike demenslidelser og ulike trinn i utviklingen av demensforløpet vil gi symptomer i ulik grad og form (Rokstad & Smebye, 2008).

3.2.1 Kognitive symptomer

De kognitive symptomene kjennetegnes ved redusert oppmerksomhet, problemer med hukommelse, læring og språk, samt svikt i andre funksjoner. For å fange opp stimuli fra omgivelsene kreves evne til oppmerksomhet. Dersom oppmerksomheten er svekket påvirkes også hukommelse og problemløsning. Hos personer med demens er oppmerksomheten redusert slik at pasienten har vansker med å skille mellom viktig og mindre viktig informasjon. Dette vil også påvirke oppfatningen av stimuli fra omgivelsene rundt pasienten (Rokstad & Smebye, 2008).

Det første symptomet som ses ved begynnende demens er hukommelsesproblemer. Hukommelse er viktig for læring og for å bruke det som allerede er innlært. Hukommelsen kan deles inn i korttidshukommelse og langtidshukommelse hvor den førstnevnte har en varighet på noen sekunder eller minutter, mens langtidshukommelse har en varighet på minutter, dager og år. Langtidshukommelse deles inn i episodisk, semantisk og prosedural hukommelse. Konkrete hendelser fra fortiden og andre personlige opplevelser tilhører den episodiske hukommelsen. Generell informasjon og evnen til å huske faktakunnskaper går under semantisk hukommelse, mens handlinger som er automatisert og overlært tilhører prosedural hukommelse. Gjenkalling og gjenkjenning er også to sider som går under langtidshukommelse. Gjenkalling går ut på å hente informasjon uten hjelp fra omgivelsene, mens gjenkjenning går ut på å bruke detaljer i omgivelsene som ledetråd (Engerdal & Haugen, 2004).

Et vanlig problem som oppstår ved sykdommen er språkvansker, som deles inn i motorisk, sensorisk og anomisk afasi. Ved motorisk afasi oppstår det svikt i språkproduksjonen og pasienten får en langsom, usikker og avbrutt tale, mens ved sensorisk afasi vil forståelsen for andres tale være redusert. Anomisk afasi innebærer at pasienten sliter med å huske ord, spesielt substantiver og bruker derfor omformuleringer. Talen er allikevel flytende (Rokstad & Smebye, 2008).

Handlingssvikt oppstår ofte hos personer med demens. Dette vil si svikt i praktiske ferdigheter fordi sykdommen fører til vansker i blant annet sansing, planlegging og handling. Et eksempel er apraksi som er en sviktet evne til å utføre praktiske handlinger, som å stelle seg. Pasienten kan allikevel ha full forståelse og førlighet, men det blir for mye å håndtere i

praksis. I tillegg kan pasientene ha vansker med gjenkjenning eller identifisering av objekter som gjør at de kan brukes på feil måte (Rokstad & Smebye, 2008).

3.2.2 Atferdsmessige symptomer

Endringer i atferdsmønsteret og i følelsesmessige reaksjoner oppstår hos de fleste personer med demens. Den hyppigste formen er depresjon og tilbaketrekking. Depresjon kan oppstå når pasienten føler svikt i mestrings- og tapsopplevelse. Biologiske grunner som endringer i hjernens signalstoffer kan også føre til dette (Rokstad & Smebye, 2008). Depresjon er en sinnstilstand hvor man føler seg nedstemt, sliten, har negative tanker om seg selv og fremtiden (Martinsen, 2011).

Angst er også hyppig ved demens da pasienten opplever usikkerhet, og har vansker med å holde oversikt over egen situasjon. Manglende forståelse for hva som skjer i omgivelsene kan også føre til dette. Angst er en følelse av at noe ubehagelig skal skje fordi tankene preges av bekymringer og katastrofetenkning. Reaksjoner som frykt, panikk, engstelse og uro kan oppstå (Martinsen, 2011).

Vrangforestillinger, hallusinasjoner og feiltolkninger forekommer hos mange personer med demens (Rokstad & Smebye, 2008). Andre symptomer er hyppige atferdsendringer som interesseløshet, passivitet og apati. Dette gjør at pasienten mister interessen for hobbyaktiviteter og blir mer stillesittende. Hos andre kan det derimot oppstå økt motorisk aktivitet og rastløshet som gir økt trang til aktivitet. Et annet symptom som også er utfordrende for omgivelsene er irritabilitet og aggressivitet (Engerdal & Haugen, 2004).

3.2.3 Motoriske symptomer

I løpet av sykdomsforløpet forekommer det problemer i muskelstyringen. Mange kan ha problemer med å koordinere bevegelser, som kan føre til balansesvikt, svikt i å beregne avstander og samordne muskulaturen slik at man får hensiktsmessige bevegelser. Motoriske symptomer utvikles sent i sykdomsforløpet (Engerdal & Haugen, 2004).

4.0. Forhold for det gode liv for personer med demens

Dette kapittelet vil ta for seg forhold som livskvalitet, boforhold, kommunikasjon og relasjon og miljøterapi.

4.1 Livskvalitet

Begrepet livskvalitet ble først tatt i bruk i 1950-årene. Det finnes flere faggrupper som har benyttet seg av begrepet og definerte det fra sitt faglige ståsted, og derfor finnes det mange ulike definisjoner. En ting var de alle enige om, og det er at livskvalitet omhandler det enkelte menneskets opplevelse av å ha det godt eller vondt. Livskvalitet er et subjektivt begrep, som vil si at det bygger på en personlig opplevelse. Derfor er det viktig å ta utgangspunkt i hver og ens egen opplevelse av situasjonen når man skal vurdere livskvalitet hos den enkelte (Rustøen, 2001).

Mange av definisjonene tar også for seg enkelte områder eller nivåer som står sentralt i begrepet livskvalitet. For eksempel er det fysiske og det psykiske området viktig. Disse to omhandler blant annet aktivitetsnivå, sensoriske funksjoner, følelser, grunnleggende behov, læring, energi og interesse. Et annet område er det psykologiske og åndelige der selvbilde, mestring, lykke, selvfølelse, måloppnåelse og trygghet er noen av faktorene. Det sosiale området regnes også med, og omhandler forhold som blant annet venner, familie, fellesskap og tilhørighet. Det siste området er omgivelser og levekårsindikatorer, hvor blant annet frihet, fritidsaktiviteter, boforhold, jobb og inntekt hører til (Rustøen, 2001). Begrepet har altså en sammenheng med personens følelse av tilfredshet med livet i form av fysisk komfort, følelsesmessig velvære og mellommenneskelige forbindelser (Sellers, 2008).

Når det gjelder personer med demens og livskvalitet, så er dette et omdiskutert og komplisert tema. Professor Knut Engedal sier at begrepet er vanskelig å bruke hos pasienter som har en stor funksjonssvikt. Han mener at det er tre faktorer som må prioriteres høyt når man snakker om livskvalitet hos personer med demens. Disse tre faktorene er øyeblikkets gleder, trivsel og velvære. Evnen til å utføre sykepleieoppgaver og pårørendes rolle er også en viktig faktor i deres livskvalitet. I tillegg er det viktig å bruke miljøtiltak som tar vare på pasientens verdighet, interesser og identitet, samt behovet for samvær og aktivitet. Dette øker trivselen, og ses på av noen som livskvalitet. Professor Harald A. Nygaard mener at det er fire grunnleggende elementer sykepleierne må ivareta for å fremme et godt liv hos personer med demens. Disse fire elementene er fellesskap, selvfølelse, bekreftelse og fortrolighet. Lena

Annerstedt, en svensk psykiater har undersøkt om det sosiale og fysiske miljøet har en sammenheng med pasientenes trivsel og mestring av tilværelse. Hun påpeker at det er viktig å være aktiv med hverdagslige og kjente sysler, der trygghet hos den enkelte pasienten er en forutsetning. En trygghet kan gjøre så pasienten motiveres og deltar aktiv som et sosialt individ (Berg, 2007).

4.2 Skjermet enhet

De første skjermede enhetene ble etablert i Norge i midten av 1980-årene og er i dag vanlig i de fleste institusjoner (Rokstad & Smebye, 2008). Skjermede enheter er tilrettelagte boforhold for personer med demens og skal styrke pasientens mulighet til orientering, og til å kunne bevege seg fritt uten å gå seg bort (Kirkevold, Brotkorb, & Ranhoff, 2008). Når man tilrettelegger miljøet må man tenke på best mulig mestring til tross for nedsatt kognitiv funksjon. Noen rammebetingelser er en liten bogruppe på 6-8 personer, samt et stabilt personal som har nødvendig kunnskap og kompetanse (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). Hver beboer skal ha eget rom, mens kjøkken og fellesareal skal brukes av alle til deltagelse i dagligdags aktiviteter. Et tilrettelagt boforhold kan bidra til økt livskvalitet ved at det kompenserer for økt sansetap og skrøpeligheit (Rokstad & Smebye, 2008). Sosial- og helsedirektoratet mener at det også bør være et uteareal ved sykehjem og bofellesskap som er tilpasset brukerne slik at det gir trygghet, hvile og aktiviteter i hverdagen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

For personer med demens er bomiljøet en avgjørende faktor for trivselen. Det fysiske miljøet som består av rammene omkring oss, som romstørrelse, vinduer, lys og luft skal være tilrettelagt slik at det blir lettere å orientere seg. Interiøret i avdelingen som eldre møbler, bilder og kjente dekorasjoner har også stor betydning. Dette kan bidra til et hjemlig miljø og gi pasienten følelsen av tilhørighet og gjenkjennelse. Det bør også være gode og oversiktlige avdelinger slik at pasientene finner frem, samt store vinduer som gir belysning og en mulighet til å følge med på hva som skjer ute. En annen viktig faktor er skilting og symboler i avdelingen, som pasientens rom og WC. Dette vil gjøre det lettere å finne frem (Holthe & Berentsen, 2009). Et langt gangareal inne på avdelingen kan også gi mulighet for aktivitet innendørs (Sosial og helsedirektoratet, 2007).

Personer med demens har og vil i fremtiden ha behov for et tilrettelagt botilbud, og ettersom sykdommen øker vil det også være behov for nye sykehjemsplasser (Engerdal & Haugen, 2004). Stortingsmelding nr. 25 *”Mestring, muligheter og mening- Framtidas omsorgsutfordringer”* har en plan for å styrke demensomsorgen. Denne planen heter Demensplanen og går ut på investeringer til nye sykehjem og omsorgsboliger som kan tilpasses hvert enkelt individ, og et dagaktivitetstilbud for personer med demens. Planen skal også sørge for et stabilt personal med nødvendig kunnskap og kompetanse. Demensplanen kalles *”Den gode dagen”* fordi den skal bidra til en bedre hverdag for pasienten i form av trygghet og livskvalitet, samtidig som den skal hjelpe til med fremtidige omsorgsutfordringer innenfor demensomsorgen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

4.3 Kommunikasjon og relasjon

Et godt kjennskap til pasientenes livshistorie og bakgrunn vil være viktig for å skape et støttende miljø. For å oppnå dette må vi som sykepleiere benytte oss av ”jeg-du-tilnærmingen”, som går ut på å la personen bak sykdommen og symptomene tre frem. Dette betyr ikke at vi skal se bort fra sykdommen, men at man skal utvide perspektivet og fokusere på helhetlig omsorg. Denne tilnæringsmåten gjør at vi er opptatt av at pasienten bruker gjenværende ressurser, samt at vi kompenserer for pasientens sviktende evner (Rokstad & Smebye, 2008).

Gode holdninger, respekt, vilje til å komme pasienten i møte, god tid og god kommunikasjon er sentrale faktorer i demensomsorgen, men også viktig kvaliteter for et godt miljø (Wogn-Henriksen, 2007). For å oppnå best mulig utbytte av miljøterapien vil god relasjon være en forutsetning, samt at et nært forhold og en god allianse bidrar til et godt resultat (Haugen, 2007). Relasjon kan forklares som at en gjenstand står i forbindelse med en annen, altså et forhold eller kontakt med et annet menneske (Eide & Eide, 2007). For å kunne bygge opp, utvikle og opprettholde denne relasjonen må også god kommunikasjon være til stedet. Kommunikasjon betyr å ha forbindelse med eller gjøre noe felles. Dette vil si at kommunikasjon skjer via meningsfulle tegn eller uttrykk mellom to eller flere parter, som gjennom ord og språk, eller kroppsspråk, blikk og gester. Dette kalles verbal og non-verbal kommunikasjon. Gjennom kommunikasjon påvirker vi mennesker hverandre, samt at det etablerer menneske-til-menneske-forholdet. Flere definisjoner av livskvalitet ser også på

kommunikasjon som et viktig redskap for et godt liv (Rokstad & Smebye, 2008; Eide & Eide, 2007).

Som sykepleiere er det viktig å ha denne kunnskapen, da vi må ha evnen og viljen til å forstå signaler fra pasientene (Wogn- Henriksen, 2007). I samtaler med personer med demens kan det oppstå utfordringer, da denne pasientgruppen har redusert evne til å forstå og gjøre seg forstått (Rokstad & Smebye, 2008). I den sammenheng er det viktig med kunnskap og kompetanse om hvordan kommunikasjonen skal benyttes, og hvordan en god relasjon kan bygges opp. Først og fremst vil prioritering av tid være viktig. I samtale med pasientene vil korte og konkrete setninger, hvor ord og uttrykk kommer tydelig frem gjøre innholdet mer helhetlig og forståelig. I tillegg vil øye- og kroppskontakt være viktig da dette fanger oppmerksomhet, og gjør situasjonen trygg og god. Det er også nødvendig å nevne at den vesentlige oppgaven vil være å lytte da dette er det grunnleggende i all kommunikasjon. Samtidig vil det å vise interesse og oppmerksomhet gi en følelse av at man er til stedet og har tid til pasienten (Haugen, 2007; Rokstad & Smebye, 2008).

4.4 Miljøterapi

Miljøterapi er et begrep som først og fremst dreier seg om hvordan fysiske, psykiske og sosiale forhold kan tilrettelegges for at personer skal oppnå trivsel, mestring og personlig vekst i hverdagen. På denne måten kan miljøet brukes aktivt, og er nyttig for å fremme pasientens mestringsevne. Miljøterapi brukes ofte i sammenheng med skjermede enheter på sykehjem og er en form for ikke- medikamentell behandling (Wogn- Henriksen, 2007).

Miljøterapi skjer i miljøet hvor personen befinner seg. Målet med behandlingen er å redusere negative hendelser som skjer under demensutviklingen, slik at pasienten får en bedre hverdag. Miljøterapi blir ofte tatt i bruk ved blant annet måltider, stell og påkledning, eller andre aktiviteter som er skreddersydd for den enkelte. Slike situasjoner kan virke gjenkjennbare og vil kunne gi mestringfølelse, selvtillit, samt styrke pasientens ressurser, funksjoner og livskvalitet (Engeland & Haugen, 2004).

En viktig del av miljøterapien er personsentrert omsorg. Det vil si at aktiviteten bør være tilpasset slik at pasienten kan fungere i hverdagen. Hovedfokuset i personsentrert omsorg er å ha pasienten i sentrum hvor man legger vekt på den han var før han fikk diagnosen.

Pasientens egne følelser, ønsker, rettigheter og livshistorie er viktig. Det er viktig at omsorgen og tiltakene tar utgangspunkt i pasientens personverd. Målet med dette er å sørge for at pasienten ikke kommer i situasjoner hvor han føler seg fortvilet (Mjørud & Røsvik, 2012).

5.0 Funn fra litteratur og forskning

I dette kapittelet vil vi presenter funn fra litteratur og forskning som tar for seg miljøterapeutiske tiltak.

5.1 Musikk

Musikkterapi er en terapiform som brukes aktivt for å gi mennesker nye handlingsmuligheter. Hos personer med demens brukes musikken for å oppnå motivasjon, opplevelse av mestring, trygghet, økt selvbildet, sosial deltagelse, oppmerksomhet, økt egeninnsats og ikke minst bedre livskvalitet. I og med at musikken er non-verbal er den et godt redskap i arbeid med personer som har en kognitiv svikt, fordi musikken trenger inn der ord ikke strekker til. Musikkens non-verbale kommunikasjon kan også brukes til å vekke hukommelse, fremme humor, samt non-verbale og verbale uttrykk (Sløgedal, 2009; Larsen, 2012).

Når man bruker musikkterapi er det viktig å vite at det ikke kun er musikken som har den største betydningen, men de prosessene musikken utløser. Musikk øker blant annet personlig vekst, og kan bidra til bedring av selvfølelse, økt initiativ og opplevelse av mestring. I tillegg kan musikken brukes til å øke aktivitetsnivået hos passive pasienter med lav selvfølelse, og redusere uro og vandring hos pasienter med økt aktivitetsnivå (Sløgedal, 2009). De fleste demenssykdommer rammer fysiske funksjoner, som blant annet motorisk treget. Musikken kan dermed ha en positiv virkning da musikk og rytme inspirerer til bevegelse. I tillegg gir det muligheter til å skape relasjoner og åpner for dialog. Gruppesang kan fremme fellesskap og gi en bekreftelse på tilhørighet med andre som deltar. Musikk har en struktur, melodi og rytme som hjelper personer til å holde på konsentrasjonen over tid, og kan på denne måten fange oppmerksomheten og holde på den. Det er også viktig å nevne at musikken må være tilegnet hver enkelt, samt at tempo og toneleiet på musikken må være tilpasset personene. Det er også viktig å ta i betraktning at sanger vekker gode, men også dårlige minner (Larsen, 2012).

En forskningsartikkel gjennomført av Lin et al., (2011) tar for seg musikkterapi som en effektiv form for behandling av urolig atferd hos personer med demens. Studien viser at ikke-medikamentell behandling har blitt et større fokus den siste tiden, og at musikk er hyppig anbefalt da det bidrar til redusert atferd. Musikkterapi, spesielt i gruppe viser en reduksjon av generell agitert atferd, men også fysisk og verbal aggressiv atferd. Musikk kan bidra til ro og avslapping hos pasientene, samt at musikk i gruppe kan gi en sosial opplevelse. Benyttelse av

musikk som terapeutisk behandling viser seg altså å være god med tanke på redusert agitert atferd og økt livskvalitet.

5.2 Aktiviteter

Med aktiviteter menes alt vi gjør i våken tilstand, som for eksempel å lage mat, stelle oss, vaske og strikke. Vår personlighet og hvem vi er som mennesker preges av våre handlinger og det vi gjør, men det å bli syk og ikke kunne utføre aktiviteter som tidligere var enkelt for oss kan derfor være utfordrende (Holthe, 2009).

For de fleste av oss mennesker er det naturlig å være i aktivitet, og like viktig er det for personer med demens da mange fortsatt har muligheter til dette ved hjelp av organisering og strukturering. Sykdommen vil allikevel være et hinder for pasientens mulighet til deltagelse, derfor er det viktig at sykepleieren tilpasser aktiviteten for å bruke pasientens gjenværende ressurser. Gode observasjoner vil gi grunnlaget for valg av aktivitet i forhold til pasientens funksjoner, interesser og mentale og fysiske utholdenhet. Dette er viktig for å forebygge manglende opplevelse av mestring og passivitet, da det kan true selvbilde og gi en følelse av utilstrekkelighet. I tillegg vil aktivitet stimulerer våre sanser og holde kropp og sinn i funksjon. Dette kan dermed gi en følelse av mestring og selvtillit som kan føre til økt livskvalitet. Vi mennesker er også sosiale vesener, der aktivitet kan bidra til fellesskap (Rokstad & Smebye, 2014; Holthe, 2009).

Forskningsartikkelen “Gardening activities for nursing home residents with dementia” tar for seg at ulike aktiviteter i parkmiljøet kan brukes som et mål for å opprettholde funksjoner hos personer med demens. I demensomsorgen brukes i hovedsak innendørs rehabilitering, men det ytre miljøet kan imidlertid være et godt miljø til behandling, rehabilitering og økt livskvalitet. Studien viser at aktivitet i et parkmiljø kan brukes som behandling for å beholde, eller forbedre funksjonsevnen. Parken gir også en mulighet for å prøve ulike aktiviteter som passer for personer med ulik grad av demens og deres fysiske evner. Aktivitet i et utemiljø er egnet i omsorgen for personer med demens, men bør ses på som en individuell behandling (Thelander et al., 2008).

Edvardsson et al., (2013) har utført en studie som sier at involvering av pasienter i dagligdagse rutineoppgaver som kaffelaging, dekking av og på bordet, rydding, oppvask og vanning av blomster kan fremme trivsel og livskvalitet hos personer med demens. Dette gir

pasientene en meningsfylt hverdag, bekrefter dem som dyktige og verdifulle mennesker og er med på å fremme selvtillit. Involvering av pasienter i slike aktiviteter krever også at pasienten har hatt en interesse for aktiviteten tidligere, og at den er tilpasset den enkeltes funksjonsnivå.

Artikkelen ”Meningsfulle aktiviteter på sykehjem” tar utgangspunkt i å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjemsbeboere har interesse av å delta i, samt hva de ansatte tror beboerne har interesse for. I studien ble aktiviteter som konserter, dans, sang, bingo, håndarbeid, høytlesing, hagearbeid og turgåing inkludert. Studien viser at det var svært mange som ønsket å delta i fellesaktiviteter og gruppeaktiviteter da det viste seg å ha positiv innvirkning på både glede og gode opplevelser. Generelt viser studien at beboerne selv var svært opptatte av å delta i aktiviteter der de selv var aktive, mens de ansatte trodde at beboerne ønsket å delta i aktiviteter der de ble underholdt (Haugland, 2012).

5.3 Dyreassistert terapi

En annen form for miljøterapi er bruken av kjæledyr. Dette viser seg å ha en positiv effekt på personer med demens. Kjæledyr vekker omsorg, samt at det gir en opplevelse av varme og nærhet, og utgjør en kjent og trygg faktor. I tillegg kan dyr skape interesse og engasjement, men også gi en uforpliktende og trygg relasjon (Rokstad & Smebye, 2008).

Dyr har en utrolig effekt på mennesker, og i løpet av historien har mange ulike typer husdyr spilt en viktig terapeutisk og støttende rolle. Gjennom historien har dyrene blitt observert til å forbedre motivasjon, selvkontroll og ansvar, samt en rekke andre psykiske og fysiske fordeler. Det å eie et kjæledyr fører til redusert ensomhet og økt fysiologisk og psykologisk helse, som reduksjon av det sympatiske nervesystemet, men også depresjon og angst. Mennesker har en spesiell form for relasjon med dyr, som sjeldent kan bli funnet med andre mennesker. Den positive reaksjonen som oppstår under menneske-dyr-kontakten har blitt lagt merke til av det medisinske feltet, og hundeterapi er noe som ofte blir brukt. For enkelte pasienter kan en terapihund tilby riktig mengde underholdning, humør og distraksjon, som kan resultere i at pasienter jobber hardere og over lenger tid. Dyr er altså ikke bare til for å oppnå en positiv livsstilsendring, men kan lindre stress, øke selvtillit og har en positiv effekt på blodtrykket (Pichot, 2012).

Studien til Sellers (2008) tar for seg bruken av dyreassistert terapi som en terapeutisk intervensjon hos personer med demensrelatert atferd. Studien viser at dyreassistert terapi kan brukes som en intervensjon for å redusere agitert atferd, samtidig som den kan øke den sosiale atferden og livskvaliteten. Dyreassistert terapi kan derfor være en effektiv måte å forbedre livskvalitet hos eldre, og kan brukes for å redusere utfordringen med agitert atferd. Det er også viktig å nevne at dyreassistert terapi bør benyttes hos personer som har en positiv livshistorie med dyr.

Forskningsartikkelen "Pet therapy in elderly patients with mental illness" evaluerer effekten av kjæledyrterapi på eldre pasienter som er berørt av ulike psykiske lidelser. Studien viser at kjæledyrterapi spiller en viktig rolle i den psykologiske, pedagogiske og fysiske rehabiliteringen, og har som mål å bedre trivsel og livskvalitet hos pasientene. Funnene i denne studien viser blant annet at kjæledyrterapi forbedret depressive symptomer hos beboere i et langsiktig omsorgssenter med 50 %. Studien viste i tillegg en klinisk relevant, men marginal signifikant effekt på kognitiv funksjon. Kjæledyrterapi ga også en gjennomsnittlig økning i MMS- scoren, samt som selvopplevd livskvalitet ble kraftig forbedret (Moretti et al., 2011).

Studien som er gjennomført av Nordgren og Engström (2013) tar for seg dyreassistert intervensjon som en form for ikke farmasøytisk behandling. Målet med studien var å evaluere effekten av dyreassistert intervensjon på livskvalitet hos personer med demens i sykehjem. Dyreassistert interaksjon er en intervensjon mellom pasient og et trent dyr, oftest hunder. Funnene i studien viser en økning i livskvaliteten hos pasientene. Pasientene opplevde også glede og trivsel under, og enkelte ganger etter besøket fra hundene, samtidig som møtene med dyret fikk frem mange minner. Dette indikerer at det er effekter av dyreassistert intervensjon som kan fremme livskvalitet, men også være en effektiv metode for å redusere stress og øke trivsel for personer med demens.

5.4 Måltid

Mat og måltider er en viktig del av hverdagen både hos friske og syke mennesker. Et godt inntak av mat og drikke er nødvendig fordi det er med på å opprettholde helsen og funksjonsevnen. For personer med demens er måltider en viktig del av innholdet i hverdagen fordi det handler om mer enn mat. Måltidene i miljøterapien tar for seg seks viktige mål.

Disse er gjenkalling og gjenkjenning, økt mestringsfølelse, orientering av tid og sted, stimulering av sanser som lukt, syn og smak, samt trivsel og trygghet. I tillegg kan måltider brukes som en vurdering av pasientens funksjonsevne (Berg, 2009; Berg, 2002).

Det er viktig å ta utgangspunkt i noe som er kjent når det planlegges aktiviteter for personer med demens. Dette bør være aktiviteter som er gjenkjennelig for pasienten, eller som han har utført tidligere. Det å spise er noe av det første vi lærer som barn, samt at måltider er en aktivitet som gjentar seg flere ganger i løpet av et døgn. Derfor er evnen til å innta mat en ferdighet som mange fortsatt har i handlingshukommelsen, og det vil være viktig å bruke måltider som en aktivitet i miljøterapien både for vedlikehold, men også for mestring (Berg, 2009).

En studie gjennomført av Barnes et al., (2013) tar for seg hvordan man kan bruke observasjon som en metode for å se den enkelte pasients måltidsopplevelse. Studien ble gjennomført ved å ta i bruk to forskjellige serveringsmåter. Den ene gikk ut på at maten allerede var lagt opp før den blir servert, mens den andre måten var ”familie-stilen” der maten ble plassert midt på bordet, og pasientene kunne forsyne seg selv. Studien viser at den førstnevnte metoden er effektiv og praktisk, men at pasientene ble mer tilbaketrukne, avhengige og lite deltagende. Derimot ble det observert at ”familie-stilen” bidro til deltagelse hvor pasientene inkluderte hverandre under samtaler, ryddet og hjalp til i fellesskapet. Studien konkluderer med at gode matopplevelser kan bidra til bedre velvære og helse, og påvirke livskvaliteten.

6.0 Sykepleie og sykepleieteori

6.1 Sykepleierens roller og funksjoner

Henderson (1998) sier at god sykepleie innebærer å hjelpe det friske eller syke mennesket til å utføre de handlinger som vil bidra til å gjenvinne helse, som pasienten ellers ville utført om han var frisk, og hadde vilje, styrke og kunnskap til det.

Vår rolle og funksjon innenfor sykepleien går altså ut på å pleie mennesker som trenger en eller annen form for hjelp. Dette kan enten skyldes skade eller en sykdom, eller at pasienten er i en spesielt utsatt eller belastende livssituasjon. Hos pasienten begynner det å oppstå, eller det har allerede oppstått svikt i ivaretagelsen av grunnleggende behov. Sykepleierens oppgave vil derfor være å vurdere hver enkelt pasients behov for sykepleie, og hvordan man kan møte den syke (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Som sykepleiere har vi ulike mål der omsorg, helse, livskvalitet og mestring står sentralt. For å hjelpe pasienten med disse målene må vi ha fagkunnskaper og praktiske kunnskaper. Vi må blant annet ha fagkunnskaper om menneskets grunnleggende behov, samt symptomer og diagnoser. I tillegg må vi ha kunnskaper om pasientens opplevelse av sykdommen, der vi setter oss inn i vedkomnes situasjon. Empati kreves altså i sykepleien for at vi skal kunne forstå hvordan pasienten har det. Ikke minst må vi også respektere og vise interesse for pasienten som en person. Pasienten skal derfor møtes som en hel person med sin særegne livshistorie, fremfor et sykt menneske uten identitet.

Den praktiske kompetansen vil hos sykepleieren ses gjennom et godt håndlag, våre handlinger, vår væremåte, samt gjennom vår omsorg og oppmerksomhet for pasienten. Sykepleieobservasjoner vil allikevel være den viktigste praktiske kunnskapen vi gjør. Her er det viktig at vi bruker våre sanser og oppmerksomhet bevisst. I møte med den enkelte pasient må vi altså ha evnen til å observere, lytte, se og kjenne. I tillegg må vi forholde oss til tre grunnleggende verdier som nestekjærlighet, omsorg og barmhjertighet. Like viktig vil det være å vise respekt for pasienters verdighet og integritet (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011)

Det er også grunnleggende at vi som sykepleiere yter individuell sykepleie hvor den enkeltes behov, mål, verdier og ønsker står sentralt. Dette forutsetter en anerkjent relasjon mellom sykepleier og pasient, og et forhold som bygger på samarbeid, likeverdighet og gjensidig avhengighet. En god relasjon vil kunne skape forutsigbarhet og trygghet, men også ivareta

pasientens integritet. Videre vil det være viktig å la pasienter ta beslutninger og videreføre livet i den grad de ønsker det, der vi som sykepleiere legger til rette for den enkelte slik at de klarer seg selv mest mulig. En annen viktig del av vårt arbeid vil være tilrettelegging av miljø og livssituasjon (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). Tilrettelegging av miljø og omgivelser rundt pasienten har en tilknytning med å fremme pasienters verdighet. Institusjonens struktur og organisering spiller også en rolle, samtidig er vi som sykepleiere en like viktig del av pasientens omgivelser (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

I møte med pasienter vil sykepleieren sette i gang med konkrete tiltak, som kan dreie seg om helsefremming og forebygging, behandling eller lindring. Disse er også noen av de ulike funksjonene vi som sykepleiere arbeider innenfor. Helsefremming og forebygging bygger på mål som velvære, helse og livskvalitet, samt reelle problemer. I det helsefremmende arbeidet vil vi som sykepleiere rette tiltak mot pasienten, og omgivelsene for å fremme pasientens selvhelbredende krefter. Mens i det forebyggende arbeidet jobber vi med å forebygge tilleggslidelser og komplikasjoner. Når det gjelder behandling, så innebærer denne funksjonen fjerning eller eliminering av problemer hos pasienter med kronisk eller akutt helse- eller funksjonssvikt. Grunnleggende behov og pasientens reaksjoner på situasjonen er fokuset. Sykepleieren skal kompensere for det tapte ved å tilrettelegge for pasientens gjenværende ressurser. Dette kan blant annet innebære kroppslig stell, hygiene og aktivisering. Så har vi funksjonen lindring, som går ut på å lindre sykdom eller lidelse. Sykepleiere har et utgangspunkt i å begrense eller redusere ulike belastninger som fysisk, psykisk, sosiale eller åndelige forhold. Det vil også være viktig å fremme pasientenes egenopplevelse av velvære (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

Sist men ikke minst er det viktig å ta for seg at sykepleierne også har en funksjon innfor organisering og ledelse. Dette innebærer å ta beslutninger som skal være det best for pasientene, men også for miljøet på et profesjonelt nivå. I tillegg må vi holde oss oppdatert på forskning og jobbe kunnskapsbasert. Vi skal kvalitetssikre, dokumentere og evaluere vår yrkesutøvelse, og kjenne til grensen for vår egen kompetanse (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

6.2 Det mellommenneskelige forhold

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee står for det mellommenneskelige forhold i sykepleie, og i sin tenkning legger hun vekt på de mellommenneskelige aspektene. Dette går blant annet ut på menneske-til-menneske-forholdet, som vil si at den syke og sykepleieren oppfatter og forholder seg til hverandre som to verdifulle og unike enkeltindivider. Travelbee er også opptatt av at for å oppnå en reel kontakt mellom sykepleier og pasient, er det en forutsetning å legge vekk stereotyperollene. Hun mener at rollene som sykepleier og pasient må legges bort for å kunne se hverandre som enestående og uerstattelige mennesker, hvor sykepleieren gir nødvendig omsorg. Travelbee mener at sykepleiens overordnende mål og hensikt er å hjelpe personen til blant annet å forebygge, organisere eller mestre sin sykdom og lidelse, samt finne mening i slike erfaringer (Travelbee, 2001; Kristoffersen, 2011). I tillegg sier hun at sykepleie er knyttet opp mot å forebygge sykdom og fremme god helse, der håp og mening er viktige faktorer (Kristoffersen, 2011).

Kommunikasjon står helt sentralt i møte mellom sykepleier og pasient da Travelbee mener det er et viktig redskap for å etablere menneske-til-menneske-forholdet. Dette er viktig fordi tiltakene som iverksettes også skal samsvarer med pasientens behov og ønsker.

Kommunikasjonen må utarbeides, og gjennom den blir sykepleieren og pasienten kjent med hverandre ved å formidle tanker og følelser. Slik kan sykepleieren skaffe informasjon om pasientens behov. Travelbee sier at dersom sykepleieren ikke har evnen til å se hele mennesket som en unik person, og kun ser pasienten og diagnosen vil omsorgen være overfladisk og upersonlig (Kristoffersen, 2011). Det vil være viktig med et godt samarbeid mellom sykepleier og pasient, da tillit bygges opp via fem faser og menneske-til-menneske-forholdet oppstår (Travelbee, 2001).

Det innledende møtet er første fase og innebærer at sykepleieren danner seg et førsteinntrykk ved observasjon som gir tanker, følelser og meninger om den andre. Dette vil danne grunnlaget for videre beslutninger. I denne fasen er det viktig å legge bort rollene som ”sykepleier” og ”pasient” for å komme videre. Dette kan være utfordrende da man ikke kjenner hverandre, og ikke ser på hverandre som verdifulle enkeltindivider (Travelbee, 2001).

Andre fase ”fremvekst av identiteter” går ut på å verdsette hverandre som et unikt individ hvor man åpner seg og etablerer tilknytninger. Dette vil si at man ser på hverandre som enestående individer og ikke som stereotyperollene som ovennevnt. Slik vil de kunne se på hverandre som personer med egne tanker, følelser og meninger (Travelbee, 2001).

Empatifasen er den tredje fasen i menneske-til-menneske-forholdet, som går ut på å leve seg inn i, forstå den andres tanker eller følelser og ta del i opplevelsen. På denne måten kan man nå inn til hverandre, men allikevel stå utenfor da man ikke kan tenke og føle akkurat det samme. Noe meningsfullt er i ferd med å skje, og den som føler empati for andre har også evnen til å forutsi andres atferd (Travelbee, 2001).

Sympati og medfølelse er en videreføring av empatifasen, som dreier seg om å vise forståelse, samt ta del i opplevelsene og lindre plager og ubehag. Den ene vil kunne føle at den andre er ulykkelig, og tanken om å hjelpe er sterk. Denne følelsesmessige trangen har skjedd gjennom de andre fasene fordi man ser på hverandre som et unikt menneske, og ønsker å utrette godhet. Formidlingen skjer gjennom verbal og non-verbal kommunikasjon med ord, uttrykk og utførelse av hjelpen. Som oftest karakteriseres medlidenhet på hvordan sykepleierens atferd og væremåte er, og skaper trygghet og tillit (Travelbee, 2001).

Siste fase ”gjensidig forståelse og kontakt” er det overordnende målet for all sykepleie. Denne fasen skal skje naturlig når sykepleieren og pasienten har vært gjennom de ovennevnte fasene, og kjennetegnes ved forholdet man har til hverandre som verdifulle individer med behov for omsorg og hjelp. Allikevel betyr det ikke at følelsene tar overhånd, selv om det ikke lenger er et skille (Travelbee, 2001).

7.0 Drøfting

I dette kapitlet skal vi drøfte ulike miljøterapeutiske tiltak som sykepleiere kan ta i bruk for å bedre livskvalitet hos personer med demens. Vi skal legge vekt på bruken av musikk, aktivitet, dyr og måltider. Vi kommer til å bruke teori, forskning og egne erfaringer til å komme frem til et svar på problemstillingen.

7.1 ”Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til å bedre livskvalitet hos personer med demens ved bruk av miljøterapeutiske tiltak?”

Engasjement og deltagelse i dagligdagse aktiviteter som tilrettelegges i miljøet antas å ha en sammenheng med bedret livskvalitet for personer med demens (Nordgren & Engström, 2013). Boken til Krüger (2007) tar for seg miljøterapi som et verktøy for å oppnå trivsel, mestring, bedret funksjonsevne og personlig vekst i hverdagen. Selv har vi opplevd hvor tom hverdagen på skjermet enhet kan være, og vet at det finnes flere forhold som er årsaken til redusert livskvalitet hos personer med demens. Sykdommen medfører mange negative symptomer og kan dermed ramme pasienten følelsesmessig. I demensomsorgen er farmasøytisk behandling ofte brukt for å redusere disse symptomene, men dessverre viser det seg at mange av disse medikamentene medfører bivirkninger som kan redusere pasientens livskvalitet (Nordgren & Engström, 2013).

Når vi tenker på livskvalitet tenker vi så enkelt som å ha det bra ut i fra de forutsetningene vi har, men også hva vi selv anser som meningsfullt. Hos personer med demens er den fysiske, psykiske og åndelige helsen ikke lenger like optimal, noe som kan føre til blant annet nedsatt selvbilde, selvoppnåelse, mestringsevne, interesse og følelser. I tillegg har de vansker med å ivareta de grunnleggende behov, de har redusert aktivitetsnivå og problemer med ulike funksjoner. Hos personer med demens er det sosiale området også svekket da de ofte ikke føler tilhørighet, og ut i fra egne erfaringer har vi opplevd at pasientene også har mindre kontakt med pårørende. På grunn av sykdomsutviklingen vil pasientene til slutt ende opp på institusjon, hvor de ikke ønsker å være. Derfor vil god livskvalitet innebære å ha et godt familie- og boforhold, da dette kan øke trivsel og samtidig skape tilhørighet og gjenkjennelse (Rustøen, 2001; Holthe & Berentsen, 2009). Vi gjør oss enige med Engedal, Nygaard og Annerstedt om at livskvalitet hos personer med demens skal bygge på glede og trivsel, samt

fellesskap og mestring. I miljøterapien skal man legge vekt på kjente hverdagslige oppgaver, der trygghet og vår omsorg som sykepleiere har mye å si for deres livskvalitet (Berg, 2007).

Det er viktig å påpeke at deltagelse i dagligdagse aktiviteter ikke alene kan bidra til økt livskvalitet. God kommunikasjon og relasjon vil være en forutsetning. Sykepleieteoretiker Joyce Travelbee sier at kommunikasjon er en av de viktigste redskapene vi har, fordi man blir kjent med pasienten og etablerer et menneske-til-menneske-forhold. Slik kan vi som sykepleiere ivareta pasientens behov. På den annen side vil en god relasjon sørge for trygghet, noe som også er svært viktig i demensomsorgen, samtidig som det tar vare på pasientens integritet (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). Like viktig er det at rollene som ”sykepleier” og ”pasient” legges til side, slik at man kan oppleves som enkeltindivider og dermed oppnå reell kontakt (Travelbee, 2001). Rokstad og Smebye (2008) er enig og sier at det er viktig å se personen bak sykdommen. Som sykepleiere må vi derfor sørge for å ta hensyn til pasientens verdier og ønsker. Dette innebærer å legge til rette slik pasienten ville gjort det om han var frisk, samt la han være med på å ta beslutninger (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008). Ved hjelp av vår omsorg og tilrettelegging i miljøet med personsentrert omsorg i fokus, jobber vi helsefremmende, forebyggende, behandlende og lindrende. Vi kompenserer for sviktende ressurser, funksjoner og grunnleggende behov, for å bidra til økt mestring, selvtillit og livskvalitet hos pasientene. Sykepleieren har altså en viktig rolle for å hjelpe pasienten med å finne mening i sin sykdom og lidelse (Travelbee, 2001; Mjørud & Røsvik, 2012; Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2011).

7.1.1 Musikk

Musikk og sang har lenge vært brukt i demensomsorgen (Rokstad & Smebye, 2008). Forskning sier at musikkterapi er en av de ikke-medisinske behandlingsmetodene som er hyppigst anbefalt. Grunnen til dette er at musikk aktiverer flere områder i hjernebarken, noe som kan være gunstig både følelsesmessig og atferdsmessig (Lin et al., 2011). I følge Sløgedal (2009) brukes musikkterapi aktivt for å gi mennesker nye handlingsmuligheter. Fra våre egne erfaringer vet vi at gruppemusikk med en musikkterapeut, og musikk generelt har en positiv virkning på personer med demens, da vi har sett at dette skaper glede, latter og trivsel.

Vi vet at sykdommen medfører ulike symptomer som har negativ virkning på livskvaliteten. Atferdsendringer er et vanlig symptom og forskning viser at musikkterapi i gruppe kan redusere blant annet generell agitert atferd, men også fysisk og verbal aggressiv atferd (Lin et al., 2011). Sløgedal (2009) mener også at musikk kan brukes for å oppnå motivasjon, trygghet, opplevelse av mestring og økt selvbilde. Samtidig kan det gi en sosial opplevelse for pasientene, samt bidra til fellesskap og bekreftelse på tilhørighet. Vi ser derfor at musikk har en viktig betydning på mange måter, og at det er en viktig del av hverdagen da sykdommen fører til isolasjon og tilbaketrekking (Lin et al., 2011; Larsen, 2012; Rokstad & Smeby, 2008).

Musikken i seg selv kan gi inspirasjon til bevegelse, noe vi anser som viktig med tanke på de motoriske symptomene som opptrer (Larsen, 2012; Engerdal & Haugen, 2004). Lin et al., (2011) viser at musikkterapi er med på å øke pasientenes rytmiske bevegelser i hender, føtter og kropp, og stemmer med det Larsen sier om at musikk kan sette i gang eller opprettholde bevegelse (Larsen, 2012). I tillegg er musikk en form for non-verbal kommunikasjon, noe som kan være med på og åpne for dialog og samtale. Larsen (2012) sier at sang kan bidra til å finne ord som ellers er vanskelig å få frem. Fra egne erfaringer på skjermet enhet har vi opplevd at musikk er med på å skape en god relasjon, samtidig som det åpner for kommunikasjon mellom pasienter og pleiere. I praksis observerte vi musikk i gruppe hvor musikkterapeuten åpnet for dialog i fellesskap. Dette resulterte i ulike samtaler som var tilknyttet pasienten og hans tidligere liv, noe som viste seg å ha god effekt. Musikkterapeuten hadde godt kjennskap til pasientene og brukte kjente sanger som vekke minner. Dette gjorde at pasientene gjenfortalte tidligere historier som var tilknyttet sangen. Vi så at musikken og terapeutens måte å bruke sangene og historiene på skapte gode øyeblikk, samt trygghet i ukjent fellesskap som ga en følelse av mestring og tilhørighet.

Demens sykdom kan også føre til symptomer som apati, redusert interesse, rastløshet og økt aktivitetsnivå (Rokstad & Smebye, 2008; Engerdal & Haugen, 2004). Musikk kan ha en positiv effekt på dette. Musikk kan blant annet brukes for å øke aktivitetsnivået hos passive pasienter, men også dempe aktivitetsnivået hos pasienter som vandrer mye og er urolige (Sløgedal, 2009). Virkningen av dette fikk vi se i løpet av vår psykiatripraksis. En pasient med økt aktivitetsnivå, samt mye uro og vandring hadde god effekt av å delta i musikkterapi i gruppe. Han beholdt roen og hadde en avslappet holdning gjennom hele økten. På den annen side hadde vi en pasient som var stille og som holdt seg for seg selv, men som fikk et økt aktivitetsnivå når hun deltok i syngingen. Hun viste stor interesse for musikken, deltok i

fellesskapet og ble glad da hun fikk vite at det var tid for musikk. Som sykepleiestudenter var det vår oppgave å sørge for at pasientene deltok i musikkterapien. Vi visste at dette hadde god effekt, og måtte derfor oppmuntre til deltagelse og veiledet undervis. Vi sørget også for at pasienten hadde oversikt over sangheftene, og ga dem ros slik at de opplevde aktiviteten som vellykket.

Slik Sløgedal (2009) sier ser vi også at forskning mener at musikkterapi er en effektiv behandling for å lindre urolig atferd hos personer med demens. Musikk som de fleste er kjent med kan redusere agitert atferd, og føre til ro og avslapping (Lin et al., 2011). Det er viktig å nevne at musikken som benyttes må være tilpasset hvert enkelt individ som ved alle andre former for miljøterapi (Mjørud & Røsvik, 2012). Vi vet at hver musikk sjanger ikke faller i smak hos oss selv, eller at interessen for musikk ikke er like stor som hos andre. Derfor tenker vi at når man benytter seg av musikk i demensomsorgen bør man bruke musikk som er likt, kjent og tilpasset pasientene. Lin et al., (2011) sier at pasientens alder og bakgrunn bør vurderes før man bestemmer seg for hva slags musikk som skal brukes. For eksempel kan rytmisk musikk med langsomt tempo være mer avslappende fremfor rockemusikk. Larsen (2012) sier at musikken må tilpasses den enkelte, men at tempoet og toneleiet på musikken også er viktig for at pasientene kan delta. Rokstad og Smebye (2008) sier at dersom man velger musikk som pasienten opplever som støy kan dette føre til økt irritasjon og uro. Vi har også opplevd at for mye stimuli kan ha en negativ virkning, og dermed kan musikken føre til økt agitert atferd. Det er derfor viktig å påpeke at musikk ikke har en positiv virkning på alle pasienter, og kan i stedet virke mot sin hensikt. Travelbee (2001) sier at vi mennesker er ulike på grunn av erfaringer. Derfor må man fokusere på enkeltindividet, da to mennesker ikke vil reagere likt. Et godt kjennskap til pasientene vil være viktig før man bestemmer seg for å bruke musikk som miljøterapi.

7.1.2 Aktiviteter

Personer med demens har fortsatt behov for å være i bevegelse og bruke sine gjenværende ressurser. Derfor vil dagligdagse gjøremål som oppvask, dekke av og på bordet, vanne blomster, brettspill, strikking, tørke støv og andre aktiviteter som foregår i et hjem og utendørs være viktig. Hensikten er å gi meningsfullt innhold i dagen da dagene kan virke lange og kjedelige. Samtidig skal det bidra til opplevelser, vedlikeholde funksjoner, stimulere sanser, trene, skape glede og tilhørighet (Holthe, 2009; Rokstad & Smebye, 2008).

Vi har tatt for oss tre forskningsartikler som tar for seg ulike aktiviteter i hverdagen, både innendørs og utendørs. Den første forskningsartikkelen tar for seg at involvering av pasienter i dagligdagse rutineoppgaver kan fremme blant annet trivsel og livskvalitet hos personer med demens. Rutineoppgaver som førstnevnt kan gi pasientene en bekreftelse på at de utfører noe meningsfylt, og gir en følelse av dyktighet og verdifullhet (Edvardsson et al., 2014). I likhet med andre miljøterapeutiske tiltak vil sykepleieren ha en viktig rolle hvor han hjelper pasienten med organisering, tilrettelegging og strukturering for å kunne utføre aktivitetene (Holthe, 2009). Dette vil være viktig fordi symptomer som blant annet handlingssvikt gjør at pasienten ikke klarer å utføre arbeidet slik de har gjort det før, eller at de bruker gjenstander på feil måte. Dette kan derfor ha negativ virkning ved at pasientene føler tap av funksjoner (Rokstad og Smebye, 2014). Aktiviteter skal tilrettelegges som et element i personsentrert omsorg, hvor sykepleieren involvere pasientene i en meningsfylt aktivitet, fremfor å utføre det selv. Dette kan for eksempel være å rydde av bordet eller ta oppvasken. På den måten bidrar sykepleieren til at pasientene kan delta og opprettholde funksjoner, samt at det er identitetsfremmende og gjenspeiler pasientenes interesser (Edvardsson et al., 2014).

Vi har selv opplevd situasjoner hvor pasienter har blitt involvert i kjente aktiviteter, som for eksempel oppvask etter måltider. Vi tok initiativ slik at pasient kunne delta og la til rette ved at vi ikke fylte opp vasken, men la i en og en tallerken slik at pasienten kun fokuserte på arbeidsoppgaven. Vi la merke til at pasienten begynte å vaske og at arbeidet ble utført nøye. Pasienten fortalte også selv at han hadde gjort dette mange ganger, og viste på den måten at han hadde selvtillit. Selv om pasienten ga uttrykk for dette spurte han også etter bekræftelser. Derfor fokuserte vi på å skryte slik at han kunne føle mestring og mening i det han gjorde. På den måten ble dette en god opplevelse for pasienten, samtidig som han roet seg ned og hadde noe spesifikt å fokusere på som fremmet mestring, funksjonsevnen og selvtillit. Som sykepleiestudenter hadde vi ulike roller der vi først og fremst inkluderte pasienten, og tilpasset oppgaven for pasientens funksjonsnivå. I tillegg veiledet og støttet vi pasienten uten at det ble for mye mas.

En annen studie vi har tatt for oss har et annet fokus når det gjelder aktivitet som miljøtiltak i demensomsorgen. De legger vekt på at parkmiljøet kan brukes for å forbedre eller vedlikeholde funksjonsnivået, og mener at det er en egen behandlingsform i seg selv. Studien legger særlig vekt på at det dreier seg om individuell behandling hvor kun pasienten og hans

funksjonsnivå står i sentrum. Uteaktiviteter i hager eller parker som vanning av blomster, gå turer eller rake er eksempler på aktiviteter som kan tilpasses den enkeltes funksjonsnivå og evne til mestring (Thelander et al., 2008).

Vi har derfor valgt å trekke frem to eksempler med ulikt utfall hvor aktiviteten var å gå tur. Vi valgte en pasient som sjeldent var ute på grunn av atferden og hans reaksjoner ved for mye stimuli utenfra. Fra tidligere var pasienten svært glad i naturen og har vært en sosial mann hvor aktivitet var en stor del av hans hverdag. Derfor tenkte vi å bevare hans interesser, til tross for atferden for å se effekten. Denne turen ble en opplevelse i seg selv når pasienten viste glede og interesse når han så kjente objekter. Han lyste opp når vi stoppet ved en gravemaskin og han snakket om lignende situasjoner fra tidligere. Vi merket at han kunne mye om gravemaskiner og var oppriktig interessert, og viste selvtillit når han kunne svare på spørsmål i forhold til dette tema. Hvis vi ser tilbake på forskningen til Edvardsson et al., (2014) kan vi se at dette ga pasienten en identitetsfølelse og at interessen for gravemaskiner var stor. Det andre eksempelet gjelder en annen pasient som til vanlig er vant til å gå turer. Når vi skulle gå ut var pasienten i sin habituelle tilstand, men i det vi skulle gå tilbake til sykehjemmet nektet han å bli med. Han var fast bestemt på at han ikke skulle den veien, noe som gjorde situasjonen veldig krevende. I tillegg ble pasienten utagerende og begynte å slå etter sykepleiestudentene. Slik kan også for mye eller feil aktivitet virke negativt, selv om det har funket bra tidligere. Derfor må man se an dagsformen til pasientene og kjenne til eventuelle tegn hvor man da kan vurdere om pasient bør gå ut eller ikke. Her er det viktig at vi som sykepleiere på forhånd bruker vår observasjonsevne til å registrere pasientens form, slik at vi kan unngå et slikt tilfelle med utagerende atferd.

Den siste studien tar for seg ulike aktiviteter som ble fordelt på fellesaktiviteter, gruppeaktiviteter og utflukter. Det spesielle med denne studien er at den også tar for seg hvilke aktiviteter de ansatte tror pasientene er interesserte i, noe vi mener har stor betydning. Med tanke på sistnevnt pasienteksempel er dette veldig relevant i forhold til å faktisk vite hva pasienten vil ha glede av der og da. Studien viser relativt store variasjoner der mange av de ansatte trodde at pasientene ønsket å bli underholdt av for eksempel konserter og høytlesning. Hele 94% av de ansatte trodde at pasientene var interessert i dette, mens kun 37% viste interesse. Derimot viste det seg at hagearbeid ble vurdert som en interessant aktivitet for beboerne, mens de ansatte ikke hadde samme oppfatning. Studien viser at de aller fleste pasientene som deltok i undersøkelsen var opptatte av å delta i aktiviteter der de selv var

aktive, som for eksempel håndarbeid, sang og hagearbeid, fremfor å bli underholdt (Haugland, 2012).

Vi synes at dette er veldig viktig med tanke på at det er pasientenes ønsker og interesser som står i sentrum, og ikke sykepleierens antagelser. Det at undersøkelsen viser disse forskjellene er viktig å ta i betraktning når man velger aktiviteter for pasientene, slik at aktiviteten ikke blir upersonlig og overfladisk. Travelbee mener at dette kan gjøres ved hjelp av en god relasjon og kommunikasjon mellom sykepleier og pasient for å finne tilpasset og ønsket aktivitet (Kristoffersen, 2011).

Alle tre studiene vi har valgt viser at uansett aktivitet skal den tilrettelegges pasientens funksjonsnivå, interesser og hva han anser som meningsfullt for å fremme identitet og mestring. Derfor må vi som sykepleiere ha kjennskap til pasienten slik at han kan oppnå dette. Allikevel må man huske på at en kjent aktivitet ikke nødvendigvis er det som gir pasienten selvtilit og mestring, til tross for at det samsvarer med pasientens funksjonsnivå. I tillegg må man huske på at pasientene også trenger hvile hvor ingen krav stilles, da for mye aktivitet kan føre til overstimulering (Rokstad & Smebye, 2008).

7.1.3 Dyr

Det finnes mange ulike typer terapeutiske intervensjoner som har blitt brukt og studert for å evaluere effekten av agitert atferd. En av disse intervensjonene er dyreassistert terapi (Sellers, 2008). I demensomsorgen benyttes denne formen for intervensjon for å redusere symptomer, samt øke sosialt engasjement og kommunikasjon, noe som antas å øke den enkeltes livskvalitet (Nordgren & Engström, 2013). Selv vet vi hvor stor betydning dyr har for oss og hvor mye de påvirker oss. De firebente skapningene kan i de fleste tilfeller gi oss stor glede, trøst og kjærlighet når vi trenger det mest.

Moretti et al., (2011) sier at dyr har en gunstig effekt på personer i alle aldre, men spesielt på eldre mennesker. På den annen side sier Sellers (2008) og Rokstad og Smebye (2008) at dyreassistert terapi spesielt har effekt på personer med demens. De gjør seg også enige i at dyreassistert terapi bør brukes på personer som tidligere har hatt tilknytning til dyr. Selv vet vi at ikke alle mennesker liker dyr, da noen også kan være redde, spesielt for hunder. Vi vet også at pelskledde dyr kan utløse allergiske reaksjoner, og derfor er det visse forhold som må tas hensyn til før man benytter seg av dyr i miljøterapien.

Positive effekter ved bruk av dyr er først og fremst at de gir oss en følelse av trygghet. Andre gode effekter ved kjæledyr er at de er en viktig del av omsorgen, samt at de skaper interesse og engasjement (Rokstad & Smebye, 2008). Grunnen for at dyr har så positiv effekt på oss mennesker er at de fungerer som et bindeledd. Dyrene virker som regel beroligende og gir en følelse av nærhet. I tillegg har dyr evnen til å gi oppmerksomhet, noe som er grunnleggende for alle sosiale interaksjoner (Sellers, 2008). Vi har opplevd at personer med demens ofte har behov for ekstra oppmerksomhet, men på den annen side har vi også sett et tilfelle hvor en hund ga motsatt effekt. En hund ble medbrakt til avdelingen, noe som skapte sjalusi hos en av pasientene, da dyret fikk mer oppmerksomhet fra pasientens mann enn henne selv. Vi tolker dette som at ikke alle vil ha en beroligende effekt av dyr, og derfor kan de virke mot sin hensikt.

Pichot (2012) tar også for seg at dyr har en utrolig effekt på mennesker, og at de lenge har blitt brukt som en terapeutisk og støttende rolle. Hun sier at dyr kan redusere ensomhet og bidra til å øke fysiologisk og psykologisk helse. Kjæledyr har en effekt på blodtrykket og kan redusere angst og depresjon. En studie viser at kjæledyrterapi forbedret depressive symptomer hos beboerne med hele 50% (Moretti et al., 2011). Vi vet at dette er nyttig i demensomsorgen i og med at mange sliter med angst og depresjon (Rokstad & Smebye, 2008).

En annen studie viser at hundens tilstedeværelse reduserte aggresjon og agitasjon blant personer med demens. Hundebesøk ser ut til å redusere blant annet roping og skriking som også reduserer hjertefrekvensen. I stedet opplevde pasientene glede og trivsel under og etter hundebesøket (Nordgren & Engström, 2013). Studien av Moretti et al., (2011) rapportert fra alle deltagerne at kjæledyrterapien var hyggelig og interessant, og at dyrene hadde en beroligende effekt. En av forklaringer på disse gunstige effektene er at menneske-dyr-båndet fungerer avslappende på binyrene og andre kortikosteroide hormoner, noe som reduserer blant annet blodtrykket.

Moretti et al., (2011) og Nordgren & Engström (2013) nevner i sin forskning en tredje positiv effekt. Denne effekten var at pasientenes møte med dyrene bragte frem minner. Dette har vi selv opplevd i vår praksis da en av de ansatte tok med seg hunden på besøk. Det viste seg at hunden gjorde så tidligere minner hos en pasient kom opp fordi han selv hadde hatt hund. Ved andre anledninger da pasienten var urolig, benyttet vi oss av denne hendelsen ved å vise bilder

av hunder i et blad. På denne måten brukte vi som sykepleiere hunden bevisst til å snakke om pasientens tidligere minner, opplevelser og følelser. En slik hendelse fra fortiden tilhører pasientens episodiske hukommelse, og er en hendelse pasienten fortsatt har i sin langtidshukommelse (Engerdal & Haugen, 2004).

Ut ifra alt dette kan vi se at dyr og dyreassistert terapi har en del effekter som virker på personer med demens, og andre former for psykiske lidelser. Samtidig ser vi at alle tre studiene viser noe som er viktig for vår problemstilling, og det er at dyreassistertterapi kan forbedre livskvaliteten. I tillegg kan denne formen for miljøterapi redusere agitert atferd og øke den sosiale interaksjonen hos personer med demens (Sellers, 2008; Moretti et al., 2011; Nordgren & Engström, 2013). Dyr er altså en effektiv metode som imidlertid kan redusere stress og øke trivsel, noe som er veldig viktig i demensomsorgen da vi vet at disse pasientene sliter med dette.

7.1.4 Måltider

For de fleste mennesker er mat og måltider en selvfølge i hverdagen hvor vi spiser når vi kjenner sultfølelse. Det å spise er en av de første innlærte ferdighetene vi får, og er også noe av det siste vi mister. Dette går under vår prosedural hukommelse, og er en handling som er automatisert. Derfor vil ofte personer med demens fortsatt ha denne ferdigheten i handlingshukommelsen, og derfor kan det være bra å bruke måltider som en del av miljøterapien. Som i alle andre miljøterapeutiske tiltak vil kjente aktiviteter bli prioritert, og måltider er en ypperlig mulighet da denne ferdigheten blir utført flere ganger om dagen (Berg, 2009; Engerdal & Haugen, 2004).

I følge forskning kan måltider brukes til å forbedre vår helse og velvære i hverdagen, ved blant annet godt selskap, hyggelige stunder og en avslappet holdning rundt bordet. Måltidene for personer med demens betyr mer enn kun å spise når det brukes som en del av miljøterapien. Derfor er dette en høy prioritering da gode opplevelser rundt matbordet kan påvirke livskvaliteten, og for mange kan måltider også være høydepunktene i en ellers rolig hverdag (Barnes et al., 2013).

Berg (2002) tar videre for seg andre viktige faktorer som har betydning ved bruk av måltider som en del av miljøterapien. Som i de fleste miljøterapeutiske tiltak vil sykepleierens

hensikten være å fremme pasientens mestringsfølelse, og for å vurdere eller vedlikeholde pasientens funksjonsevner. For å klare dette er det viktig at personalet hjelper til ved å legge til rette slik at pasientene kan oppnå positive opplevelser, og delta ut i fra de forutsetningene de har. Hos personer med demens er det også en annen viktig faktor å ta hensyn til, og det er at mange sliter med orienteringsvansker, noe som kan bidra til økt forvirring i forhold til tid og sted. For å forhindre dette vil det være lurt at vi som sykepleiere forteller pasienten hvilket måltid som skal inntas, da det vil gi en mulighet til å vite hvilken tid på døgnet det er. Pasienten vil ha bedre forståelse ved å høre ”nå er det frokost” fremfor ”nå er det mat” (Berg, 2002).

For alle mennesker er mat og måltider en naturlig del av hverdagen, og er noe vi ser frem til da det kan føre til blant annet sosial stimulering, trivsel og trygghet. Det skapes et fellesskap under måltidene som gir en mulighet til samtale og mellommenneskelig kontakt, som også kan bidra til økt trivsel og matlyst. For personer med demens vil tid være en avgjørende faktor for inntak av mat. Samtidig må sykepleieren være bevisst på at andre faktorer som for mange gjenstander og støy fra omgivelsene kan gjøre situasjonen forvirrende og vanskelig å utføre. Sykepleieren vil derfor ha en viktig rolle ved å delta under måltidene, slik at det gir anledning for samtale, kontakt og veiledning hvor alle kan føle seg inkludert (Berg, 2009; Berg, 2002).

Selv har vi vært borti mange tilfeller rundt matbordet med personer med demens. Vi har erfart at mange opplever dette som sosialt og hyggelig da pasientene samles for fellesskap, samtidig har vi også opplevd situasjoner hvor måltider kan ha en urolig effekt. Vi har lagt merke til at pasienter som deltar i slike situasjoner opplever de som positive da de gjenkjenner objekter og omgivelser knyttet til måltidet, og dermed forbinder det med noe meningsfullt og hyggelig. Berg tar for seg at måltidene kan føre til gjenkjenning og gjentakelse, og det er nettopp dette som er viktig under denne behandlingsformen. For at pasientene skal gjenkjenne situasjonen er det viktig at omgivelsene rundt passer til hendelsen. For eksempel bør pasientene spise på det samme rommet og ha faste plasser ved bordet, noe som vil skape trygghet og gruppeidentitet. I tillegg kan det være lurt at bordet er dekket likt fra dag til dag, og hvis man også tilrettelegger måltidene slik pasientene pleide å ha det kan det være lettere å gjenkjenne og forstå handlingssituasjonen (Berg, 2002).

Et eksempel fra praksis som henger sammen med gjenkjenning og pasientens handling er fra en situasjon hvor det var nystekte vafler, og pasientene kjente duften i lang vei. I tillegg var

det jordbærsyltetøy og andre matvarer på bordet som ga pasientene en tanke om at nå er det mat. Vi som sykepleiestudenter sørget for å steke vaflene i nærheten av pasientene, som gjorde at de fikk muligheten til å lukte og ikke minst se tilbehøret. På denne måten ble det naturlig for pasientene å sette seg, samt delta i måltidet. Slik vi ser det henger dette sammen da mat og måltider også kan bidra til å stimulere sanser som syn, lukt og smak. Disse sansene kan vekke fornemmelser, sult og assosiasjoner hos pasientene slik disse vaflene gjorde. Hvordan maten lukter, ser ut og hvordan den serveres har betydning for hvilke følelser som settes i gang. På denne måten kan maten brukes til å aktivisere lukte- og smakssansen, men også skape gjenkjenning og en handlingssituasjon (Berg, 2002).

Videre har forskningen tatt for seg ulike fremgangsmåter ved måltider for å observere den enkelte pasients måltidsopplevelse. Dette ble gjort på to forskjellige måter, hvor den ene måten å servere på var der maten allerede var smurt og lagt på en tallerken, mens den andre måten var den originale "familie-stilen" hvor pålegget og brødiskivene lå på et fat og pasientene kunne forsyne seg selv (Barnes et al., 2013). Selv har vi vært borti disse to metodene og har observert både positive og negative faktorer. Den første fremgangsmåten har på mange måter vist god effekt, men under måltidene har vi da opplevd pasientene som noe tilbaketrukkne og lite deltagende i fellesskap med de andre. Vi har også opplevd at noen pasienter viser glede av å slippe å tenke på det, mens andre spør hvorfor de ikke kan få velge mat selv. For noen kan det å velge mat selv være forvirrende på grunn av for mange valgmuligheter, mens for andre kan det føles som om muligheten for selvstendighet blir fratatt. Når det gjelder "familie-stilen" har vi derimot opplevd pasientene som selvsikre og deltagende under måltidene. Fra praksis hadde vi en pasient som stadig fikk maten servert og ble matet. Etter nøye observasjon og et bedre kjennskap til pasienten viste det seg at dette var noe hun kunne mestre selv. Vi valgte derfor å la pasienten spise selv til tross for skjelvinger. Dette viste seg etter hvert å ha en positiv effekt på pasientens funksjonsevne, der skjelvingene har blitt redusert. Pasienten utfører nå alt på egen hånd med veiledning og støtte fra sykepleierne, og samsvarer slik vi ser det med forskning og litteratur som sier at måltider kan bedre funksjonsevne, samt øke selvtillit og livskvalitet.

Studien viser at disse to måtene å servere mat på hadde innvirkning på hvordan pasientene opplevde måltidene. Den førstnevnte måten kan være en effektiv og praktisk ordning, men kan også ha negativ betydning for pasientenes opplevelse ved at pasienten ikke deltar, og dermed vil ikke måltidet være gjenkjennbart. Ved "familie-stilen" ble det observert at

pasientene deltok mer, noe som gjorde at sykepleierne kunne fokusere på andre ting som å snakke med pasientene og svare på spørsmål. De ansatte fikk også mer tid til å hjelpe de som trengte hjelp. Studien viser at de pasientene som fikk velge selv deltok mer ved for eksempel å helle i mer drikke til medpasienter, og bidro til å samle tallerkener etter endt måltid.

Kommunikasjonen mellom pasientene ble også bedre da det skapte et felleskap og ga en hjemlig følelse, noe som gjorde at måltidene føltes som en meningsfull og sosial anledning (Barnes et al., 2013).

Vi synes det kan være vanskelig å velge hvilken av disse fremgangsmåtene som passer best da det sitter mange forskjellige mennesker med ulike behov for tilrettelegging. For noen vil den første fremgangsmåten fungere best, mens hos andre vil ”familie-stilen” være det beste alternativet. Allikevel ser vi at ”familie-stilen” har størst effekt ved at pasientene først og fremst deltar, men at det også skapes et fellesskap blant pasientene. Samtidig ser vi at måltider generelt kan bidra til økt livskvalitet fordi faktorer som blant annet mestringsevne, trivsel, selvtillit og funksjonsevne kan bedres hos personer med demens.

8.0 Konklusjon

Gjennom denne bacheloroppgaven har vi fått et mye større innblikk i demens sykdom og hvor stor del av befolkningen som faktisk blir rammet. Vi har også fått et større innblikk i hvor mange faktorer som kan påvirke pasientens livskvalitet, som blant annet symptomer, bivirkninger fra medikamenter, boforhold og dårlig kommunikasjon og relasjon. I tillegg har vi sett og lært hvor viktig miljøterapien er for personer med demens, og ikke minst hvordan sykepleierens roller og funksjoner kan bidra til å øke deres livskvalitet.

Som sykepleiere har vi en viktig rolle i demensomsorgen hvor vi må bli flinkere til å legge miljøet til rette. Dette gjøres for å hjelpe pasienter med å bevare gjenværende ressurser på best mulig måte for å gi glede, velvære og mening i hverdagen. Som sykepleiere vet vi også at det skal flere faktorer til for å oppnå dette, og vi tenker at det grunnleggende i livskvalitet ligger i god kommunikasjon og relasjon, samt et hjemlig og trygt miljø. I tillegg til dette vil kunnskap og kompetanse om sykdommen spille en vesentlig rolle. Samtidig er det viktig at personen bak sykdommen trer frem, da dette er en viktig del av personsentrert omsorg og miljøterapi.

Vi kan se gjennom oppgaven at de aller fleste miljøterapeutiske tiltak har en eller annen god effekt på de fleste pasienter. Et trekk som går gjennom alle forskningsartiklene og i teorien er at all aktivitet skal være tilpasset hvert enkeltindivid. Det er også viktig å ta i betraktning at aktiviteten alltid skal være tilpasset etter ønsker, interesser og funksjonsnivå for å unngå tilbaketrekking og andre negative opplevelser.

Vi ser gjennom forskning og litteratur at livskvaliteten kan øke ved bruk av miljøtiltak som kjæledyr, måltider, musikk og aktiviteter. Vi tenker at dette har overføringsverdi i sykepleiepraksis, men at det da må satses fullt. En viktig del av dette er at helsepersonell har kompetanse og vilje til å ta i bruk miljøterapi, for at personer med demens skal få økt livskvalitet på skjermet enhet. Vi vet også at det ikke alltid er like lett å få til dette i praksis. Selv har vi opplevd tidspresset, noe som kan gjøre at tiltakene ikke blir prioritert i en ellers travel hverdag. Vi er også vant med få ansatte, og det er en forutsetning at bemanningen er stor nok slik at pasientene får nødvendig tilsyn og omsorg. Prioritering og planlegging av dagen blir derfor en viktig faktor, da det er viktig at hver pasient føler seg sett og inkludert.

Vi synes det er viktig at Stortinget har laget en Demensplan som skal sørge for et bedre liv med trygghet og økt livskvalitet hos personer med demens. Planen er et tegn på at demenssykdom

stadig øker, og at det vil være enda viktigere å benytte seg av forhold som kan bidra til et bedre liv for den syke. Vi ser at noen av de viktigste faktorene for dette er miljøet, boforhold og sykepleierens kunnskap og kompetanse.

Referanseliste

*Barnes, S., Wasielewska, A., Raiswell, C. & Drummond, B. (2013). Exploring the mealtime experience in residential care settings for older people: an observational study. *Health and Social Care in the community*, 21(4), 442-450. <http://dx.doi.org/10.1111/hsc.12033> (Antall sider: 9)

*Berg, G. (2007). Mat og måltider- muligheter for det gode liv i hverdagen for personer med demens. I R. M. E. Krüger (Red.), *Det går an!- Muligheter i miljøterapi* (1. utg., s. 229-236). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse. (Antall sider: 8).

*Berg, G. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Måltider som aktivitet. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 14)

*Berg, G. (2002). *Til dekket bord- mat og måltider i behandling og utredning av personer med demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Antall sider: 25)

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

*Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. & Sandman, P.-O. (2014). Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), 269-276. <http://dx.doi.org/10.1111/opn.120300> (Antall sider: 8)

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

*Engerdal, K., & Haugen, P. K. (2004). *Demens- Fakta og utfordringer* (3. utg.). Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens (Antall sider: 48)

*Haugen, P. K. (2007). Så redd, så redd. I R. M. E Krüger (Red.), *Det går an! – Muligheter i miljøterapi*. (1. utg., s. 36-51). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 16)

*Haugland, B. Ø. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien*, 7(1), 42-49. <http://dx.doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0030> (Antall sider: 8)

*Henderson, V. A. (1998). *Sykepleiens natur- En definisjon og dens konsekvenser for praksis, forskning og utdanning*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (Antall sider: 17)

*Holthe, T. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Aktiviteter. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 12)

*Holthe T. & Berentsen, V. D. (2009). *Studiehefte – Demensomsorgens ABC: Godt bomiljø. Perm 2*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse (Antall sider: 9)

Kirkevold, M., Brotkorb, K., & Ranhoff, A. H. (Red.). (2008). *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. (2011). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 15-28). Oslo: Gyldendal Akademisk (Antall sider: 14)

*Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 207- 280). Oslo: Gyldendal Akademisk (Antall sider: 74)

*Larsen, R. M. M. (2012). *Studiehefte 7: Demensomsorgens ABC: Miljøbehandling: Bruk av musikk*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 5)

*Lin, Y., Chu, H., Yang, C.-Y., Chen, C.-H., Chen, S.-G., Chang, H.-J., ... Chou, K.-R. (2011). Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 670-678.
<http://dx.doi.org/10.1002/gps.2580> (Antall sider: 9)

*Martinsen, E. W. (2011). *Kropp og sinn- Fysisk aktivitet- Psykisk helse- Kognitiv terapi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget (Antall sider: 49)

*Mjørud, M. & Røsvik, J. (2012). *Studiehefte 1: Demensomsorgens ABC: Miljøbehandling: Før du starter: Personsentret omsorg for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring

og helse (Antall sider: 4)

*Moretti, F., De Ronchi, D., Bernabei, V., Marchetti, L., Ferrari, B., Forlani, C., ... Atti, A. R. (2011). Pet therapy in elderly patients with mental illness. *Psychogeriatrics- The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 11(2), 125-129.

<http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8301.2010.00329.x> (Antall sider: 5)

*Nordgren, L. & Engström, G. (2013). Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life. *Clinical Nursing Research*, 23(1), 7-19.

<http://dx.doi.org/10.1177/1054773813492546> (Antall sider:13)

*Norsk Helseinformatikk. (2011). *Demens- en kort oversikt*. Lokalisert på

<http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerne-nervesystem/demens-oversikt-1325.html>

*Pichot, T. (2012). *Animal-Assisted Brief Therapy- A Solution-Focused Approach* (1. utg.). New York: Routledge Taylor & Francis Group (Antall sider: 16)

Rokstad, A. M., & Smebye, K. L. (Red.). (2008). *Personer med demens- Møte og samhandling* (1. utg.). Oslo: Akribe AS.

*Rustøen, T. (2001). *Håp og livskvalitet- en utfordring for sykepleieren?* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk (Antall sider: 26)

*Sellers, D. M. (2008). The Evaluation of an Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care. *Activities, Adaptation & Aging*, 30(1), 61-77.

http://dx.doi.org/10.1300/J016v30n01_04 (Antall sider: 18)

* Sløgedal, I. (2009). *Studiehefte: Demensomsorgens ABC: Musikk, bevegelse og avspenning*.

Perm 2. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 5)

*Sosial- og Helsedirektoratet. (2007). *Glemsk, men ikke glemt!: Om dagens situasjon og framtid utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*. (Rapport 08:2007)

Lokalisert på

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/shdir_demensrapport_korr4.pdf

(Antall sider: 22)

*Thelander, V.B, Wahlin, T.-B. R., Olofsson, L., Heikkilä, K. & Sonde, L. (2008). Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy*, 10(1), 53-56.

<http://dx.doi.org/10.1080/14038190701256469>

(Antall sider: 4)

*Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykeleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk (Antall sider: 48)

*Wogn-Henriksen, K. (2007) Det må da gå an å ha det godt selv om man er glemsk! I R. M.

E. Krüger (Red.), *Det går an! – Muligheter i miljøterapi*. (1. utg., s. 18-35). Tønsberg:

Forlaget Aldring og helse (Antall sider: 18).

*World Health Organization. (2015). *Dementia*. Lokalisert på

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

Antall selvvalgt litteratur: 504 sider

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1

P: Hvilke mennesker det handler om (hvilken populasjon/pasientgruppe/problem)?

I: Hvilken intervensjon/ hvilke tiltak er vi interessert i?

C: Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?

O: Hvilke effekter er av særlig interess

Patients/population/problem HVEM?	Intervention/initiativ/aktion HVA?	Comparison ALTERNATIVER?	Outcome RESULTAT/EFFEKT?	
Eldre personer med demens sykdom	Relasjon, kommunikasjon, veiledning, observasjon, informasjon, aktivitet	Miljøterapeutiske tiltak som sansehager, musikk, måltider, aktiviteter og dyr	Økt livskvalitet, bedret funksjonsevne, identitetsfølelse, selvtillit, mestringsfølelse, tilhørighet, gjenkjenning, sosial deltagelse, trivsel, glede,	↑ OR ↓
AND				

Vedlegg 2

Databaser:	Søkeord:	Antall treff:	Begrensinger:	Funn:
SveMed+	Aktiviteter på sykehjemmet	1	“Peer reviewed tidsskrift”, sortert etter data	“Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet”
Ebscohost	Dementia AND music	305	«Full text», 2010-2015	“Effectiveness of group music intervention against agitated behavior in elderly persons with dementia”
Ebscohost	Dining AND dementia AND quality of life	4	“Full text”, 2010-2013	“Exploring the mealtime experience in residential care settings for older people: an observational study”
Ebscohost - Fulltekst i Google Scholar	Activities AND dementia	1556	2010-2015	“Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life”
SveMed+	Gardening activities, dementia	2	“Peer reviewed tidsskrift”	“Gardening activities for nursing home residents with dementia”
Ebscohost - Fulltekst i Google Scholar	Animal therapy AND dementia	122		“The Evaluation of an Animal Assisted Therapy Intervention for Elders with Dementia in Long-Term Care”
Ebscohost	Animal therapy AND dementia	478	“Full text”, 2002-2015	“Pet therapy in elderly patients with mental illness”
Ebscohost - Fulltekst i Google Scholar	Animal therapy AND dementia	122		“Animal-Assisted Intervention in Dementia: Effects on Quality of Life”