

**BSYBAC 5**  
**-Selvstendighet og ansvar i sykepleien**  
**Bacheloroppgave i Sykepleie**

**“Jakten på gode dager”**

-en søken etter underliggende og sammenfallende faktorer ved miljøtiltak som kan bidra til bedre livskvalitet hos personer med demens.



---

Universitetet  
i Stavanger

**Det helsevitenskapelige fakultet**  
**Bachelor i Sykepleie**

*Stavanger 03.11.2021*

✓ *Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet*

## **SAMMENDRAG**

### **Bakgrunn**

Andelen av pasienter med en demens diagnose vil øke i takt med den kommende eldrebølgen. Derfor vil det være et tilsvarende økende behov for at personer med demens tilbys meningsfulle aktiviteter, tilpasset den enkeltes behov og interesser. Dette for å gjøre det mulig at livet skal kunne nytes og leves så lenge som mulig, i tråd med Demensplan 2025. Vår erfaring fra arbeid og praksis har gjort oss nysgjerrige i forhold til forskjellige miljøtiltak. Hvordan og hvorfor de forskjellige tiltakene har en terapeutisk effekt som kan påvirke livskvaliteten hos personer med demens. Samtidig har vi sett behovet for å øke kunnskapen rundt miljøtiltak på sykehjem.

### **Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke om det finnes underliggende og sammenfallende faktorer som gjør at miljøtiltak kan bidra til bedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem.

### **Metode**

Det er utført en integrativ litteraturanalyse av fire vitenskapelige forskningsartikler, analysen av resultatene fra artiklene, gjennomgang av relevant teori og tolkning har lagt grunnlaget til metasyntesen som er presentert i oppgaven.

### **Resultat**

Vi kom frem til at personsentrert tilnærming sammen med aktivt og oppmerksomt tilstedeværende pleiepersonell var underliggende faktorer som måtte være til stede for sikre den positive effekten av miljøtiltak. Den positive effekten kom som resultat av den sammenfallende terapeutiske verdien som resulterte av de ulike miljøtiltakene.

**Nøkkelord:** Demens, miljøtiltak, sykehjem, livskvalitet, terapeutisk verdi

## INNHALDSFORTEGNELSE

|       |  |    |
|-------|--|----|
| 1     | INNLEDNING .....                               | 4  |
| 1.1   | Bakgrunn for valg av tema .....                | 4  |
| 1.2   | Problemformulering .....                       | 5  |
| 1.3   | Hensikt .....                                  | 5  |
| 1.4   | Begrepsavklaringer .....                       | 5  |
| 1.4.1 | Demens .....                                   | 5  |
| 1.4.2 | Miljøbehandling, miljøterapi .....             | 5  |
| 1.4.3 | Livskvalitet .....                             | 6  |
| 1.4.4 | Pleiepersonell .....                           | 6  |
| 1.4.5 | PMD .....                                      | 6  |
| 1.4.6 | APSD .....                                     | 6  |
| 2     | TEORI .....                                    | 7  |
| 2.1   | Demens .....                                   | 7  |
| 2.1.1 | Å leve med demens .....                        | 8  |
| 2.2   | Sykepleieteori .....                           | 9  |
| 2.2.1 | Travelbee: menneske-til-menneske-forhold ..... | 9  |
| 2.2.2 | Sykepleie med fokus på omsorg .....            | 10 |
| 2.3   | Personsentrert demensomsorg .....              | 10 |
| 2.4   | Miljøbehandling .....                          | 11 |
| 2.4.1 | Musikk som miljøterapi: .....                  | 12 |
| 2.4.2 | Reminisens / erindringsarbeid .....            | 12 |
| 2.4.3 | Kultur, tur og natur .....                     | 13 |
| 2.4.4 | Dukketerapi .....                              | 13 |
| 3     | METODE .....                                   | 15 |
| 3.1   | Valg av metode .....                           | 15 |
| 3.2   | Søkeprosessen .....                            | 15 |
| 3.2.1 | Databasevalg: .....                            | 16 |
| 3.2.2 | Søkeprofil .....                               | 16 |
| 3.2.3 | Søkestrategi .....                             | 17 |
| 3.2.4 | Inkluderte artikler .....                      | 18 |
| 3.3   | Analyse .....                                  | 20 |
| 4     | RESULTAT .....                                 | 21 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 4.1   | Personsentrert omsorg .....                               | 21 |
| 4.1.1 | Å tilpasse tiltakene .....                                | 21 |
| 4.2   | Tilstedeværelse .....                                     | 22 |
| 4.2.1 | Pleiepersonalets rolle .....                              | 22 |
| 4.3   | Terapeutisk verdi .....                                   | 23 |
| 4.3.1 | Å aktivere minner .....                                   | 23 |
| 4.3.2 | Å motivere til aktivitet .....                            | 24 |
| 4.3.3 | Å vekke følelser .....                                    | 24 |
| 4.3.4 | Å øke sosialisering .....                                 | 25 |
| 4.3.5 | Å redusere APSD .....                                     | 25 |
| 4.3.6 | Å fremme kommunikasjon .....                              | 26 |
| 4.4   | Oppsummering .....  | 27 |
| 5     | DISKUSJON .....   | 28 |
| 5.1   | Metodediskusjon .....                                     | 28 |
| 5.1.1 | Kildekritikk .....  | 28 |
| 5.1.2 | Metodekritikk: .....                                      | 29 |
| 5.2   | Resultatdiskusjon .....                                   | 31 |
| 5.2.1 | Personsentrert omsorg .....                               | 32 |
| 5.2.2 | Tilstedeværelse .....                                     | 33 |
| 5.2.3 | Terapeutisk verdi .....                                   | 34 |
| 6     | KONKLUSJON OG ANVENDELSE .....                            | 36 |
|       | BIBLIOGRAFI .....   | 37 |
|       | VEDLEGG 1: Oversiktstabell over analyserte artikler ..... | 40 |

Antall ord: 10804

## 1 INNLEDNING

Den eldre befolkningen øker stadig over hele verden og resulterer i et økende antall mennesker som lever med demens. Per i dag lever mer enn 55 millioner mennesker med demens i verden. I tillegg er det nesten 10 millioner mennesker som får diagnosen demens hvert år (WHO, 2021). Det er en global utfordring for verden som helhet å finne gode løsninger for denne pasientgruppen. Tilsvarende blir Norges befolkning stadig eldre og med økende levealder øker også antall mennesker som får demensdiagnoser i løpet av livet. I en ny forekomstundersøkelse ble antall personer som lever med demens i Norge beregnet til om lag 101 000 personer. Dette tallet forventes å dobles innen år 2050 (FHI, 2014). Personer med demens lider av og sliter med kognitiv svekkelse og annen utagerende atferd og psykologiske symptomer. Hvordan helsevesenet og sykepleiere møter disse menneskene, vil ha stor innvirkning på deres livskvalitet, samt deres fysiske og psykiske helse.

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Temaet vi har valgt er miljøtiltak og livskvalitet for personer med demens på sykehjem. Grunnen til at vi valgte dette temaet var først og fremst at det er aktuelt og viktig i Norge og ellers i verden. Demensplanen 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) legger vekt på at personer med demens skal kunne leve trygge og aktive liv. Dette gjelder uansett hvor i sykdomsforløpet de er. Livet skal fortsatt nytes og leves så lenge som mulig. Videre vektlegges det at det grunnleggende prinsippet i tjenestene til personer med demens skal være personsentrert omsorg. Det er derfor viktig at personer med demens tilbys meningsfulle aktiviteter, tilpasset den enkeltes behov og interesser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

For det andre er det mange med ulik fagbakgrunn deriblant sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, og assistenter med ikke-faglig bakgrunn, som jobber på sykehjemmet. Sykepleieren må kunne evne å jobbe tverrfaglig, spesielt med tanke på at andelen sykepleiere som jobber på sykehjem, er lav i forhold til andre yrkesgrupper. Sykepleieren har det overordnede ansvaret, og samarbeider med andre yrkesgrupper når det besluttes om et miljøtiltak skal iverksettes og hvordan. Vi har derfor valgt å bruke et pleiepersonellperspektiv, som inkluderer erfaringer fra andre yrkesgrupper, i bruken av miljøtiltak på sykehjem.

For det tredje, har vi gjennom praksis og deltidsjobb fått med oss erfaringer og opplevelser på dette området. Erfaringene har skapt nysgjerrighet, interesse og et ønske om å se nærmere på

dette temaet. Nærmere bestemt hvilke miljøtiltak og personsentrerte tiltak som kan bidra til å forbedre livskvaliteten hos personer med demens på sykehjem.

## **1.2 Problemformulering**

I lys av den kommende eldrebølgen vil andelen pasienter på sykehjem med en demensdiagnose øke, sannsynligvis uten at ressursene vil øke tilsvarende. Denne pasientgruppen er særlig utsatt for opplevelse av uro og utfordrende atferd som påvirker deres livskvalitet. Miljøtiltak brukes som et element i demensomsorgen, med varierende resultater. Derfor vil vi undersøke om det finnes underliggende og sammenfallende faktorer ved forskjellige miljøtiltak som kan gjøre effekten av tiltakene mer forutsigbar og dermed bidra til å forebygge utfordrende atferd og uro, dermed bedre livskvalitet. Vi ser et behov for mer forskning for å kunne heve sykepleiekunnskapen i forhold til bruk av miljøtiltak som videre kan bidra til bedre livskvalitet for denne pasientgruppen.

## **1.3 Hensikt**

Hensikten med oppgaven er å undersøke om det finnes underliggende og sammenfallende faktorer som gjør at miljøtiltak kan bidra til bedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem.

## **1.4 Begrepsavklaringer**

### *1.4.1 Demens*

Det finnes flere definisjoner på begrepet *demens*, i forbindelse med denne oppgaven blir begrepet demens forstått som følgende:

en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenliknet med tidligere og endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2018, s. 18).

### *1.4.2 Miljøbehandling, miljøterapi*

Begrepene miljøbehandling og miljøterapi betyr det samme og vanligvis brukes de om hverandre. I Rokstad (2012) blir Vatne sitert hvor hun beskriver og definerer at «miljøbehandling er en aktivitetsrettet form for behandling som generelt tar sikte på å bedre

pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter og som innebærer å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring» (Rokstad, 2012, s. 19). I Rokstad (2020) siteres Egedius og Geanellos i at miljøbehandling innebærer «behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet pasienten befinner seg i» (Rokstad, 2020, s. 166).

#### *1.4.3 Livskvalitet*

Livskvalitet defineres av Verdens helseorganisasjon som: “an individual’s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relations to their goals, standards and concerns” (WHO, 2012) & (Rokstad, 2013, s. 28). Livskvalitet omfatter både subjektive og objektive sider ved livet.

#### *1.4.4 Pleiepersonell*

I vår studie og i forbindelse med denne oppgaven bruker vi begrepet *pleiepersonell* som alt helsepersonell med ulik fagbakgrunn. Dette gjelder sykepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeuter, vernepleiere, aktivitører, samt assistenter med ikke-faglig bakgrunn, som gir omsorg til pasienten på sykehjem.

#### *1.4.5 PMD*

Forkortelse for Personer Med Demens.

#### *1.4.6 APSD*

Forkortelse for Atferdsmessige og Psykologiske Symptomer ved Demens.

## 2 TEORI

### 2.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner og som forverrer seg over tid. Personen som rammes av demens vil over tid fungere dårligere og dårligere og vil til slutt ha behov for hjelp til alt. Demens påvirker personens evne til å fungere i hverdagslivet, deres familie, andre i omgivelsene (Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 411). Engedal og Haugen (2018) definerer demens som «et ervervet hjerneorganisk syndrom hos en voksen eller eldre person. Syndromet kjennetegnes ved svekket kognitiv kapasitet med redusert evne til hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til nedsatt evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverrer seg ofte over tid.» (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). I tillegg oppstår gjerne symptomer som depresjon, angst, vrangforestillinger og hallusinasjoner i tillegg til atferdsendringer som agitasjon og apati (Rokstad, 2021, s. 12). Det er viktig å nevne at selv om demens kan påvirke hukommelse, tenkning, orientering, forståelse, og læringskapasitet med mer, blir ikke nødvendigvis bevisstheten til personen påvirket (WHO, 2021).

I Norge i dag er det omkring 101 000 personer i Norge som har en demenssykdom (FHI, 2014), og om lag 10 000 personer hvert år får en demenssykdom. Dersom forekomsten av demens holder seg på dagens nivå, anslås det at antallet personer som får demens vil være fordoblet til ca. 160 000 personer innen år 2040 (Rokstad, 2021, s. 12; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 412). Demens er som nevnt, en samlebetegnelse på sykdommer som rammer hjernens funksjoner, og er ikke *en* sykdom. Det finnes mange former for demens, hvor det er vanlig å dele demenssykdommene i tre hovedgrupper: Primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. De vanligste demenssykdommene er Alzheimers, hvilket rammer ca. 60% av personene som har en demenssykdom, frontotemporal demens, demens med lewylegemer, demens med Parkinsons sykdom og vaskulær demens. Alle disse er degenerative hjernesykdommer, hvilket innebærer at nervecellene i hjernen dør litt etter litt (Rokstad, 2021, s. 13; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 412–414).



### *2.1.1 Å leve med demens*

Å få en demensdiagnose innebærer store forandringer i den enkeltes liv og deres pårørende. En viktig oppgave for helsepersonell vil derfor være å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap til å kunne forstå hver enkelt pasient og hvordan demenssykdommen påvirker livene deres. Skovdahl & Drivdal (2014) henviser til Helse- og omsorgsdepartementet, «Den gode dagen», som beskriver viktigheten av øyeblikkets gleder, trivsel, velvære, og gode opplevelser av mestring, som er viktige mål for demensomsorgen i Norge. Grunnet personens svekkede hukommelse, blir øyeblikkene og gledene her og nå, desto viktigere (Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 419–420).

De viktige relasjonene i personen med demens sitt liv, har en sentral rolle for hvordan han forstår og forholder seg til sin nye situasjon. Sosiale relasjoner, å være en aktiv deltaker i eget liv og beholde sin identitet gjennom å kunne vise til sin egen fortid, har betydning for hvordan han opplever mening og livskvalitet (Rokstad, 2021, s. 18–21).

Det er viktig å unngå situasjoner som vil gi en opplevelse av å mislykkes. Det kan være vanskelig og sårt for en person med demens og oppdage at han ikke lenger mestrer oppgaver som han tidligere klarte alene. Her spiller tverrfaglighet og samarbeid en stor rolle. Dette, for å kunne forstå og møte den enkelte personens behov og ønsker, og på tross av sykdommen tilrettelegge for et godt og aktivt liv. Å bruke og opprettholde gjenværende ressurser, mestringsopplevelser, og støtte individuelt tilpasset den enkeltes funksjonsnedsettelse er målet med dette arbeidet (Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 419–420).

Å leve med demens innebærer å leve med symptomene som manifesterer seg i forbindelse med diagnosen. Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, ofte forkortet til APSD, er en samlebetegnelse på en rekke symptomer som de aller fleste personer med demens opplever. Andre betegnelser av disse symptomene omhandler hvordan de oppfattes og beskrives av helsepersonell og pårørende, slik som utfordrende atferd. APSD omfatter psykotiske symptomer, stemningssymptomer, angstsymptomer, apati og agitasjon. De ulike symptomene vil få ulike konsekvenser, men de fleste symptomene viser seg å føre til økt belastning for pasienten og pårørende, mer bruk av helsetjenester, større funksjonssvikt og høyere dødelighet. Det er derfor viktig å forebygge slike symptomer og håndtere de på en god måte (Selbæk, 2018, s. 246–247).

Agitasjon er blant de vanligste symptomene på APSD, og omtales gjerne som utfordrende atferd. Det byr på flere utfordringer for personen selv, pårørende og helsepersonell. Personer

med demens kan ha vanskeligheter for å forklare og fortelle om hva som plager dem, som kan føre til agitasjon, eller utfordrende atferd, slik som generell uro, vandring, roping med mer. Å forstå årsaken til agitasjonen, vil være forebyggende og hjelpe personen selv. Miljømessige forhold har ofte sammenheng med agitasjon. Ulike miljøtiltak vil derfor kunne ha effekt; Psykososiale tiltak og miljøtiltak slik som personsentrert omsorg, god kommunikasjon, strukturerte aktiviteter og musikkterapi har vist å ha effekt på agitasjon hos personer med demens (Selbæk, 2018, s. 249–250).

## **2.2 Sykepleieteori**

### *2.2.1 Travelbee: menneske-til-menneske-forhold*

*«Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).*

I møte med pasienter vil det oppstå en relasjon mellom sykepleier og pasient, som tradisjonelt blir sett på og kalt et sykepleier-pasient-forhold. Travelbee på sin side hevder at denne type forhold ikke vil gi den beste pleien til pasienten, fordi en *sykepleier* og en *pasient* ikke kan nå helt fram til hverandre. Hun utviklet derfor en egen teori basert på at sykepleier og pasienten møtes som enkeltmennesker. Hun kaller denne relasjonen for menneske-til-menneske-forhold (Travelbee, 1999, s. 171).

Grunntanken er at sykepleieren ser pasienten som et unikt individ, *«Hvert enkelt menneske er absolutt unikt»* (Travelbee, 1999, s. 56–57) og sykepleieren ser hele mennesket bak diagnosen og sykdommen, og bruker seg selv som det menneske hun er, i relasjon med det andre mennesket, som er pasienten; Det er i denne type relasjon med hverandre, at sykepleier virkelig lærer pasienten å kjenne, slik at hun best kan hjelpe pasienten og utføre god sykepleie. Det vesentlige ved dette forholdet er at individets sykepleiebehov blir ivaretatt. *«Disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk.»* (Travelbee, 1999, s. 41). *«Å kjenne et annet menneske er å oppleve og respondere på det unike ved dette mennesket»* (Travelbee, 1999, s. 141). Alle mennesker er forskjellige, og hvert enkelt

menneske reagerer ulikt på påkjenninger. For at sykepleieren skal kunne gi meningsfull hjelp, må hun kunne respondere på det unike ved hver enkelt person hun skal gi omsorg for. Dersom sykepleieren ikke gjenkjenner det unike ved hver enkelt, vil hun kanskje ikke gjenkjenne den enkeltes behov for hjelp, da ikke alle personer spør om eller søker hjelp. Men selv disse vil kunne ha det lettere å søke hjelp, dersom han kjenner og har tillit til sykepleieren som skal gi denne hjelpen (Travelbee, 1999, s. 141–142).

### *2.2.2 Sykepleie med fokus på omsorg*

Personsentrert omsorg er nært knyttet til ulike omsorgsteorier, som er et grunnlag for menneskelige eksistens og samhandling. Omsorg utgjør ikke bare grunnlaget for sykepleie, men som sykepleiere har man en plikt å utføre omsorgsfull helsehjelp. I helsepersonelloven § 4-1 er det en sentral bestemmelse som stiller krav til helsepersonells utførelse av sitt arbeid. Den legger vekt på faglig forsvarlighet og at helsepersonellet skal gi omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999). I Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi, som referert i Kristoffersen (2017), vektlegges en menneskeoppfatning som bygger på relasjoner mellom mennesker, der det menneskelige fellesskapet har en sentral plass. Ifølge Martinsen har omsorg noen fundamentale kvaliteter. Hun mener omsorg er en sosial relasjon, det vil si at den har med fellesskap og solidaritet med andre å gjøre, så vel som forståelse. Disse kvalitetene fører til at en forstår den andre gjennom måten han forholder seg til sin situasjon (Kristoffersen, 2017, s. 56–57). Martinsen, referert i Kristoffersen (2017), sin omsorgsfilosofi bygger på den danske filosofen Knut E. Løgstrup sin filosofi om sansning. Ifølge Martinsen er det ofte utfordrende for sykepleieren å tyde det inntrykket pasienten gir, og «Det er ikke bare sykepleieren som tyder pasienten, pasienten tyder også sykepleieren» (Martinsen, 2012, s. 17). Pasienten tyder sykepleierens tilstedeværelse, hennes pleiende hender med mer, mens sykepleierne bruker sansene deres ved å tolke hva pasienten uttrykker, ved observasjoner av kroppsspråk blant annet. I denne prosessen må sykepleieren bruke sitt faglige skjønn for å kunne forstå og forholde seg til pasienten på en omsorgsfull måte og ivareta grunnleggende behov til pasienten (Kristoffersen, 2017, s. 61).

### **2.3 Personsentrert demensomsorg**

På nettsiden til aldrings og helse; nasjonal kompetansetjeneste defineres begrepet personsentrert omsorg slik:

en omsorgsfilosofi som handler om å ta hensyn til hvordan en person opplever sin situasjon og verden rundt seg. Omsorgen skal tilrettelegges slik at personens perspektiv på situasjonen blir ivaretatt. Hvordan en person opplever en situasjon er preget av personlighet, livshistorie, fysisk helse, demenssymptomer og sosialt miljø (Aldring og helse, u.å.).

Begrepet personsentrert omsorg og effekten det har for personer med demens, ble først tatt i bruk av Kitwood (Brooker & Deschington, 2013, s. 83; Rokstad, 2012, s. 24). Kitwood var opptatt av å belyse viktigheten av å anerkjenne hver person som unik, forstå dere historie og verdsette deres individuelle ønsker og tro (Brooker & Deschington, 2013, s. 8; Rokstad, 2013, s. 34). «Den personsentrerte demensomsorgen er bygget opp rundt noen grunnleggende sosialpsykologiske behov nemlig: *identitet, sosial inkludering, tilknytning, bekreftelse, trøst, og kjærlighet*. Det er særlig disse faktorene som kan fremmes med støtte av miljøbehandling» (Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 422).

Demensomsorgen skal være individuelt tilpasset. Ved å lage tiltaksplan som inneholder informasjon om personens interesser, ressurser og behov, samt instruksjoner om hvordan disse gjennom konkrete tiltak skal møtes, legger man til rette for en optimal individuell tilpasning. (Rokstad, 2020, s. 57) En god tiltaksplan krever at personalet kjenner personens livshistorie, individuelle preferanser, og vaner, samt hvilke aktiviteter han foretrekker. Det stilles store krav til pleiepersonell som skal møte og tilfredsstillende de grunnleggende behovene hos personer med demens. Det krever tilstedeværelse, fordomsfrihet, evne til forhandling, fleksibilitet, evnen til lek og feiring og ikke minst evnen til å finne mening bak atferden, Å innfri disse kravene er å utøve positivt personarbeid, noe som kan styrke personverdet. (Rokstad, 2020, s. 58–59).

Personsentrert omsorg gjelder ikke kun personer med demens, men omfatter alle pasientgrupper. Personsentrert omsorg er forankret i retten til brukermedvirkning som er nedtegnet i § 3-1 i Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

## **2.4 Miljøbehandling**

Tilstanden demens, har ingen kurativ behandling. Derfor anses miljøbehandling som et viktig element i demensomsorgen. Miljøbehandling er aktivitetsbasert, er rettet mot å bevare personens evner og funksjoner i så stor grad som mulig, slik at de kan leve et så godt og aktivt liv så langt som det lar seg gjøre. Aktivitetene iverksettes for å stimulere enten fysiske eller psykiske funksjoner hos personen. I tillegg skal de fysiske og sosiale omgivelsene tilrettelegges, slik at det kan fremme mestring, trivsel og helse for personer med demens. Videre er det en forutsetning at tjenesteyteren kartlegger interesseområder og personens

funksjoner, før et tiltak iverksettes (Rokstad, 2012, s. 19–20; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 420).

Det finnes ikke en behandling som passer for alle. Det vil si det som kan fungere bra for en person vil ikke nødvendigvis gjøre det for andre. Derfor skal miljøtiltakene være fleksible og kunne endres i tråd med hva personen med demens er interessert i, og har behov for. Behandlingen må også kunne tilpasses det enkelte individ og sikre at personen kan bruke sine egne erfaringer og ressurser. Her spiller helsepersonell en sentral rolle i å bygge en relasjon mellom personen med demens og helsepersonellet. Dessuten skal de bidra til å skape en kultur som inkluderer og verdsetter det enkelte person (Rokstad, 2012, s. 166–167; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 427–428).

Miljøterapi kan utføres som individuell aktivitet, eller som gruppeaktivitet. Det finnes mange forskjellige typer miljøbehandling, som varierer fra ganske enkle aktiviteter til mer kompliserte aktiviteter. Eksempler på miljøbehandling i demensomsorg inkluderer reminisens, fysisk aktivitet (innendørs eller utendørs), validering, dyreterapi, musikk og sang, og robotdyr, blant annet (Skovdahl & Drivdal, 2014). Vi skal se nærmere på de miljøterapeutiske metodene som belyses i de utvalgte artiklene i denne oppgaven.

#### *2.4.1 Musikk som miljøterapi:*

Musikk, sang og dans er en av de vanligste og mest naturlige aktivitetene som foregår i de fleste sykehjem. Bruk av musikk i miljøbehandlingen kan spenne fra profesjonell musikkterapi, via aktiv deltakelse i sang, til det å lytte til sin favorittmusikk alene eller sammen med noen. Det er et miljøtiltak som er ganske enkelt å tilpasse hvis vedkommende er interessert i musikk. Det er derfor viktig å få kunnskap om den enkeltes behov og forhold til musikk (Fermann, 2012, s. 54; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 431). Det er i prinsippet to metoder for bruk av musikk når det gjelder personer med demens; å bruke musikk til å øke aktivitetsnivået, eller til avspenning. Dette skjer enten i grupper eller individuelt. Målet med bruk av musikk er å stimulere til positive opplevelser og vekke minner. I tillegg kan musikk brukes til å stimulere til sosial deltakelse, redusere stress og uro. Gjennom å knytte musikk til minner vil pasienten få styrket sin identitet og sin opplevelse av egenverdi (Rokstad, 2020, s. 174-176).

#### *2.4.2 Reminisens / erindringsarbeid*

Det å gjenkalle minner fra fortiden er en kjent aktivitet for alle, men når det gjelder personer med demens kan det ha stor betydning. Denne aktiviteten kalles reminisens eller erindringsarbeid. Formålet med behandlingen er å stimulere pasientens kognitive evner.

Reminisens gjennomføres på flere måter. Det kan foregå individuelt, der en beboer sammen med ansatte eller pårørende, ser i et fotoalbum eller minnealbum, hvilket er en vanlig og hyppig brukt metode for reminisens på sykehjem. Minnealbum kan inneholde alt fra hobbyer og interesser, familie og venner, arbeidsliv til favorittmusikk. Det brukes bilder av kjente personer og spesielle hendelser på veggene i fellesområdene. Det er også flere som har erindrings hjørner, områder eller som har utstyrt med interiør og gjenstander fra fortiden på sitt privat rom. Disse midlene fungerer som en trigger som kan frembringe glede og gode minner, men kan også vekke uønskede minner. Det er derfor viktig at personalet har kompetansen til å håndtere alle eventuelle utfall (Fermann, 2012, s. 56; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 430).

#### *2.4.3 Kultur, tur og natur*

Kulturaktiviteter er et begrep som omfatter ulike aktiviteter. Det inneholder for eksempel utendørsaktiviteter; gåtur, sansehage, kjøretur, besøk til museum med mer, eller innendørsaktiviteter som sang- og musikk kvelder, temakvelder, fellestrim blant annet. Det kan være viktig å dekorere omgivelsene i samsvar med aktivitetene. Å dra på tur er en svært vanlig aktivitet som brukes både som fellesaktivitet for mindre grupper, eller som et individuelt tiltak. Det å dra på tur sammen betyr mye for beboerne utover det konkrete målet for turen. Forfatteren Fermann (2012) viser til et tilfelle, der personalet drar på hytteturer med overnatting, sammen med noen få beboere. Dette krever nøye planlegging av utvelgelse av deltakere, og forberedelser slik at aktiviteten skal være individuelt tilpasset og tilrettelagt for den enkelte beboer (Fermann, 2012, s. 56; Skovdahl & Drivdal, 2014, s. 428).

#### *2.4.4 Dukketerapi*

Dukketerapi har vært i bruk siden 1990-tallet. Selv om det eksisterer en god del forskning og artikler om emnet, er temaet vanskelig å finne i fagbøker. Mitchell (2014) siterer Verity som beskriver dukketerapi som en systematisk bruk av dukke for å forbedre livskvaliteten eller velvære for personer med demens. I samme studien viser Mitchell (2014) til Lash som også finner fordeler ved bruk av dukketerapi, og beskriver en hendelse med en pasient som ved hjelp av dukke (bamse) klarte å kommunisere og samhandlet bedre med helsepersonell.

Terapeutisk bruk av dukker, forstås ut fra tilknytningsteorien til Kitwood, referert i Kitwood og Brooker (2019), som beskriver at god demensomsorg består av en rekke høykvalitets intervensjoner som sørger for stabilitet og trygge forhold. Tilknytningsteorien viser hvordan folk bruker dukkene til å skape sikkerhet, noe som i økende grad brukes som midlertidige

**Kandidatnummer: 8106, 8107 & 8112**

midler for å begrense eller erstatte emosjonelle tap i deres liv (Kitwood & Brooker, 2019, s. 121).

### 3 METODE

I Dalland (2017, s. 51) siteres sosiologen Vilhelm Aubert for å sette ord på hva metode er: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap» Metode kan beskrives på flere måter, det kan være veien mot målet, en fremgangsmåte, de redskaper og midler som tas i bruk for å løse problemer, svare på spørsmål, finne frem til ny kunnskap eller etterprøve kunnskap (Dalland, 2017, s. 50–54).

Metoder kan være kvantitativt eller kvalitativt orienterte. Kvantitative metoder kan kjennetegnes ved at de tar for seg målbare enheter som kan brukes til å presentere og forklare resultatene, for eksempel prosentvise forekomster eller gjennomsnittlig verdi. Kvalitative metoder kjennetegnes med at de tar for seg det som ikke kan tallfestes, som meninger og opplevelser, det særegne og å formidle forståelse (Dalland, 2017, s. 52–53).

I fortsettelsen av dette kapitlet skal vi gjøre rede for valg av metode og analysetilnærming og beskrive søkeprosessen vår.

#### 3.1 Valg av metode.

Vi har gjennomført en integrativ litteraturanalyse, det innebærer at vi har analysert et utvalg vitenskapelige artikler, sammenstillet funn fra artiklene og videre foretatt en metasyntese på bakgrunn av funnene (Friberg, 2017, s. 129–132, 150; Thidemann, 2019, s. 77–79). Begrepet metasyntese kan forklares som forskningsaktivitet som analyserer tidligere utført forskning med tanke på å skape noe nytt (Friberg, 2017, s. 131).

På bakgrunn av temaet og problemstillingen vi har valgt anser vi det hensiktsmessig å anvende en kvalitativ metode i vår oppgave. Vi har hatt til hensikt å gå i dybden av materialet for å finne sammenhenger og få en forståelse av helheten og det særegne sett fra et helsepersonellperspektiv, derfor har vi fokusert på kvalitative artikler i analysen.

#### 3.2 Søkeprosessen

For å finne frem til gode artikler fokuserte vi på å utføre systematisk søk i flere databaser.. «Systematisk søking innebærer både valg av rette databaser, utforming av søkeord og søkeprofil, presisering av hvilke artikler du velger på bakgrunn av søket, og hvordan du dokumenterer og beskriver søket» (Nielsen et al., 2021, s. 65).



### *3.2.1 Databasevalg:*

Vi valgte å gjøre våre søk i CINAHL Complete, SveMed+ og PubMed da dette er anerkjente og omfattende databaser som inneholder artikler fra et stort utvalg forskjellige tidsskrifter, SveMed+ er et godt valg for å få med litteratur fra Skandinavia, men blir dessverre ikke oppdatert med ny forskning lengre. Derfor gjorde vi også søk i Idunn for å få med de nyeste tilgjengelige fagartiklene fra Norden. Dette er alle relevante databaser i forhold til å finne frem til helsefaglige og sykepleiefaglige forskningsartikler.

### *3.2.2 Søkeprofil*

Vi dannet oss en søkeprofil ved først å velge sentrale emneord med tanke på vår problemstilling og hensikt. Disse emneordene ordnet vi så i blokker, som illustrert i tabell 1, før vi fortsatte med å finne synonymer til emneordet i hver blokk (Nielsen et al., 2021, s. 67–77). Vi begynte med norske emneord, men når vi skulle lage blokkene for å forberede søk i databasene gikk vi over til engelske emneord og engelske synonymer ettersom forskningslitteratur ofte er skrevet på engelsk eller indeksert på engelsk i de forskjellige databasene. For å finne passende emneord og synonymer brukte vi tesaurus i SveMed+ og PubMed for å finne tilsvarende MeSH (Medical Subject Heading) og i Cinahl for å finne tilsvarende Cinahl subject headings. Ved å bruke kontrollerte emneord kan man oppnå et mer representativt søkeresultat, samtidig som man kan gå glipp av relevante artikler på grunn av feil i indeksering eller at de ikke enda er indeksert. Av den grunn har vi i tillegg brukt noen synonymer som fritekstsøk da det vil kunne gi et større søkeresultat basert på tekst i hele referansen. Vi tok også i bruk trunkering for å sikre at vi fikk med alle versjoner av synonymene vi valgte, for eksempel therap\* som vil gi resultat for både therapy og therapies (Friberg, 2017, s. 67–70; Nielsen et al., 2021, s. 65–72).

I tabellen nedenfor fremkommer alle emneord og synonymer vi har brukt som vår søkeprofil. Søkeordene i hver blokk har vi først kombinert med den boolske operatoren OR, deretter har vi kombinert de forskjellige blokkene med den boolske operatoren AND (Friberg, 2017, s. 72–73; Nielsen et al., 2021, s. 70–72; Thidemann, 2019, s. 87).

Søkeprofilen har vi tilpasset hver enkelt database ved å bruke de emneord som brukes i akkurat den databasen, så har vi variert mellom å kombinere alle blokkene i søk eller bare et utvalg av blokkene, basert på antall treff. Etter hvert som vi identifiserte hvilke søkeord som ga relevante treff tilpasset vi søkeprofilen, slik at søkeblokkene ble mer konsise og bestod av færre kombinasjoner av kontrollerte søkeord og synonymer i fritekst.

Tabell 1 Emneord og synonymer sortert i søkeblokker

|                 | Blokk 1   | Blokk 2   | Blokk 3   | Blokk 4   |
|-----------------|---|---|---|---|
| Emneord         | Demens  | Miljøtiltak   | Livskvalitet  | Sykehjem  |
| Engelsk emneord | Dementia  | Psychosocial intervention   | Quality of life   | Nursing home  |
| Synonymer       | Alzheimer<br>Familial dementia<br>Senile dementia<br>Neurocognitive disorders | Situational therapy<br>Milieu therapy<br>Socio environmental therapy<br>Environmental therapy<br>Intervention | Life quality<br>Well being<br>Well-being<br>Wellbeing<br>Health-related quality of life | Residential facility<br>Long term care facility<br>Care facility<br>Care homes<br>Long term care<br>Residential care<br>Aged care facility<br>Aged care |

### 3.2.3 Søkestrategi

Vi brukte søkeprofilen over som utgangspunkt. For å presisere søket satte vi opp noen inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Ettersom det er et krav i rammene til oppgaven, inkluderte vi kun fagfellevurderte artikler. Vi ekskluderte i tillegg artikler fra tidsskrifter med lavere enn nivå 1 i NSD kanalregisteret. (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.) For å sikre at analysegrunnlaget bestod av ny og oppdatert forskning valgte vi å kun inkludere artikler publisert mellom 2011 og 2021. Vi valgte å bruke utelukkende artikler skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk for å unngå misforståelser som resultat av feilaktig oversettelse. Videre valgte vi å inkludere kun artikler basert på kvalitativt eller blandingsdesign, da vi anså det som mest hensiktsmessig for vår besvarelse. For å gjøre oppgaven relevant for våre forhold valgte vi å ekskludere artikler fra geografiske områder med et helsesystem som vanskelig kan sammenlignes med forholdene i Norge. Videre ekskluderte vi artikler som ikke samsvarte med hensikt og problemstilling (Friberg, 2017, s. 77–78; Nielsen et al., 2021, s. 69–70).

#### 3.2.3.1 CINAHL complete

Vi tok utgangspunkt i søkeprofilen i tabell 1 og tilpasset den med CINAHL subject headings og noen tekstord. Deretter gjorde vi kombinerte blokksøk, først med alle fire blokkene deretter i kombinasjoner av tre og tre blokker, samtidig satte vi inklusjons og eksklusjonskriterier som beskrevet over. Disse søkene resulterte i totalt 45 treff. Vi gjennomgikk alle titlene og 3 sammendrag, men ingen av disse artiklene er inkludert i vår studie fordi de ikke samsvarte med samtlige av våre kriterier..

### 3.2.3.2 PubMed

Søkeprofilen ble tilpasset databasevalget ved å finne passende MeSH-ord og søk utført som over. I PubMed er det ikke mulig å bruke fagfelle vurdering eller geografisk tilhørighet som kriterier for søkene, men vi brukte kriterier for publiseringsår og språk.

Ved å kombinere alle 4 blokkene og bruke databasens kriterier fikk vi over 500 treff. Ved å ta i bruk operatoren AND, for å inkludere kvalitative artikler, ble antall treff redusert til 388. Videre brukte vi den boolske operatoren NOT, for å ekskludere artikler som inneholdt ordene hospital, review og palliative, og satt da igjen med 189 treff. Vi gjennomgikk alle titler og ti sammendrag, og stod igjen med to artikler som vi har brukt i analysen.

### 3.2.3.3 SveMed+

Vi tilpasset søkeprofilen med MeSh og fritekst som passet i databasen, deretter utførte vi kombinerte blokksøk som beskrevet over. Vi måtte redusere til å kombinere kun tre blokker, blokk 1, 3 og 4, for å få treff. Vi fikk tolv treff på fagfelle vurderte artikler, en av dem var duplikat av en artikkel valgt fra søk i PubMed og en var publisert før 2011. Vi gjennomgikk resten av titlene, to sammendrag og en artikkel, men ingen av dem møtte inklusjonskriteriene og inngår derfor ikke i analysen vår.

### 3.2.3.4 Idunn

Her ble det gjort ett enklere søk. Ved bruk av funksjonen for avansert søk alternativet på nettsiden kombinerte vi emneordene våre på norsk og fikk 28 treff. Vi gjennomgikk alle titlene og fire sammendrag. To av artiklene møtte inklusjonskriteriene og inngår dermed i analysen vår.

### 3.2.4 *Inkluderte artikler*

I tabellen under presenteres de fire utvalgte artiklene som vi stod igjen med som resultat av søkeprosessen vår. De representerer et utvalg forskjellige miljøtiltak som til sammen vil kunne hjelpe oss å avdekke om det foreligger underliggende og sammenfallende faktorer som kan bidra til livskvalitet.

Kandidatnummer: 8106, 8107 & 8112

Tabell 2 Utvalg av artikler

| Kilde:     |  | Hensikt   | Perspektiv                  | Metode  | Database |
|------------|--|---|-----------------------------|---|----------|
| Artikkel 1 | Luke, R. D., Petersen, K. A., & Tranvåg, O. (2013). Dementia care supported by memory stimulating surroundings—Caregiver experience with environmental reminiscence approach. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 3(04), 269-286.  | Å utforske erfaringene til en gruppe pleiepersonell ved bruk av environmental reminiscence approach (ERA) i hverdagen til pasienter med moderat demens som bor i et sykehjem.                               | Pleiepersonell              | Kvalitativ tilnærming basert på Gadamer's filosofiske hermeneutikk (1960/2004, 1976). Data ble innhentet ved hjelp av intervju.   | Idunn    |
| Artikkel 2 | Moyle, W., Murfield, J., Jones, C., Beattie, E., Draper, B., & Ownsworth, T. (2019). Can lifelike baby dolls reduce symptoms of anxiety, agitation, or aggression for people with dementia in long-term care? Findings from a pilot randomised controlled trial. <i>Aging &amp; mental health</i> , 23(10), 1442-1450.       | Å sammenligne bruk av dukketerapi for å redusere angst, agitasjon og aggresjon hos eldre mennesker med demens i et sykehjem, med vanlig behandling, og utforske pleiepersonell oppfatninger om dukketerapi. | Pleiepersonell              | Blandet forskningsdesign, en kvantitativ og en kvalitativ del, vi har fokusert på resultatene fra den kvalitative delen av studien. Data ble innhentet ved hjelp av intervju. | PubMed   |
| Artikkel 3 | Skaar, R., & Söderhamn, U. (2011). Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet—En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> , 1(03), 192-205.   | Å få innsikt og kunnskap om hvordan tilpassede kulturaktiviteter kunne innvirke på velvære for en gruppe pasienter med demenslidelse  | Pleiepersonell og pårørende | Kvalitativ tilnærming med hermeneutisk analyse. Data innhentet gjennom ikke-deltakende observasjon av seks pasienter samt intervju av deres pårørende.                        | Idunn    |
| Artikkel 4 | Swall, A., Hammar, L. M., & Gransjön Craftman, Å. (2020). Like a bridge over troubled water—a qualitative study of professional caregiver singing and music as a way to enable person-centred care for persons with dementia. <i>International journal of qualitative studies on health and well-being</i> , 15(1), 1735092. | Å beskrive helsepersonells perspektiver ved bruk av sang og musikk i arbeidshverdag deres, og effekten på omsorg og samhandling med personen med demens.  | Pleiepersonell              | Kvalitativ tilnærming med bruk av gruppediskusjoner med fagpersonell fra tre sykehjem i en mellomstor by i Sverige.   | PubMed   |

### 3.3 Analyse

I denne delen av besvarelsen skal vi se nærmere på analysen vår. «Analysarbeidet kan beskrivas som en rörelse från helhet till delarna, och därifrån till en ny helhet» (Friberg, 2017, s. 135).

Vi tok for oss en *induktiv tverrgående analyse* av materialet, med hensikt å avdekke sammenhenger på tvers av de ulike miljøtiltakene som kunne gi svar på vår problemstilling. Innledningsvis dannet vi oss en helhetsforståelse av artiklene, deretter fant vi foreløpige temaer. Disse temaene brukte vi videre for å systematisere datamaterialet. Vi lokaliserte og grupperte meningsbærende enheter for hvert tema, fra resultatdelen av hver enkelt artikkel og satte opp resultatet i en matrise. En rad for hvert tema og en kolonne for hver artikkel (Friberg, 2017, s. 135–136; Nielsen et al., 2021, s. 181–184). Videre finleste vi de meningsbærende enhetene for å se om alt sammenfalt med de innledende temaene og gikk igjen i alle artiklene, eller om vi måtte justere noe. I denne prosessen kom vi frem til koder, hvor noen sammenfalt med innledende tema og noen oppstod gjennom prosessen. Disse kodene og tilhørende meningsbærende enheter ble igjen satt inn i en matrise. Herfra kunne vi enkelt se hvilke koder som gikk igjen i artiklene. Deretter gjennomgikk vi enhetene for hver kode og foretok en meningsfortetting for hver av kodene våre. Vi produserte en setning som sammenfattet alle enhetene for hver kode. Fra dette resultatet kom vi frem til de tre temaer med tilhørende åtte kategorier som danner grunnlaget for vår videre tolkning (Friberg, 2017, s. 135–137; Nielsen et al., 2021, s. 183–189). Tema og kategorier gjengis i tabell 3 i resultatpresentasjonen.

## 4 RESULTAT

I dette kapittelet vil vi presentere resultatene av analysen av artiklene våre, gjennom analyseprosessen kom vi frem til tre hovedtema og til sammen åtte kategorier fordelt som illustrert i tabellen nedenfor.

Tabell 3 Resultater

| Tema                  | Kategorier  |
|-----------------------|---|
| Personsentrert omsorg | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å tilpasse tiltakene</li> </ul>  |
| Tilstedeværelse       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleiepersonalets rolle</li> </ul>  |
| Terapeutisk verdi     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Å aktivere minner</li> <li>• Å motivere til aktivitet</li> <li>• Å vekke følelser</li> <li>• Å øke sosialisering</li> <li>• Å fremme kommunikasjon</li> <li>• Å redusere APSD</li> </ul> |

Under presenterer vi de tre temaene med tilhørende kategorier.

### 4.1 Personsentrert omsorg

I alle de fire artiklene kommer det frem at det må være et underliggende fokus på personsentrert omsorg for at miljøtiltak skal ha effekt. Et gjennomgående tema var at miljøtiltakene måtte tilpasses individuelt og at ikke alle tiltakene passet for alle pasientene. samtidig kom behovet for fleksibilitet i tiltakene frem.

#### 4.1.1 Å tilpasse tiltakene

Alle artiklene la vekt på personsentrert fokus i implementering av tiltakene de beskrev. Det kom frem i studien Luke et al. (2013), at tiltakene ikke vil oppnå ønsket terapeutisk effekt uten at de er individuelt tilpasset og tilrettelagt for den enkelte. “ERA should be dynamic and formed according to the lives of present residents: In order to maintain therapeutic value, reminiscence corners must be dynamic. We must see to it that they evolve continuously to meet our resident’s needs” (Luke et al., 2013). Deltakerne i studiene til Moyle et al. (2019) og Swall et al. (2020) mente valg av miljøtiltak for beboerne burde vurderes nøye før de iverksettes. De delte sine erfaringer ved å legge til at de var klare til å akseptere at ikke alle beboere vil reagere positivt

når de blir introdusert for dukker eller hører på en musikksjanger. De tok hensyn til pasientens interesse og forsikret seg om at det var det beboerne ønsket og sørget for å ikke påtvinge valg eller deltakelse i aktiviteter. Som illustrert i studiene: “Facility staff were mindful that not all residents would be receptive to the doll, and that responses may vary according to the day” (Moyle et al., 2019). “Knowing the life stories of PWDs and choosing the right music for the person could bring back memories and open up for conversations about life and the way PWDs recall life” (Swall et al., 2020).

Å tilpasse tiltakene var ikke et direkte funn i studien til Skaar og Söderhamn, (2011). Derimot kommer det frem at seleksjonen av beboere til selve prosjektet ble gjort basert på at deltakerne hadde interesse for de inkluderte aktivitetene. Tittelen på studien, «Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet...», viser også tilpasning. Videre kan man lese i diskusjonsdelen av studien at aktiviteter var tilpasset til beboernes interesser:

i den aktuelle studien ble det gjort en kartlegging av pasientenes interesser gjennom samtalene med pårørende, der det blant annet fremkom at pasientene var glade i sang og musikk. At det aktuelle sang- og musikkinnslaget i kulturaktivitetsprogrammet var i tråd med deres interesse (Skaar & Söderhamn, 2011).

samt «At det aktuelle sang- og musikkinnslaget i kulturaktivitetsprogrammet var i tråd med deres interesse» (Skaar & Söderhamn, 2011).

## **4.2 Tilstedeværelse**

Artiklene vektlegger tilstedeværelse av pleiepersonell, for å observere og kvalitetssikre tiltakene. Studiene viser at det ikke var miljøtiltakene alene som førte til terapeutiske effekt, det var personalets tilstedeværelse som gjorde forskjell i form av tilrettelegging, rettleiding og fokus.

### *4.2.1 Pleiepersonalets rolle*

Viktigheten av pleiepersonalets rolle i miljøtiltakene og konsekvensene av deres fravær kommer tydelig frem i artiklene.

We had one lady here we tried the doll therapy with, with our own dolls and it worked great for 24 hours and then the next day she was seen walking down the hallways swinging it by the leg above her head (Moyle et al., 2019).

I artiklene til Luke et al. (2013) og Skaar og Söderhamn (2011) bekreftes poenget videre slik: “To get the most out of the memory corners we need to be there with our patients. We must sit

down and talk about what they see, then it becomes interesting to them and they profit from the experience” (Luke et al., 2013) samt «Pasientgruppen var oversiktlig og derfor kunne det være lettere å knytte seg til hverandre og være som en samlet flokk» (Skaar & Söderhamn, 2011).

Miljøtiltakene kan gi uønskede resultater, tilstedeværende personell er derfor viktig for å unngå, fange opp og korrigere uønsket effekt. “ERA could lead to undesirable memories, emphasizing a need for sincere concern and assisting these residents towards positive memories once again” (Luke et al., 2013). “Caregivers described the importance of observing carefully the reactions and emotions of the PWD so as to determine the appropriateness of caregiver singing and music and preferences in terms of which music to play” (Swall et al., 2020).

interviewees noted that care of the doll sometimes hindered meal times and left some residents reluctant to use their walking aids, which would require putting the doll down: ‘...she wanted the baby so much that she would leave her wheeler walker over holding the baby (Moyle et al., 2019).

Når helsepersonell oppfyller sin rolle som tilrettelegger og veileder vil miljøtiltakene ha en positiv effekt, en terapeutisk verdi, som vi nå skal se nærmere på.

### **4.3 Terapeutisk verdi**

#### *4.3.1 Å aktivere minner*

I de fire miljø aktivitetene vi har vurdert er det rapportert at det har vært effekt i forhold til å vekke til live gamle minner, for det meste positive minner, men det er også rapportert negativ effekt ved noen av tiltakene. Luke et al. (2013) viser at flere helsepersonell rapporterte hvordan erindringsområder, hvor pasienter ble introdusert for kjente møbler og gjenstander fra fortiden, bidro til å stimulere beboernes lyst og evne til å huske tidligere erfaringer. “reminiscence corners touch areas of life which most of our residents are familiar with, helping them retrieve resources which were otherwise forgotten” (Luke et al., 2013). Ifølge Swall et al., (2020) hadde PMD fremdeles tydelige minner om musikken de hadde likt eller sanger de hadde sunget i deres tidlige liv, og at minner deres ble bevart uavhengig av demens.

One lady who was a hundred years old and who had severe dementia watched a church service on TV. She was very moved by the psalms she heard, and suddenly asked me to get money from her purse so that she could put it in the collection box (Swall et al., 2020).

PMD kan stimuleres til å huske ting de gjorde i fortiden dette ble illustrert i artikkelen av Moyle



et al., (2019). Pasienter som oppfattet dukken som et barn ble observert i å gi dukken den samme omsorgen som en mor ville gjøre med sitt eget barn, evner vekket av gamle minner, for eksempel å skifte bleie eller mate den. I løpet av spaniaturen, som var del av studien til Skaar og Söderhamn (2011), ble det observert at deltarne under aktiviteter sammen var i stand til å huske sangtekster og melodi og dermed synge med på sangene.

#### *4.3.2 Å motivere til aktivitet*

Det kom frem i alle de fire artiklene at det nevnte tiltaket fungerte som en motivasjonsfaktor til en eller annen form for aktivitet for pasientene med demens. Ifølge Swall et al. (2020) hadde beboerne en slags form for underholdning da beboerne samlet seg og spilte og hørte musikk sammen. Dette førte noen ganger til uforventet motoriske bevegelser fra pasientene. Disse bevegelsene varierte fra intensive fysiske bevegelser til små rørelser i henhold til beboernes helsetilstand.

I will never forget the man from your ward [at a dance evening], the one who sat in a wheelchair and could not connect or communicate in any way, he also had to be fed. He sat there in the wheelchair and suddenly you could see him moving his feet! It was amazing (Swall et al., 2020).

I Luke et al (2013) ble det rapportert tilfeller der beboerne ble motivert til å gå fra et erindringsområde til det neste grunnet tiltrekningen, forbindelsen og interessen som de utstillingen vekket. I Skaar & Söderhamn, (2011) gikk det frem at beboerne deltok i forskjellige kulturaktiviteter som innebar sangkvelder, trimtime med musikk, bade i bassenget, rullestolbrukere satt på kanten av bassenget med bena i vannet eller gikk rundt bassenget og deltakerne demonstrerte dette slik: «...delta aktivt i sangene, trampe takten og kunne også gjøre bevegelser og følge instruksjoner» (Skaar & Söderhamn, 2011). I Moyle et al. (2019) representeres aktivitet ved deltakernes interaksjon med dukkene, de ble behandlet som ekte barn og fikk stell, ble matet og båret rundt.

#### *4.3.3 Å vekke følelser*

Alle intervensjonene vi har vurdert i denne oppgaven har rapportert en aktivering av positive følelser som viser seg i en form for ro, trygghet, lykke, smil og latter. Den ene studien rapporterte hvordan reminisensområder førte til meningsfulle følelser blant beboerne til og med personer som normalt viste lite eller ingen følelser. "He was often very quiet and without much facial expression. ... and truly appreciated this reminiscence corner (fishing wharf display). Seeing and touching the fishing nets made his eyes light up and brought a smile to his face

every time.” (Luke et al., 2013). I Moyle et al., (2019) var den største fordel med dukken den pleiende responsen og roen den fremkalte, noe som førte til positive minner for beboerne og ga dem en mening i deres daglige aktiviteter. Dette ble også tydelig illustrert av deltakerne på kulturreisen: «Dette viste de gjennom å gi uttrykk for å ha det bra, være tilfreds, vise glede gjennom å smile og le og komme med humoristiske kommentarer» (Skaar & Söderhamn, 2011). Det ble i tillegg observert at de satte i ro gjennom måltidene, på samlingene og turen, og på restaurant mens de ventet på maten noe som viste trygghet og trivsel blant deltakerne. Musikk og sang kan vekker også positive følelser;

I can also tell you about a gentleman who was listening to Elvis. So we sat down together, and he started singing and he took my hand ... both of us were moved by the situation. So it is clear that singing can mean a lot for every human (Swall et al., 2020).

#### 4.3.4 Å øke sosialisering

Tre av miljøtiltakene viser et tydelig potensial for økt sosialisering. Den siste artikkelen antyder det samme. Musikk og sang som et miljøtiltak virket som et middel for sosialisering ifølge studien av Swall et al. (2020). Selve musikken ble beskrevet som underholdende og morsom. “It draws people to gather around the TV to watch a musical, and listening to music opens up for talk about the music, artists, actors and eras from the lives of PWDs” (Swall et al., 2020). Det gjorde også at beboerne enkelt kunne åpne seg for pleiepersonell. Det var tilfeller der pleiepersonell ble bedt om å danse av en pasient som ønsket å vise sine ferdigheter og evner. Tilsvarende funn fra studien til Skaar & Söderhamn (2011), deltakerne ble observert i å gi en klem til hverandre eller pleiepersonell. I tillegg snakket de direkte med hverandre og førte enkle samtaler med pleiepersonalet. I Moyle et al. (2019) kommer det ikke direkte frem at sosialiseringnivået økte når dukkene ble introdusert for beboerne. Det antydes gjennom henvisningen til at andre beboere er positive og aksepterende til bruk av dukkene. “some of the other residents know that she has this doll and they think it’s lovely. They don’t patronise her for it. There’s a great deal of tolerance” (Moyle et al., 2019).

#### 4.3.5 Å redusere APSD

Resultatene i de utvalgte artiklene viste at miljøtiltakene har potensiale til å ha god effekt på APSD, og virker beroligende. Samtidig er det potensiale til stede for å ha motsatt effekt. I studiene Luke et al. (2013) og Moyle et al. (2019) ble det rapportert at tiltakene opplevdes å ha en beroligende og dempende effekt på beboerne og at pleierne hadde observert reduksjoner i utagerende atferd blant beboerne.

We had a resident who became angry and aggressive, so we walked to the fishing wharf display.... After his anger calmed we walked to the kitchen display... The experience helped change his focus and had a therapeutic effect, something I've experienced many times (Luke et al., 2013).

“the residents get agitated...but we bring out the doll and the resident number one will sit there and rock the doll...It has such a calming, soothing effect. It's just incredible.” (Moyle et al., 2019). Studiet til Skaar og Söderhamn (2011) viste at deltakerne var rolige og holdt konsentrasjonen under ulike aktiviteter både på samlingene og da de var på turen. På den andre siden ble det observert at miljøtiltakene hadde et potensiale til å vekke APSD hos beboerne. I studien til Swall et al., (2020) påpekes noen negative virkninger av musikk og sang på en pasient. Studien viste at musikk og sang ikke alltid var egnet for alle. Musikk kan vekke et bredt spekter av følelser som kan innebære stress, hvis det ikke ble brukt hensiktsmessige kan det føre til agitasjon, irritasjon eller nedstemthet, eller forverre allerede eksisterende slike følelser.

#### *4.3.6 Å fremme kommunikasjon*

Tre av tiltakene viser tydelige til at miljø aktiviteten fremmer kommunikasjon, både av verbal og nonverbal art. Studien til Skaar & Söderhamn (2011) påpeker at kulturaktiviteter som miljøtiltak i demensomsorg kan fremme mellommenneskelige kommunikasjon. Det kom frem gjennom tilfeller der beboerne satt og pratet direkte med hverandre og svarte på kontakt både verbalt og nonverbalt under aktivitetene og turen, noe som var et tegn på følelse av fellesskap i gruppen. Videre ble det identifisert i studien Swall et al., (2020) at sang og musikk var et egnet middel for å oppnå kontakt med PMD. At sang og musikk kunne fremme kommunikasjon når tale eller ord ikke lenger var nyttig i kommunikasjon så ble musikk en måte å få kontakt med beboerne. “I usually sing when I walk into his bedroom: good morning, good morning now shines the sun. The PWD used to laugh oh, oh, are you here again?” (Swall et al., 2020). I studien til Luke et al. (2013) kom tydelig frem at det var mye enklere og motiverende for beboerne å være i en samtale og dele sine erfaringer gjennom reminisens. Det å se noe som var kjent fra før, som de kunne snakke fritt om, var motiverende for beboerne. “reminiscence corners help create unique opportunities. Instead of a staff member always needing to give them instruction, sometimes a memory corner helps motivate our residents to draw upon personal experience and share meaningful insight with us” (Luke et al., 2013). Studien til Moyle et al. (2019) antyder kun en form for kommunikasjon mellom dukken og pasienten, pasienten og pårørende, og pasienten og pleiepersonell. Da pleierne observerte interaksjoner

mellom beboerne og dukkene da de ble introduserte til dukkene spesielt de som anerkjente dukken som et barn. De ble sett å vise den samme omsorgen og oppmerksomheten som en mor ville gjort med sitt eget barnet.

#### **4.4 Oppsummering**

Vi fant at det som er felles for at miljøtiltakene skal kunne fremme livskvalitet hos pasienter med demens er at de må baseres på personsentrert omsorg for å optimalisere muligheten for ønskelig terapeutisk effekt. I tillegg så vi viktigheten av tilstedeværelse for å sikre kvalitet i miljøtiltaket, unngå uønsket effekt samt å ivareta verdighet. Gjennom personsentrert tilnærming kan man finne frem til tiltak som er meningsfulle for den enkelte personer med demens, miljøtiltaket kan tilpasses individet og dets dagsform.

Den terapeutiske verdien, summen av det som har helsefremmende effekt, har vi kategorisert som de forskjellige resultatene av stimuleringen miljøtiltakene har produsert. Nemlig å aktivere minner, motivere til aktivitet, vekke følelser, øke sosialisering, fremme kommunikasjon og redusere APSD. Samtlige av disse kategoriene kan være med å bidra til å opprettholde eller fremme livskvalitet hos pasienter med demens.

## 5 DISKUSJON

### 5.1 Metodediskusjon

Vi vil i metodediskusjonen inkludere kildekritikk, som kvalitet og troverdighet og anvendelighet av de artiklene vi har valgt ut. I tillegg skal vi ta et kritisk blikk på vår metode og begrunne enkelte valg vi har gjort underveis.

#### 5.1.1 Kildekritikk

Et av inkluderingskriteriene var at alle arbeider som skulle brukes i analysen skulle være fagfellevurderte. Da fagfellevurdering er anerkjent som metode for å kvalitetssikre vitenskapelige publikasjoner styrker dette valget kvaliteten på våre kilder. I tillegg sjekket vi tidsskriftene for de aktuelle artiklene opp mot NSD kanalregisteret og godtok ingen publikasjoner med lavere nivå enn 1 i kanalregisteret (Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse, u.å.). Videre arbeid for å sikre kvalitet var å sjekke at artiklene fulgte IMRaD strukturen som er mye brukt i oppbygging av forskningsartikler. IMRad står for Introduksjon, Metode, Resultat og (and) Diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). Denne strukturen hjalp å skille ut fagartikler i søketreffene og sikret at utvalget vårt bestod utelukkende av forskningsartikler. Deretter brukte vi CASP sjekklister for kvalitative studier (CASP, u.å.) for å gjennomgå alle artiklene i forhold til relevans, troverdighet, gyldighet og holdbarhet, formål, etisk vurdering og om hensikten i artiklene sammenfalt med vår hensikt. Våre fire artikler gikk alle gjennom denne godkjeningsprosessen. Vi fokuserte særlig på de etiske overveielserne som ble gjort i artikkelutvalget. Herunder at det forelå godkjenning fra den respektive etiske komité, at deltakelse i studiene hadde vært frivillig og at det var innhentet skriftlig samtykke fra samtlige deltakere, eller deres pårørende ved manglende samtykkekompetanse.

På grunn av bacheloroppgavens rammer både i tid og omfang måtte vi begrense både søk etter artikler og antall artikler vi valgte å inkludere, samt være restriktive i hvilken type artikler vi brukte. Ettersom vi skulle utføre en integrativ litteraturanalyse basert på primærstudier måtte vi se bort fra alt av oversiktsartikler og systematiske oversikter. For å best kunne svare på vår problemstilling, valgte vi å fokusere på kvalitative studier, noe som førte til en stor reduksjon i antall artikler som passet til formålet. En av de inkluderte artiklene hadde benyttet blandingsmetode. For den artikkelen har vi fokusert på resultatene fra den kvalitative delen av studien.

Vi startet også med å søke artikler utelukkende fra Skandinavia, men måtte etter hvert utvide søket til å inkludere andre geografiske områder som har et helsesystem som kan sammenliknes med det vi har her i Norge, som for eksempel Canada, England, Australia og deler av Europa. Vi anså i tillegg at studienes design var slik at resultatene kunne anses allmenngyldige på tvers av landegrensene.

Ved å gjøre systematiske søk i flere databaser sørget vi for et representativt utvalg av miljøtiltak presentert i artiklene, valgte falt på akkurat disse miljøtiltakene fordi vi anser dem for ikke å være særlig kostbare i tillegg til at de kan være til stede på sykehjemmet kontinuerlig. I forhold til artikkelen med kulturaktivitet så vi her potensialet for mindre ambisiøse og mer lokale kulturaktiviteter enn akkurat en tur til Spania, som jo må anses som kostbar.

Vi vurderte også andre miljøtiltak, som besøkshunder, selroboten PARO, sansehage og fysisk treningsprogram, men selv om noen av de også var av interesse så måtte vi velge vekk noen på grunn av oppgavens begrensninger.

I forhold til andre kilder har vi brukt pensumlitteratur og søkt nyere litteratur som omhandler temaene vi har diskutert. Da har vi lagt vekt på å bruke forfattere som er anerkjente innen sitt fagfelt og fagsider på internett som vi vurderer at bruker pålitelige kilder, som helse- og omsorgsdepartementet og folkehelseinstituttet.

### *5.1.2 Metodekritikk:*

Rammen for bacheloroppgaven ved Universitetet i Stavanger er en integrativ litteraturanalyse, fordelene med denne metoden er at man kan danne seg en sammensatt innsikt og forståelse om et fenomen, og finne nye sammenhenger (Friberg, 2017, s. 129–131). Vi vil fokusere på å ta et kritisk blikk på vår bruk av metoden, altså om vi har klart å gjennomføre oppgaven i forhold til de fire kvalitetskriteriene presentert i Nielsen et al (2021, s. 282); troverdighet, pålitelighet, bekreftbarhet og overførbarhet.

#### 5.1.2.1 Troverdighet

Vi har bestrebet oss på å gjengi informasjonen fra artiklene så tett opp mot originalkildene som mulig. En fordel med at vi var flere som jobbet med denne studien er at vi har kunnet jobbe systematisk med vår forståelse av materialet. Vi har analysert materialet gjentatte ganger hver for oss, for så å sammenligne analysene. Der vi har vært uenige eller lagt vekt på ulike detaljer har vi gått tilbake til originalkilden og så diskutert oss frem til en enighet. På denne måten har vi sørget for en så korrekt forståelse og koding av materialet som mulig. Vi har også etterstrebet

å presentere resultatene uten våre personlige tolkinger (Dalland, 2017, s. 55–60; Nielsen et al., 2021, s. 282).

#### 5.1.2.2 Pålitelighet

Pålitelighet handler om hvorvidt vi kan stole på resultatene i en gitt studie (Dalland, 2017, s. 60; Nielsen et al., 2021, s. 283). denne påliteligheten handler blant annet om at ulike forskere skal kunne gjenta en studie og komme frem til de samme eller liknende resultater. En grundig beskrevet forsknings- og analyseprosess styrker muligheten for en slik etterprøvbarehet. Vi har derfor etter beste evne synliggjort vår arbeidsprosess i metodekapittelet. Vi har også arbeidet for et best mulig samsvar mellom alle oppgavens ulike deler. Ved å utføre analysen av dataene gjentatte ganger for så å sammenligne resultatene og diskutere oss frem til enighet har vi også styrket påliteligheten til resultatene (Dalland, 2017, s. 55–61; Friberg, 2017, s. 88; Nielsen et al., 2021, s. 283).

#### 5.1.2.3 Bekreftbarhet

Ved å tilstrebe nøyaktighet i beskrivelsen av vår metode har vi forsøkt å oppnå transparens og dermed muliggjøre etterprøving av resultatene våre.

Sykepleiestudenter anses å ha en forståelse og kunnskap om temaet vi har valgt, og gjennom våre erfaringer fra praksis som er nevnt både i bakgrunn for valg av tema og i andre deler av besvarelsen kommer det frem at vi ønsker å kunne bidra positivt. Samtidig har vi satt oss grundig inn i teorien og gjort vårt ytterste for å være upartiske i valg av artikler. Ved å foreta en induktive tverrgående analyse har vi etter beste evne forsøkt å unngå forutinntatt (Nielsen et al., 2021, s. 283).

#### 5.1.2.4 Overførbarhet

Ettersom vi har tilstrebet å finne allmenngyldige resultater, som ikke er avhengige av de spesifikke tiltakene eller stedene i de forskjellige studiene, anser vi at resultatene vi har kommet frem til kan være overførbare til ethvert sykehjem hvor det er beboere med demens. Av samme grunn anser vi det også sannsynlig at resultatene kan anvendes i andre institusjoner og hjem, både for personer med demens og for pasientgrupper med andre kognitive utfordringer. Dette da både de underliggende faktorene vi kom frem til, og de sammenfallende terapeutiske verdiene som påvirker livskvaliteten anses å kunne overføres til andre sårbare pasientgrupper i eldreomsorgen (Nielsen et al., 2021, s. 283–284).

Det vil alltid være noe som kunne vært gjort bedre i gjennomføringen av alle studier. I vår oppgave kunne vi kanskje fått et bedre resultat om vi hadde hatt mulighet til å analysere flere artikler som omhandlet hver av de utvalgte miljøtiltakene, eller om vi hadde inkludert flere miljøtiltak i utvalget vårt. Resultatet kunne sett annerledes ut om vi hadde gått for en metodetriangulering istedenfor å kun fokusere på kvalitative resultater. Samtidig gir kvalitativ analyse dybdeforståelse av tematikken som ikke tillates i kvantitative studier (Dalland, 2017, s. 52–53).

Vi har valgt å utforme oppgaven vår fra et pleiepersonell perspektiv i motsetning til et sykepleieperspektiv, arbeidsoppgaver, inkludert iverksetting av miljøtiltak, på sykehjem er av tverrfaglig karakter og kan utføres av såvel helsefagarbeider, hjelpepleier, assistent, aktivitør, fysioterapeut som sykepleier. Gjennom utdanningen har vi også hatt fokus på viktigheten av tverrfaglig samarbeid i ytelsen av sykepleie, derfor ser vi dette som faglig relevant. I den ene artikkelen ble det også brukt pårørende intervju som kilde til resultatene, vi har vurdert at i dette tilfellet vil det ikke påvirke resultatet eller endret observasjonene om det hadde vært pleiepersonell som ble intervjuet, vi har derfor valgt å inkludere disse observasjonene uten å gjøre endringer i vårt perspektiv.

Ved bruk av sitater fra artiklene har vi valgt å gjengi sitatene på det språket artikkelen er publisert, dette for å ikke uforvarende gjøre endringer i betydningen av sitatet i oversettelsesprosessen.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

Hensikten med oppgaven har vært å undersøke om det finnes underliggende og sammenfallende faktorer som gjør at miljøtiltak kan bidra til bedre livskvalitet hos personer med demens på sykehjem. I dette delkapittelet vil vi diskutere resultatene som vi har presentert i lys av tilhørende teori.

Resultatene fra vår undersøkelse kan oppsummeres i følgende tre hovedfunn; personsentrert omsorg, tilstedeværelse og terapeutisk verdi. Gjennomgående erfaringer er altså at tiltakene oppleves som meningsfulle, fornøyelige og kan gi rom for gode øyeblikk for personene med demens. Det følgende sitat fra artikkelen til Swall et al. (2020) oppsummerer dette hovedinntrykket: “They were mostly valuable, joyful and meaningful, but needed to be person-centred and needed to be adapted according to the state of health of the PWDs at the time” (Swall et al., 2020). Vi har valgt å strukturere diskusjonen etter de kategoriene som hovedfunnene representerer.



### *5.2.1 Personsentrert omsorg*

Som beskrevet ovenfor, var det et fellestrekk i alle studiene at miljøtiltakene burde være personsentrerte og tilrettelagt den enkelte person, for å oppnå ønsket effekt. Dette understøttes av teorien om personsentrert omsorg, som beskrevet av Rokstad (2020, s 57-59) og Skovdahl og Drivdal (2014, s. 420) forklart i teorikapittelet.

En vesentlig faktor i å kunne arbeide personsentrert, som påvirker pleiepersonell, er sykehjemmets og avdelingens organisasjons- og pleiekultur (Rokstad, 2021, s. 32). I praksis betyr dette å verdsette personer med demens og de som yter dem omsorg. Ifølge Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer, skal helseinstitusjoner som har omsorg for personer med demens, etablere rutiner for personsentrert omsorg og behandling. (Helsedirektoratet, 2019). Dette betyr at avdelinger på sykehjem som har beboere med demens, har et ansvar for å klargjøre hva personsentrert omsorg innebærer. Hva det innebærer i arbeidet og omsorgen de utøver overfor personer med demens, slik at alle utfører omsorgen på samme måte, og ikke gjør ting annerledes (Rokstad, 2021, s. 104). I sin helhet, betyr dette, at utøvelsen av personsentrert omsorg, er avhengig av pleiepersonalet på det aktuelle stedet. Vi kommer nærmere inn på tilstedeværelse og pleiepersonalets rolle senere i delkapittelet.

For at pleiepersonell i det hele tatt skal kunne utøve personsentrert omsorg overfor sine pasienter, må pleiepersonalet kjenne det enkelte mennesket de har omsorg for. For å kunne oppnå en slik kjennskap, må det oppstå en relasjon mellom omsorgsutøver (pleiepersonell) og omsorgsmottaker (personen med demens). Ved å bruke Travelbees teori om menneske-til-menneske-forhold, belyses relasjonen som må være til stede, for å kunne utøve god sykepleie og tilrettelegge miljøtiltak for hver enkelt. Dette henger sammen med Kitwoods tanker om personsentrert omsorg, hvor han belyste viktigheten av at helsepersonell anerkjente hver person som unik, forstår deres historie og verdsetter deres individuelle ønsker og tro (Rokstad, 2013, s. 32).

Artiklene belyste viktigheten av at tiltakene ble gjort med grunnlag i personsentrert omsorg. Dette betyr at miljøtiltak som har fokus på personsentrert omsorg med større sannsynlighet vil oppnå en terapeutisk verdi. Gjennom personsentrert omsorg kan man finne frem til tiltak som er meningsfulle for den enkelte, den gjør at miljøtiltaket kan tilpasses individet og kan tilpasses pasientens dagsform.

Ulike sitater fra artiklene, som beskrevet i resultatpresentasjonen, beskriver viktigheten av at tiltaket er tilpasset individet, deres behov i øyeblikket, og at det er meningsfullt for den enkelte. Flere av artiklene beskrev også hvordan miljøtiltakene ikke passet alle, at de for eksempel ikke

ville reagere positivt ved å høre musikk (Swall et al., 2020) eller bruke dukker (Moyle et al., 2019). For å vurdere om et miljøtiltak vil være av interesse, må pleiepersonalet kjenne personen sine interesser og historie, slik at de kan forutse og forebygge stressende situasjoner, samt bidra til gode øyeblikk og opplevelser med terapeutisk verdi. “Knowing the life stories of PWDs and choosing the right music for the person could bring back memories and open up for conversations about life and the way PWDs recall life” (Swall et al., 2020).

### *5.2.2 Tilstedeværelse*

Videre understreker de inkluderte studiene at det er nødvendig med tilstedeværende personell for at miljøtiltakene skal beholde og ivareta sin terapeutiske verdi og kvalitet. Pleiepersonalet er til stede under hele intervensjonen. Pleiepersonalet bør være deltagende i selve tiltaket, og bruke seg selv terapeutisk, slik det beskrives av Travelbee (1999) og sanse hvilke behov personen med demens har der og da, slik det beskrives av Kari Martinsen i Kristoffersen (2017). Pleiepersonalet må hele tiden vurdere hvordan de kan tilpasse tiltaket for den enkelte. Dette har sammenheng med Rokstads (2012, s.166-167) tanker om miljøterapi, som beskriver at miljøtiltakene må være fleksible og endres ut ifra personen med demens sine interesser. På denne måten kan de sikre seg at miljøtiltaket har ønsket effekt, og kan veilede personen med demens i situasjonen, slik at misforståelser og feil bruk av miljøtiltaket forebygges og unngås. Artiklene viser til at det var ikke miljøtiltaket alene som ga en terapeutisk verdi, men at tilstedeværelse av pleiepersonell hadde stor betydning.

I Moyle et al. (2019) brukes dukketerapi; En beboer var så opptatt av dukken at hun glemte å ta vare på sine egne behov, som å spise og å bruke rullatoren sin. Pleiepersonell veiledet henne, minnet henne på om å ivareta seg selv og at hun kunne legge fra seg dukken for å gjøre dette. Med andre ord er pleiepersonell til stede i situasjonen og veileder beboeren slik at hun også får ivaretatt sine egne behov.

Pleiepersonell må også være til stede for å påse at miljøtiltaket brukes til rett tid og til rett situasjon. Videre fra Moyle et al. (2019): pleiepersonell var ikke til stede da en beboer brukte dukken; hun bar dukken etter foten og svingte den rundt hodet, og brukte den ikke på tiltenkt måte. Dukken i seg selv hadde ikke i denne situasjonen noen terapeutisk verdi, og dermed ingen effekt på opplevelse av gode øyeblikk og mening.

Luke et al. (2013) beskriver betydningen av at pleiepersonell er til stede under bruken av minnehjørne. Pleiepersonell satt sammen med beboeren og snakket om det de så på, inspirerte til interesse og at personen med demens fikk mest mulig ut av minnehjørnet.

### *5.2.3 Terapeutisk verdi*

Våre funn viser at det eksisterer underliggende faktorer som er av betydning for at miljøtiltak har ønsket effekt. Dersom faktorene personsentrert omsorg og tilstedeværelse av pleiepersonell er til stede, gir det seg utslag i at tiltakene har terapeutisk verdi. Disse verdiene viser seg ved å aktivere minner, motivere til aktivitet, vekke følelser, øke sosialisering, fremme kommunikasjon og redusere APSD. Samtlige av disse kategoriene kan være med å bidra til å opprettholde eller fremme livskvalitet hos personer med demens.

Summen av det som vi har identifisert som terapeutiske verdier gir opphav til meningsfullhet i hverdagen, gode øyeblikk, og virker helsefremmende. Å oppleve mening og gode øyeblikk kan sees på som livskvalitet for personer med demens. Som beskrevet i tidligere teori om demens, er personer med demens utsatt for å oppleve APSD. Å redusere og forebygge APSD virker helsefremmende, da APSD er forbundet med ulike risikofaktorer. Det fører til økt belastning for både pasienten og pårørende, mer bruk av helsetjenester, større funksjonssvikt og høyere dødelighet. Det er derfor viktig å forebygge slike symptomer og håndtere de på en god måte (Selbæk, 2018, s. 246–247).

Reduksjon av APSD beskrives i artikkelen om erindringsområder; En mannlig person med demens var sint og aggressiv. Han ble presentert for kjøkkenutstyr som han var vokst opp med og kjente fra barndommen. Opplevelsen av de gamle tingene, aktiverte minner hos ham. Han ble rolig og fortalte om favorittrettene hans mor pleide å lage til ham (Luke et al., 2013).

Ved bruk av dette miljøtiltaket hjalp pleiepersonell ham i å forebygge sin uro, og heller snakke om noe som hadde stor betydning for ham.

Dette understøttes i teorien om demens; livskvalitet oppfattes som å oppleve mening i hverdagen, være en aktiv deltaker i eget liv, beholde sin identitet i lys av sin fortid og bevare sosiale relasjoner (Rokstad, 2021, s. 18–21).

For å oppnå ønsket terapeutisk effekt, er man avhengig av at hele pleiepersonalet har tilstrekkelig kunnskaper til å gjennomføre personsentrert omsorg på en samkjørt måte. Dermed brukes pleiepersonell terapeutisk, slik det beskrives av Travelbee (1999, s. 41).

Funn i samtlige artikler viser at personer med demens som får ta del i tilpassede miljøtiltak i form av musikkterapi, dukketerapi, kulturaktiviteter og reminisens, opplever gode øyeblikk i nuet og en følelse av mening. I tillegg aktiveres glemte minner, som igjen forsterker deres opplevelse av identitet, som videre bidrar til å opprettholde eller bedre deres livskvalitet. For å oppnå terapeutisk verdi, har vi sett at de underliggende faktorene personsentrert omsorg og

**Kandidatnummer: 8106, 8107 & 8112**

tilstedeværelse av pleiepersonell bør være til stede, spesielt med tanke på å unngå uønsket effekt.

Summen av de terapeutiske verdiene gir opphav til meningsfullhet i hverdagen, gode øyeblikk og virker helsefremmende. Med andre ord kan man påstå at de er ingredienser i opplevelse av livskvalitet.

## 6 KONKLUSJON OG ANVENDELSE

Gjennom analysen av artiklene kan vi konkludere med at de alle har fokus på personsentrert omsorg og betydningen av tilstedeværende pleiepersonell. Dette gir utslag i en terapeutisk verdi for personer med demens, som i sin tur får betydning for den enkeltes livskvalitet.

Med andre ord har vi kommet fram til at det ser ut til at det ikke er miljøtiltaket alene som gir terapeutisk verdi og fremmer livskvalitet, men snarere bruk av personsentrert omsorg i kombinasjon med tilstedeværelse av pleiepersonell.

Vi har sett på et utvalg miljøtiltak og de underliggende faktorene som må være til stede for å kunne oppnå terapeutisk verdi. Med tanke på implementering av ulike miljøtiltak, må fokuset ligge i å bruke dem i lys av en personsentrert framgangsmåte, og at pleiepersonalet må være til stede for å kunne bevare kvaliteten i miljøtiltaket. De fleste av disse tiltakene er mer eller mindre enkle å gjennomføre i praksis, slik som bruk av musikk og dukker. Kulturaktiviteter slik som spaniaturen beskrevet i artikkelen til Skaar & Söderhamn, (2011), kan vise seg å være vanskeligere å gjennomføre. Men igjen, det er ikke selve miljøtiltaket som har en verdi, men de underliggende faktorene. Som kan brukes i forbindelse med mindre ambisiøse kulturaktiviteter, som en busstur i lokalmiljøet, temakvelder med innslag av film mat og musikk og lignende, tiltak som er lettere å gjennomføre i praksis.

Gjennom egne erfaringer på jobb og i praksis, har vi opplevd at tiltak som bruk av musikk, reminisens og dukker kan ha en effekt for personer med demens. Under arbeidet med denne oppgaven, har vi sett betydningen av personsentrert omsorg og tilstedeværelse av pleiepersonell og fått ny kunnskap i forhold til planlegging og gjennomføring av miljøtiltak. Som et resultat av dette ser vi et behov for videre forskning og mer kunnskap. Samt økt fokus på implementering av personsentrert omsorg og tilstedeværende personell under utførelsen av miljøtiltak for personer med demens på sykehjem.

## BIBLIOGRAFI

1. Aldring og helse. (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Hentet 5. oktober 2021, fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>
2. Brooker, D., & Deschington, T. (2013). *Personsentrert demensomsorg veien til bedre tjenester*. Forlaget aldring og helse.
3. CASP. (u.å.). CASP CHECKLISTS. *CASP - Critical Appraisal Skills Programme*. Hentet 5. oktober 2021, fra <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>
4. Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
5. Direktoratet for høyere utdanning og kompetanse. (u.å.). *Kanalregisteret*. Register over vitenskapelige publiseringskanaler. Hentet 5. oktober 2021, fra <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringskanaler/Forside>
6. Engedal, K., & Haugen, P. K. (Red.). (2018). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Forlaget aldring og helse.
7. Fermann, T. (2012). Miljøbehandling i praksis. I A. M. M. Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling: Demensplan 2015* (s. 47–61). Aldring og helse.
8. FHI. (2014). *Demens*. Folkehelseinstituttet. Hentet 4. oktober 2021, fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
9. Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur AB.
10. Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen.no; regjeringen.no. Hentet 23. september 2021, fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>
11. Helsedirektoratet. (2019). *Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Helsedirektoratet. Hentet 29. september 2021, fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens>
12. Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-2017-12-15-107). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
13. Kitwood, T. M., & Brooker, D. (2019). *Dementia reconsidered, revisited; the person still comes first* (2. utg.). Open University Press.

14. Kristoffersen, N. J. (2017). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal Akademiske.
15. Luke, R. D., Petersen, K. A., & Tranvåg, O. (2013). Dementia care supported by memory stimulating surroundings – Caregiver experience with environmental reminiscence approach. *Nordisk sygeplejeforskning*, 3(04), 269–286.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2013-04-05>
16. Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Akribe.
17. Mitchell, G. (2014). Use of doll therapy for people with dementia: An overview. *Nursing Older People* (2014+), 26(4), 24.  
<http://dx.doi.org/10.7748/nop2014.04.26.4.24.e568>
18. Moyle, W., Murfield, J., Jones, C., Beattie, E., Draper, B., & Ownsworth, T. (2019). Can lifelike baby dolls reduce symptoms of anxiety, agitation, or aggression for people with dementia in long-term care? Findings from a pilot randomised controlled trial. *Aging & Mental Health*, 23(10), 1442–1450.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1498447>
19. Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q., & Hansen, T. N. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
20. Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-2021-05-07-31). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
21. Rokstad, A. M. M. (2012). Hva er miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad (Red.), *Bedre hverdag for personer med demens: Utviklingsprogram for miljøbehandling; Demensplan 2015* (s. 19–46). Aldring og helse.
22. Rokstad, A. M. M. (2013). *Person-centred dementia care to prevent and treat neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: The role of leadership and the use of dementia care mapping*. Faculty of Medicine, University of Oslo.
23. Rokstad, A. M. M. (2020). Miljøbehandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smedby (Red.), *Personer med demens—Møte og samhandling*. (2. utg., s. 165–195). Cappelen Damm.
24. Rokstad, A. M. M. (2021). *Se hvem jeg er!* (2. utg.). Univeristetsforlaget.
25. Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246–259). Forlaget aldring og helse.

26. Skovdahl, K., & Drivdal, V. B. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s. 408–437). Gyldendal akademisk.
27. Skaar, R., & Söderhamn, U. (2011). Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet – En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(03), 192–205. <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-03-04>
28. Swall, A., Hammar, L. M., & Craftman, Å. G. (2020). Like a bridge over troubled water—A qualitative study of professional caregiver singing and music as a way to enable person-centred care for persons with dementia. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 15(1), 1735092. <http://dx.doi.org.ezproxy.uis.no/10.1080/17482631.2020.1735092>
29. Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utgave.). Universitetsforlaget.
30. Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal Akademisk.
31. WHO. (2012). *WHOQOL - Measuring Quality of Life*. World Health Organization. Hentet 6. oktober 2021, fra <https://www.who.int/tools/whoqol>
32. WHO. (2021). *Dementia*. World Health Organization. Hentet 4. oktober 2021, fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



**VEDLEGG 1: Oversiktstabell over analyserte artikler**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Artikkel 1</b>         |  |
| <b>Tittel</b>             | Dementia care supported by memory stimulating surroundings - Caregiver experience with environmental reminiscence approach   |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Nordisk sygeplejeforskning (2013)  |
| <b>Forfattere</b>         | Robert Dean Luke, Karin Anna Petersen og Oscar Tranvåg   |
| <b>Perspektiv</b>         | Pleiepersonell   |
| <b>Problem</b>            | Tidligere forskning om reminisens viser til midlertidig forbedring av vanlige demenssymptomer, men det er fortsatt mangelfull forskning på bruk av sansestimulerende omgivelser for personer med demens.   |
| <b>Hensikt</b>            | Å utforske en gruppe pleiepersonells erfaringer med bruk av environmental reminiscence approach (ERA), i hverdagen til pasienter med moderat demens som bor på et sykehjem   |
| <b>Metode</b>             | Kvalitativ metode basert Gadamer's philosophical hermeneutics (1960/2004, 1976). Data ble valgt basert på intervju.  |
| <b>Resultater</b>         | ERA hjalp pleiepersonell i sitt arbeid for å gjenopprette tilknytningen beboerne har med deres personlige ressurser, og bidrar til å gjenopprette velvære for beboerne. Noen beboere reagerte negativt på en av utstillingene, når belastende minner ble fremkalt. De overordnede funnene viser antydninger til meningsfulle resultater innen kognitiv aktivering, emosjonell stimulering og sosial deltakelse for de fleste beboere med moderat demens. |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Artikkel 2</b>         |  |
| <b>Tittel</b>             | Can lifelike baby dolls reduce symptoms of anxiety, agitation, or aggression for people with dementia in long-term care? Findings from a pilot randomised controlled trial.  |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | Aging & Mental health (2019)   |
| <b>Forfattere</b>         | Wendy Moyle, Jenny Murfield, Cindy Jones, Elizabeth Beattie, Brian Draper & Tamara Ownsworth   |
| <b>Perspektiv</b>         | Pleiepersonell   |
| <b>Problem</b>            | Eldre voksne som lever med demens har ofte komplekse helsemessige og sosiale behov som kanskje ikke alltid får tilstrekkelig oppmerksomhet. Dette kan føre til at personen utviser atferd som angst, agitasjon og aggresjon, også kalt for atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD) og har vist seg å være delvis relatert til personen som har uoppfylte behov. |
| <b>Hensikt</b>            | Å sammenligne bruk av dukketerapi for å redusere angst, agitasjon og aggresjon hos eldre menneske med demens på et sykehjem, med vanlig behandling; og utforske pleiepersonells oppfatninger om dukketerapi.   |
| <b>Metode</b>             | Blandet forskningsdesign, en del kvantitativ og en del kvalitativ, vi har fokusert på resultatene fra den kvalitative delen av studien. Bygger på intervju   |
| <b>Resultater</b>         | Resultatene beskrev viktigheten av personsentrert omsorg, at tiltaket førte til økt velvære, fysisk stimulering og opplevelse av mening.   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Artikkel 3</b>         |   |
| <b>Tittel</b>             | Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet - En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse  |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | NORDISK SYGEPLEJEFORSKNING (2011)   |
| <b>Forfattere</b>         | Ragnhild Skaar & Ulrika Söderhamn.  |
| <b>Perspektiv</b>         | Pleiepersonell og pårørende.  |
| <b>Problem</b>            | Manglende sosiale og kulturelle tilbud for personer med demens på sykehjem.   |
| <b>Hensikt</b>            | Å få innsikt og kunnskap om hvordan tilpassede kulturaktiviteter kan innvirke på velvære for en gruppe pasienter med demenslidelse.   |
| <b>Metode</b>             | Kvalitativ tilnærming med hermeneutisk analyse. Data innhentet gjennom ikke-deltakende observasjon av seks pasienter samt intervju av deres pårørende.  |
| <b>Resultater</b>         | Gjennom analysene fremkom tre temaer som tegn på velvære, ut fra observasjonene og intervjuene: god opplevelse i nuet, tilhørighet og gjenkjennelse. I tillegg til at tilpassede kulturaktiviteter kan bidra til velvære for pasienter med demenslidelse på bo- og omsorgssenter, er også utdannet helsepersonell med interesse og god kjennskap til målgruppen sentralt. |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Artikkel 4</b>         |  |
| <b>Tittel</b>             | Like a bridge over troubled water – a qualitative study of professional caregiver singing and music as a way to enable person-centred care for persons with dementia.  |
| <b>Tidsskrift/årstall</b> | International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (2020).  |
| <b>Forfattere</b>         | Anna Swall, Lena Marmstål Hammar & Åsa Gransjön Craftman.  |
| <b>Perspektiv</b>         | Pleiepersonell.  |
| <b>Problem</b>            | Bruk av sang og musikk som intervensjoner, er mye beskrevet i forskning, men mangler mer informasjon for å kunne bruke dem på en mer strukturert måte. Denne kunnskapen kan bidra til at sang og musikk brukes mer strategisk i omsorgen av personer med demens.   |
| <b>Hensikt</b>            | Å beskrive helsepersonells perspektiver ved bruk av sang og musikk i arbeidshverdagen deres, og effekten på omsorg og samhandling med personen med demens.   |
| <b>Metode</b>             | Kvalitativ tilnærming med bruk av gruppediskusjoner med fagpersonell fra tre sykehjem i en mellomstor by i Sverige.  |
| <b>Resultater</b>         | Resultatene viser at bruk av sang og musikk av helsepersonell kan være viktig og nyttig i omsorgen for og i kommunikasjonen med personer med demens. Musikk, for eksempel, kan brukes til å legge til rette for sosialisering da det åpner for diskusjon, mens helsepersonell foretrakk å synge når det gjaldt utøvelsen av omsorg og samhandling. |