



Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid,

Pilestredet

Fakultet for helsefag

Kandidatnummer: 517

Eksamensnavn: SYBA 3900 Bachelor i sykepleie

Dato: 01.06.2017

Klasse: SYPLGRD, DELTID

Kull: Høst, 2013

Antall ord: 9196

BACHELOROPPGAVE

Hvordan kan sykepleier gjennom miljøbehandling opprettholde livskvalitet til pasienter med demens?



Foto av : Dan P. Neegaard

01.06.2017

Innholdsfortegnelse

Sammendrag

1.0 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.2.1 Avgrensing.....	2
1.2.2 Oppgavens disposisjon.....	3
1.3 Definisjoner av sentrale begreper.....	3
2.0 Metode.....	5
2.1 Litteraturstudie som metode.....	5
2.2 Søkeprosessen.....	6
2.3 Kildekritikk.....	7
2.4 Etske Overveielser.....	8
2.5 Presentasjon av artikler med funn.....	9
3.0 Teori.....	13
3.1 Demens.....	13
3.1.1 Mild grad av demens.....	13
3.1.2 Moderat grad av demens.....	13
3.1.3 Alvorlig grad av demens.....	14
3.2 Livskvalitet.....	14
3.3 Miljøbehandling.....	15
3.3.1 Miljøbehandling i sykehjem.....	16
3.3.2 Musikk og sang.....	16
3.3.3 Aktiviteter.....	17
3.3.4 Tilberedning av mat.....	17
4.0 Sykepleieteoretikere Joyce Travelbee.....	18
4.1 Kommunikasjon.....	19
5.0 Hvordan kan sykepleier gjennom miljøbehandling opprettholde livskvalitet til pasienter med demens?.....	20
5.1 Betydningen av relasjon.....	20
5.2 Betydningen av musikk og sang.....	21
5.3 Betydning av å tilberede mat.....	23
5.4 Betydning av ulike aktiviteter.....	24
6.0 Konklusjon.....	27
7.0 Litteraturlista.....	28
Vedlegg 1.....	32

SAMMENDRAG:

Bakgrunn for valg av temaet, miljøbehandling og livskvalitet til pasienter med demens på sykehjem, er økende interesse for demens som en av de største helseutfordringene vi står overfor, og økende antall mennesker som rammes av denne sykdommen i årene som kommer. I dag er det cirka 70 000 antall mennesker som er rammet med demens i Norge. Dette tallet vil øke betydelig kommende år grunn økende folketall og høyere gjennomsnittsalder. Demens fører til store konsekvenser for pasienten. Sykdommens symptomer, medikament bruk og livet på sykehjemmet kan påvirke pasientens livskvalitet. Formålet med denne oppgaven er at jeg skal oppnå flere kunnskaper om sykdommen demens, miljøbehandling og livskvalitet til pasienter med demens. Miljøtiltak som benyttes i oppgaven er musikk og sang, aktivitet og tilberedning av mat. Oppgavens problemstilling er som følgende: *Hvordan kan sykepleier gjennom miljøbehandling opprettholde livskvalitet til pasienter med demens?* Oppgaven er en litteraturstudie som bygger på relevant litteratur, forskning og egne erfaringer fra praksis og jobb. Temaer som blir redegjort er demens, livskvalitet, og miljøbehandling.

Sykepleieteoretiker Joyce Travelbees teori om relasjoner og kommunikasjon til pasienten anvendes også i oppgaven. Resultatet tyder på at sykepleier kan benytte miljøbehandling og bidra til å opprettholde livskvaliteten til pasienter med demens. Sykepleiere kan tilrettelegge de miljøterapeutiske tiltakene gjennom kjennskap og relasjon til pasienten, kartlegging og planlegging, dokumentasjon og ikke minst tid til å gjennomføre tiltaket.

1.0 INNLEDNING

Alzheimers Disease International (2015), anslår at 46,8 millioner mennesker rundt om i verden lever med demens i 2015. Dette tallet er forventet å tredoble i løpet av de neste tre tiårene (Alzheimers Disease International, 2015). Økt eldrebølgen og levealderen er den største faktor for en økning av antall mennesker med demens (Berentsen, 2010, Kjelvik, 2017). Gjennomsnittsalderen for død i Norge er 87år gammel (Kjelvik, 2017), og sannsynligvis vil mange leve lenge nok til å få demens. Det finnes i dag ingen behandling som kan kurere eller snu sykdommen (Berentsen, 2010), men det har i de siste årene kommet medisiner som forsinker sykdommens progresjon og i noen tilfeller også forbedrer tilstanden.

1.1 *Bakgrunn for valg av tema*

Grunnen til at jeg har valgt å fokusere på miljøbehandling, demens og livskvalitet er min interesse i dette fagområdet. Gjennom 4 års erfaring fra arbeid i sykehjem og praksisperioden i første år, har jeg opplevd at miljøbehandling kan bidra til å opprettholde velvære hos pasienter med demens. Forskning rundt om i verden antyder at miljøbehandling har god helseeffekt, både når det gjelder økt livskvalitet og å hindre funksjonsnedsetning som følge av demens. *Samhandlingsreformen, Omsorgsplan 2015, Omsorgsplan 2020 og Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34) gir føringer for at kommunenes folkehelsearbeid og forebyggende arbeid blant eldre skal styrkes* (Kjelvik, 2017).

Sykepleier kan møte demens diagnosen i alle typer institusjoner men langtidsopphold ved sykehjem er mest vanlig for personer med demens (Kjelvik, 2017). Mer enn to tredeler hadde registrert langtidsopphold ved sykehjem i 2015(Kjelvik, 2017). Livskvalitet er viktig for alle, men det er spesielt viktig for demensrammede pasienter som har minst kontroll over omgivelsene sine. Verdens Helse Organisasjon (2012) påstår at livskvalitet består av både affektive og kognitive komponenter og pasienter med betydelig kognitiv svikt vil erfare redusert nivå av livskvalitet. Dette er fordi de ikke vil klare å verbalisere sine psykologiske og fysiologiske ubehag, frustrasjoner eller behov (World Health Organization, 2012).

Helsemyndighetene har påpekt ved gjentatte rapporter at kvaliteten på pleietilbudet på sykehjem synes bra nok mens tilbud om fysisk aktivitet og meningsfulle aktiviteter er svært dårlig (Helsetilsynet, 2003). Jeg har erfart i praksis at pasienter med demens ofte mangler egen motivasjon til å begynne eller fortsette aktiviteter på egen hånd. Den gradvis svekkende hukommelse kan vanskeliggjøre pasientens evne til gjennomføringen av en aktivitet (Hauge,

2010). De er avhengige av sykepleiere for å tilrettelegge eller iverksette miljøtiltak som er tilpasset dem.

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å øke kunnskapen min om miljøbehandling til pasienter med demens og om dette er med til å opprettholde livskvaliteten hos demente på sykehjem. Jeg har derfor valgt følgende problemstilling:

1.2 Presentasjon av problemstilling

«Hvordan kan sykepleier gjennom miljøbehandling opprettholde livskvalitet til pasienter med demens?»

1.2.1 Avgrensning

Oppgavens hensikt skal være å finne ut hvilke miljøtiltak sykepleier kan iverksette for å bidra til økt livskvalitet hos pasienter med demens. Jeg velger å avgrense tema til å gjelde pasienter med moderat demens, som er over 65år og bor på sykehjem. Dette er fordi de fleste pasienter med demens i Norge er i denne aldersgruppen (Kjelvik, 2017) og fordi jeg har møtt denne pasientgruppen i praksis på skjermet enhet. Jeg har også arbeidet innen demensomsorgen i over fire år og har sett hvor stort behovet for miljøtiltak er. Jeg vil derfor i oppgaven trekke inn mine erfaringer både fra praksis og arbeid i drøftingsdelen.

Miljøbehandling er et stort tema og dermed skal ikke alle typer tiltak inkluderes i oppgaven. Jeg velger dermed å se betydningen av tre type miljøtiltak som er musikk og sang, aktivitet og mat og måltidet for å opprettholde livskvaliteten hos pasienter med demens.

Av hensyn til oppgavens størrelse er ikke pårørende inkludert som et eget tema i denne oppgaven. Jeg er klar over at pårørende kan være sterke ressurser for denne pasientgruppen men jeg vil fokusere mest på hva sykepleier kan gjøre for pasienten og ikke pårørende.

Når jeg skriver om sykdommen demens, skal jeg ikke utdype meg på de forskjellige typer demens men jeg skal skrive om demens generelt, symptomer og forskjellig graden av sykdommen. Jeg har også valgt å bruke begrepet «pasient» i stedet for «beboer» når jeg beskrive individer med demens. Dette fordi bruken av begrepet «pasient» er brukt i de fleste bøker og i forskningsartikler.

Jeg skal ta for meg Joyce Travelbees sykepleieteori som handle om sykepleiers relasjon til pasienten. Den mellommenneskelige forhold er et viktig aspekt ved pasientbehandling,

spesielt hos eldre som trenger langtidspleie (Travelbee, 2001). Ifølge Travelbee (2001) er ikke målet helbredelse men at pasienten skal få sine behov ivaretatt og få en så optimal helse som mulig.

1.2.2 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med innledningskapittel, deretter min begrunnelse for valg av tema, som er miljøtiltak og livskvalitet til demente på sykehjem. Videre blir problemstillingen presentert og en nærmere avgrensning av hva oppgaven skal inneholde. Metodedelen består av litteraturstudie som metode og jeg har valgt å ha med minimum seks forskningsartikler i oppgaven. I teoridelen blir de begrepene som er sentrale i forhold til problemstillingen presentert. Dette skal brukes hovedsakelig i drøftingsdelen. Drøftingsdelen vil ta utgangspunkt i ulike fag, og forskningslitteratur, og drøftes opp mot problemstillingen. Til slutt en avslutning, der jeg skal antyde et svar på problemstillingen.

1.3 Definisjoner av sentrale begreper

For å gjenspeile ordlyden i pasient- og brukerrettighetsloven (2012), forskning og pensumlitteratur, anvendes ordet «*pasient*» i oppgaven. Kommunene bruker betegnelsen «beboer» om personene som bor på sykehjemmet (Hauge 2010). Noen bøker og forskningsartikler bruker fortsatt begrepet «*pasient*» til å beskrive individet med demens. Derfor har jeg valgt å bruke ordet pasient når jeg beskriver personer med demens.

Begrepene «*miljøbehandling*», og «*miljøterapi*» kan brukes synonymt om behandling der de terapeutiske metoder som kan mobiliseres og implementeres i det miljøet pasienten befinner seg i (Rokstad, 2015).

Begrepene «*miljøtiltak*» og «*miljøterapeutisk tiltak*» kan brukes synonymt og beskriver tiltak eller intervensjoner som iverksettes hvor hensikten er å redusere symptomer på psykisk lidelse hos individet, samt å gjenopprette ferdigheter som har vært svekket grunnet funksjonsfall (Rokstad, 2015).

«*Livskvalitets*» begrepet har mange definisjoner. De fleste av dem fremhever at livskvalitet har en subjektiv natur. Det vil si at det er ens egen opplevelse av sitt liv som er indikatoren for ens livskvalitet (Rustøen, 2010). Livskvalitet er avhengig av hva individet ønsker å legge vekt på. De ulike beskrivelsene av livskvalitet har preg av hvilken fagtradisjon de representerer. Glede, trivsel, velvære og helse er også begreper som knyttes til livskvalitet (Engedal og

Haugen 2004, Pedersen 2009). Jeg har i oppgaven valgt å bruke psykologen Siri Næss sin definisjon på livskvalitet. Hun definerer livskvalitet som enkeltindividets bevisste positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser (Næss, 2001).

Ordet «*dement*» er av latinsk opprinnelser (*de*: uten, *ment*: sinn) og antydes å bety å være borte fra sitt sinn (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). *Sinn* er et begrep som omfatter alle hjernens bevisste og ubevisste prosesser, slik som det å tenke, huske og føle (Gjerstad, Fladby & Andersson, 2013). Årsaken til demens er avhengig av de ulike typer demens. Demens utvikles av progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt (Bertelsen, 2010).

2.0 METODE

“En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder“ (Dalland, 2012).

Dalland (2012) skriver at en metode er hvordan vi går frem og innhente informasjon og kunnskap til det vi ønsker å undersøke nærmere på. Bacheloroppgaven er ikke et forskningsprosjekt, men oppgavens oppbygging og fremgangsmåte skal være lik den som kreves i en forskningsundersøkelse (Dalland 2012).

Forskningsartikkel som jeg har valgt å bruke i oppgaven er av kvalitativ og kvantitativ forsknings metoder. Forskere har flere metode å gjennomføre studiene sine på. Kvantitative, kvalitative eller bladet metode er eksempler på metoder som forskere bruker til å forklare hans eller hennes funn på. Bruk av tall er oftest av kvantitativ metode og bruk av en beskrivende stil er av kvalitativ mål, og hvis det er et sted i mellom disse to metodene er det en blandet metode (Leseth & Tellmann, 2014).

Kvalitativ forskningsmetode er måten å få en dypere forståelse av en hendelse, organisasjon eller kultur på (Leseth & Tellmann, 2014). Avhengig av hvilke fenomen forskeren baserer studien på kan kvalitative forskningsmetode gi forskeren en bred forståelse av hendelser gjennom observasjoner, får frem mening fra mennesker gjennom intervjuer og så videre. Metoden bruker ikke statistiske metoder for å få forståelse om en populasjon eller gruppe menneske. Denne type metode bruker tall for å teste hypoteser og beskrive en undersøkelse på. Ved å bruke tall har forskerne mulighet til å få frem statistiske data i resultatene (Leseth & Tellmann, 2014). En styrke ved å bruke kvantitative metoder er at ved å undersøke tall, vil egne fortolkninger av resultatet fjernes.

2.1 Litteraturstudie som metode

Denne oppgaven er basert på litteraturstudie som metode fordi det er et krav fra Høgskolen. En litteraturstudie er i følge Aveyard (2014), “*the comprehensive study and interpretation of literature that relates to a particular topic*”. Det handler om å finne frem til aktuelle litteratur som jeg kan anvende i oppgaven min og som best mulig kan belyse min problemstilling. Tema til oppgaven handler om disse begrepene: «livskvalitet», «demens» og

«miljøbehandling». I tillegg til pensumlitteratur har jeg benyttet relevante forsknings og erfaringskunnskap i oppgaven.

2.2 Søkeprosessen

Søket mitt begynte først i å finne fram til riktig pensumlitteratur. Jeg har hovedsakelig brukt bøker som omhandler demens og livskvalitet. Pensumlitteraturlisten er tilgjengelig på Høgskolens websiden.

For å finne fram til forskningsartikkel måtte jeg ha tilgang til de publiserte forskningsartiklene. Som student på Høgskolen hadde jeg tilgang til de forskjellige databasene og da fikk jeg også gratis tilgang «open access» til de fleste forskningsartiklene. Utvalgsriterier til søket var slik at forskningsartiklene må ikke være eldre enn 10 år, og var enten publisert på norsk eller engelsk. Den må kunne hjelpe meg å svare på tema som berør problemstillingen min som er demens, miljøterapi og opprettholdelse av livskvalitet.

Jeg begynte søket mitt på forskningsartiklene gjennom database Medline via (Helsebiblioteket/OVID) som dekker medisin, sykepleie og andre helsefag med referanser til mer enn 22 millioner artikler fra ca. 5600 tidsskrifter. Jeg har også valgt å bruke Google Scholar som er Googles litteratur-søkemotor. Den er ikke egnet for systematisk søk innenfor et fagområde, men den har vært veldig nyttig for meg når søket på Medline ikke ga nok treff. Søkeprosessen på Medline og Google Scholar er som følge:

Database Medline:

1. Søkeordet «music» ga 12368 artikler, «dementia» ga 43471 artikler, «quality of life» ga 154787 artikler. Jeg kombinerte de tre søkeordene med «AND» og kom frem til 7 artikler. Ingen av dem syntes jeg var relevant til min oppgave. Da prøvde jeg igjen med søkeordet «music in dementia» og dette ga meg 8 artikler. Av disse 8 valgte jeg forskningsartikkel nummer fire med tittel *“The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists”*.
2. Søkeordet «activities for people with dementia» ga meg 24 artikler. Jeg brukte funksjonen «Limit» og valgte året 2010 til 2017 og fikk igjen 18 artikler. Jeg valgte deretter artikkel nummer 13 med tittel *“Everyday activities for people with dementia in residential aged care: association with person-centeredness and quality of life”*.

3. Søkeordet «preparing food» ga 138 artikler og «dementia» ga 102936 artikler. Kombinert sammen med «AND» ga meg 1 artikkel. Den var ikke relevant til oppgaven min og kan ikke brukes. Søkeordene «mealtime activities» ga meg 11 artikler og «dementia» ga 102936 artikler. Kombinert med «AND» ga meg tre artikler. Ingen av disse tre synes jeg var relevant til oppgaven.

4. Søkeordet «meal» ga 47099 artikler, «dementia» ga 103118 artikler og «activities» ga 641988 artikler. Jeg kombinerte de tre søkeordene med «AND» og fikk antall artikler ned til 27. Av disse 27 valgte jeg artikkel nummer 8 med tittel “*Cutting Brussels sprouts: collaboration involving persons with dementia*”.

Google Scholar :

1. For å finne forskningsartikkel på norsk og som også omhandler bruk av musikk til demente. Jeg søkte på «*bruk av musikk til demente*» og valgte artikkel med tittel “*Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet*” til oppgaven.

2. Jeg hadde egen definerte søket mitt til artikler publisert fra året 2013 til 2017 og søkte med søkeordet «mealtime in dementia». Jeg valgte artikkelen med følgende tittel “*Exploring the mealtime experience in residential care setting for older people: an observational study*”. Jeg fikk lese artikkelen gjennom Medline, men for å søke frem til denne artikkelen måtte jeg fjerne ordene «*for older people: an observational study*» fra studiens original tittel.

Siste forsøk var gjennom websiden Sykepleien.no av Norsk sykepleieforbund. Her finnes en del forskning som ble gjennomført av sykepleiere. Ved å søke på søkeordet «*aktiviteter på sykehjem*» kom artikkelen med tittelen “*Meningsfulle aktiviteter på sykehjem*” som jeg valgte å bruke i oppgaven.

Til sammen har jeg valgt å inkludere 6 forskningsartikler i oppgaven og disse brukes hovedsakelig i drøfting under kapittel 5.0.

2.3 Kildekritikk

I følge Dalland (2012) er kildekritikk de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann eller ikke. Det innebærer kritisk vurdering og karakterisering av kildene som brukes. Kildekritikken vil kunne vise at jeg er i stand til å forholde meg kritisk til de kildematerialet jeg velger å bruke i oppgaven min. Hensikten med kildekritikk er å gi leseren del i

refleksjonene jeg har gjort om hvilke relevans og gyldighet litteraturen har når det gjelder å belyse problemstillingen (Dalland, 2012).

Forfatterne til faglitteratur som jeg har benyttet i oppgaven er forfatter som har god faglig kompetanse innenfor temaet demens, miljøterapi og livskvalitet. De er også godkjent til bruk i oppgaven. Pensumlitteraturen er av nyere årstall fordi det ofte er oppdatert informasjon i disse nyere versjonene. Pensumbøker som er tilgjengelig til utlån fra biblioteket, men er av eldre versjon benyttes også. Det finnes mange andre bøker som er oppdatert med informasjon om miljøterapi til pasienter med demens som kunne brukes og være til stor hjelp til oppgaven min. Dette har jeg ikke brukt til oppgaven fordi Høgskolen ikke tillater selvvalgte bøker til oppgaven.

Forskningsartiklene, faglitteratur og tidsskrifter jeg har valgt å bruke er enten publisert i engelsk eller skandinavisk. Noen engelske ord som brukes i forskningsartiklene kan være vanskelig å forstå og dermed kan lett misforstås. Jeg har derfor brukt Google-translator til å oversette det jeg ikke forstår fra forskningsartiklene. Oversettelsene er ikke perfekte men den har vært behjelpelig.

Valg av forskningsartikler til oppgaven er av nyere og oppdaterte versjoner, publisert mellom året 2010 til 2017. Forskningsartikkel er gjerne bygget opp etter IMRAD-strukturen, med inndelingen Introduksjon, Metode, Resultat og Diskusjon (Dalland, 2012). Jeg har inkludert seks artikler i oppgaven og fem av artiklene har en slik oppbygging unntatt en. Alle de seks forskningsartiklene er fagfellevurdert (peer-reviewed) og er publisert i et vitenskapelig tidsskrift. I tillegg til dette er alle seks artikkel skrevet av fageksperter.

De fleste forskningsartiklene har også sine begrensninger når det gjelder innhenting av data om pasientens livskvalitet og resultatet på de fleste artiklene er basert på rapportering fra helsepersonalet. Allikevel synes jeg disse artiklene gir et viktig bidrag til oppgaven min gjennom illustrasjoner fra forskjellig fagpersoner. De fleste forskningsartikler om miljøbehandling tar fokus på tiltak for å håndtere utfordrende atferd og lite spesifikk rettet mot de forskjellige miljøtiltak som brukes for å fremme livskvalitet, trivsel og velvære. Jeg har unngått å bruke artikler som diskuterer utfordrende atferd og miljøbehandling i oppgaven.

2.4 Ethiske Overveielser

Forskningsartikkel som jeg velger å bruke i oppgaven skal ha fulgt retningslinjer for korrekt bruk av forskningsetikk. I odelstingsproposisjon nr. 58 (2005-2006)- Om behandling av etikk og redelighet, beskriver Kunnskapsdepartementet (2006) normer og regler knyttet til god og

effektiv forskningspraksis. Dette innebærer godkjenning fra etisk komité for medisinsk eller helsefaglig forskning, godkjenning fra institusjonen, informert samtykke fra alle parter, sørget for kvalitetssikring av sensitiv forskningsdata, anonymisering og publisering av forskningsdata (Kunnskapsdepartementet, 2006). Forskningsartikkel jeg har valgt å bruke i oppgaven har fulgt riktige forskningsetikk.

Forskningsetikkens formål er *å bevisstgjøre forskere selv samfunnet generelt om de etiske problemstillinger som oppstår som følge av moderne forskning* ((Kunnskapsdepartementet, 2006). Forskningsetikk har fått økt samfunnsmessig oppmerksomhet de siste ti-årene, og forskersamfunnet bidrar selv til å sette forskningsetikk på dagsorden (Kunnskapsdepartementet, 2006).

I oppgaven har jeg også vært nøye på riktig bruk av kilde slik at leseren av oppgaven kan lett finne fram til aktuelle litteratur og forfatter i litteraturlista. Jeg er også klar over for Høgskolens regler for siteringer og kildebruk. Jeg har brukt APA-standard som er Høgskolens retningslinjer for kildehenvisning.

2.5 Presentasjon av artikler med funn

1. Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet av Haugland, 2012

Dette er en tverrsnittstudie hvor data ble samlet inn ved å bruke spørreskjemaer. Et spørreskjema til pasienter og et spørreskjema til ansatte. Hensikten med studien var å kartlegge hvilke aktiviteter sykehjems pasienter har interesse av å delta i og hva de ansatte tror at pasientene har interesse for. Studien er publisert i Norsk sykepleieforbundets (NSF) tidsskrift for Sykepleieforskning.

Til sammen 17 ulike aktiviteter ble inkludert, disse ble delt opp og organisert i følgende tre kategorier. Studien er gjennomført i Norge av en sykepleier med mastergradbakgrunn og er publisert i sykepleien.no Undersøkelsen ble gjennomført ved Løvåsen Undervisningssykehjem i Bergen, i perioden desember 2007 til og med januar 2008. Alle beboerne med språk og evne til å fullføre intervjuet ble inkludert. Av 16 avdelinger og boenheter ble 15 inkludert i studien. Rehabiliteringsavdelingen ble utelatt. Ansatte som arbeidet dagtid på boenheten i 50 prosent stilling eller mer ble inkludert i undersøkelsen. Funnene fra studien viser at pasientene på sykehjem i stor grad hadde ønsker om å delta på aktiviteter der de selv hadde interesser for tidligere. Eksempler på dette var interesser i å delta

på fellesaktiviteter. Over halvparten av beboerne var interessert i håndarbeid, baking, hagearbeid, sang, bingo og trim. Aktivitetene spasertur og biltur ble vurdert høyt av begge gruppene. Funnene i undersøkelsen, samt tidligere forskning tyder på at sykehjemsbeboerne ønsker mer enn kun å få dekket elementære behov.

2. The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists av Dermott, Orrell & Ridder, 2014.

Studien er publisert i tidsskriftet *Journal of Aging & Mental Health* og er basert på kvalitativ forsknings intervju som metode. Forskerne brukte fokusgrupper og utførte intervjuer med personalet blant annet sykepleiere til pasienter med demens, pårørende til demente, pasienter med demens og musikk terapeuter. Studien ble gjennomført i to forskjellige kommunale sykehjem med pasienter som hadde moderat til alvorlig demens. Studien ble gjennomført av en kvalifisert musikk terapeut med doktorgrad innen musikkterapi og som hadde arbeidet med pasienter med demens, en professor med doktorgrad innen kognitive helse og en professor med doktorgrad innen musikkforskning.

Intervjuspørsmål til pasienter med demens var; Hva betyr musikk for deg? Hva synes du om din musikkterapi eller musikk aktiviteter? Hvordan er musikk viktige for deg? Og intervjuspørsmål til pårørende, ansatte og musikk terapeutene var; Hvilke endringer eller respons kan du observere i ditt familiemedlem med demens eller pasienten med demens etter bruk av musikk terapi eller musikk aktiviteter? Hvordan vet du når musikken er viktig for ditt familiemedlem med demens eller pasient med demens?

Studien viser at musikkens betydning ikke bare reduserer atferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasientene. Studien tyder også på at en opprettholdelse av pasientens musikalsk tilknytninger bidrar til å gi mening og opprettholde livskvaliteten til pasientene. Musikken som er kjent for pasientene sees å være bevart gjennom hele sykdomsutviklingen og dermed er tilpasset musikk til individer antydes som viktig i miljøbehandling.

3. Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet av Kvamme, 2014.

Dette er en doktorgrad studie skrevet av en musikkterapeut som har mange års erfaring som musikkterapeut til pasienter med demens. Studien ble publisert i tidsskriftet *Aldring og Helse, Nasjonale kompetansetjeneste* med tittel *Glimt av glede*. Hun forsket på musikkens betydning for demente. Studien er gjennomført i Norge og hensikten var å se om musikkterapi kan

påvirke sinnsstemning hos demensrammede og bidra til økt livskvalitet. Dette er en kvalitativ forsknings studie med video-observasjon som metode og en kvantitativ forskning med måleinstrumenter som blant annet Cornell skala som metode. Dette kalles «mixed research methods». Det var fire kategorier av deltakelse som ble viktige i videoanalysen: oppmerksomhet, respons på musikken, følelsesuttrykk og relasjonell tilgjengelighet.

Funnene fra studien viser at det er en reduksjon i symptomer som depresjon, angst, og agitasjon i tillegg til økt livskvalitet blant pasientene. Funnene fra studien bekrefter resultater fra andre deler av verden og viser at musikkterapi antas å ha lignende effekt hos demente pasienter i Norge og Europa. Resultatene fra denne single case design-studien av seks deltakere gir da heller ikke grunnlag for generalisering til populasjonen 4 personer med demens ut fra kvantitative forsknings standarder. Hun viser til musikk som en form for kommunikasjon hos demente og studien viser at alle hadde ulik musikksmak og ulik måte å respondere på.

4. Everyday activities for people with dementia in residential aged care: association with person-centeredness and quality of life av Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist & Sandman, 2013.

Dette er en kvantitativ forskningsstudie med spørreskjema som metode. Studien er publisert i International Journal of Older People Nursing. Hensikten med studien er å samle inn informasjon om kvaliteten på person-orientert pleie i omsorgsboliger, arbeidsmiljøet i omsorgsboliger og kvaliteten på tjenesten til pasienter med demens. Disse spørreskjemaene svares av helsepersonell i omsorgsboliger og sendes tilbake til studie ansvarlige. Studien var gjennomført av fire personer med doktorgrad innen sykepleie og en forskningsassistent med sykepleieutdanning.

Ansatte i 159 omsorgsboliger i Sverige deltok i undersøkelsen. Totalt 1655 spørreskjemaer ble sendt ut og 1471 svar ble sendt tilbake noe som ga en svarprosent på 89 %. Bare data fra omsorgsboliger som hadde hovedsakelig pasienter med demens blir vurdert i undersøkelsen. Funnene fra studien viser at bare 18% av pasientene deltok i hverdagslige aktiviteter som å lage kaffe, dekke til eller rydde bordet, rengjørings- eller vanningsanlegg, 62% deltok i utendørs turer, 27% deltok i puslespill, og 14% og 13% deltok i utflukter og kirker Besøk, henholdsvis. Pasienter som hadde deltatt i de daglige aktiviteter, bodde i flere pleie-senteret

enheter og hadde betydelig høyere livskvalitet og høyere kognitive skår sammenlignet med pasienter som ikke hadde deltatt i de daglige aktiviteter i omsorgsboligen.

5. Exploring the mealtime experience in residential care setting for older people: an observational study av Barnes, Wasielewska, Raiswell & Drummond, 2013.

Dette er en kvalitativ forskning med observasjon som metode. Undersøkelsen ble gjennomført av fire damer med ulike kvalifikasjoner (doktorgrad, mastergrad og bachelorgrad) innen helse og forskning. Målet med denne studien var å fange opp og beskrive pasientenes individuelle opplevelse ved måltidet. Studien var gjennomført i syv serverings innstillinger i fire omsorgsboliger for pasienter med demens i Manchester. Den er publisert i tidsskriftet *Journal of Health and Social Care in the community*. Observasjoner viser to store forskjeller på hvordan måltider var organisert: 'pre-plated' (ferdig servert på tallerken) og "familie-stil" (på forskjellig fatt hvor pasienten kan selv ta fra fattet). Disse tjenestene syntes å ha en innvirkning, ikke bare på hvordan pasientene opplevde måltidet, men også på hvordan omsorgspersonalet håndterte måltids situasjon. Funnene ble delt inn i tre forskjellige tema. Tema om "oppgave basert måltider", "å opprettholde uavhengighet" og "nivåer av interaksjon". Funnene viser at, bedre måltider alene ikke er nok til å forbedre livskvaliteten i sykehjem.

6. Cutting Brussels sprouts: collaboration involving persons with dementia av Hyden, 2014.

Dette er en kvalitativ forskning med video-analyse som metode. Den er publisert i tidsskriftet *Journal of Aging Studies*. Studien er gjennomført av en svensk professor i sosialpsykologi. Han er også lederen av Center for demensforskning (CEDER) og har vært gjest professor ved Nordland Universitet, Bodø, Norge. Denne forskningsartikkel har som hensikt å fokusere på felles aktiviteter, organisering og samarbeid mellom pasienter med demens og personalet. Studien viser et eksempel som å involvere personer med demens og personalet i tilberedning av måltidet.

Funnene viser at personer med demens kan samarbeide om ganske avanserte aktiviteter hvis det tilrettelegges og gis støtte til pasienten. Resultatene viser at det er mulig å lære å organisere samarbeid med personer med demens ved å forstå hvordan hjelp fra andre og bruk av hjelpemiddel kan være et ressurs og støtte til de med kognitive og språklige vansker på grunn av demens.

3.0 TEORI

3.1 *Hva er demens*

Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer i hjernen (Engedal og Haugen, 2004), og den vanligste formen for demens er Alzheimers. Alzheimers står for opptil 60-70 % av tilfellene (Bertelsen, 2011). Andre vanlige former for demens inkluderer vaskulær demens, blandet demens, demens med Lewy-legemer, Parkinsons sykdom med demens, Frontal temporallapp demens, eller Creutzfeldt-Jakobs sykdom og sekundær demens. Demens som opptrer hos eldre over 65 år kalles aldersdemens (Engedal og Haugen, 2004).

Sykdommen er kronisk eller progredierende, det vil si at tilstanden gradvis forverre seg med tid hvor det er svekkelse i kognitiv funksjon (det vil si evnen til å behandle tanke) utover det som kunne ventes fra normal aldring (Bertelsen, 2012). Demens påvirker pasientens hukommelse, tenkning, orienteringsevne, forståelse, læreevne, språk og resonnering. Sykdommen fører også til svekkelser i følelsesmessig kontroll, sosial atferd eller motivasjon, endringer og begrensninger i utførelser av de daglige praktiske gjøremål (Berentsen, 2010).

De senere årene har det imidlertid blitt rettet økende oppmerksomhet mot de ikke-kognitive symptomene. Dette er symptomene som aggresjon, vandring, rastløshet, apati, depresjon med mer (Engedal og Haugen, 2004). Disse symptomene samles under betegnelsen atferdsforstyrrelser ved demens. Demens påvirker hver person på forskjellig måte, avhengig av graden av sykdommen og personens personlighet før enn ble syk (Engedal og Haugen, 2004). Berentsen (2010) viser i sin teori at tegn og symptomer som er knyttet til demens kan forstås som følgende tre trinn:

3.1.1 *Mild grad av demens*

På dette stadiet er hendelser i nærfortid ofte det som svikter. Denne fasen, også kjent som *kompenseringsfasen*, er ofte bare synlig i ettertid. Personen selv og de som står personen nærmest blir stadig klar over at noe er galt. Tidsorientering svikter (snur på døgnet, vanskelig å følge med på tid og kalenderen) og retningsorientering er manglende. Personen glemmer avtaler, hente posten, betale regninger og andre dagligdagse ting. Personen kan klare seg hjemme med tilrettelegging og litt hjelp fra familien eller med avlastningsmuligheter på dagsenter.

3.1.2 *Moderat grad av demens*

I sykdommens neste fase, også kjent som *dekompenseringsfase*, er problemene mer synlig og personen begynner å få problemer med å takle sin hverdag. Hukommelsestap øker i omfang og forvirring blir tydeligere. Tilværelsene kan føles kaotisk og desorientert. Personen får kommunikasjonsproblemer og gjenta mye av det som allerede er blitt sagt. Økt forvirring, desorientering, hallusinasjoner og vrangsforestillinger er vanlige symptomer. Påkledning, matlaging, og konsentrasjons krevende aktivitet blir for komplisert og personen blir fort stresset. Personen blir frustrert, mangler egen initiativ, føler sinne og den vanskelige situasjonen kan føre til angst, depresjon, fortvilelse og tendens til isolasjon. Personen kan kanskje klare seg hjemme med hjelp fra hjemmetjenesten. Ofte er det også søkt etter avlastningstilbud som korttidsopphold på sykehjem. Det vanligste er fra to til fire-fem uker for korttidsopphold og på lengre sikt krever sykdommen kontinuerlig tilsyn. Langtidsopphold på sykehjem er ofte søkt mens pasienten er på avlastningsopphold på sykehjem etter videre vurderinger fra institusjons lege.

3.1.3 Alvorliggrad av demens

I denne fasen av sykdommen har de fleste pasienter så svekket funksjoner at de vil trenger tilsyn rundt døgnet. De fleste vil ha nytte av å bo på sykehjem. Pasienten husker ikke hvem familiemedlemmer eller venner er. Stemmen og ansiktet til sine nærmeste blir fremmed. Pasienten klarer ikke ta være på seg selv og trenger hjelp med grunnleggende behovene. Denne fasen kalles også den *pleie fasen* fordi pasienten er blitt mer pleietrengende. Pasienten trenger mer enn veiledning og tilrettelegging til de daglige stell, matlaging, aktivitet, medisinene og omsorg.

3.2 Livskvalitet

Psykolog Siri Næss beskrev i 2001 et skille mellom høy og lav livskvalitet: ”en persons livskvalitet er høy i den grad personens ”*bevidst kongitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevidst kognitive og affektive opplevelser er negative.*” (gjengitt etter Rustøen, 2010). Videre deler hun livskvalitet inn i fire kriterier:

Aktiv: ”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen er aktiv, det vil si har appetitt og livslyst, interesserer seg for, engasjerer seg i og deltar i noe utenfor seg selv som representerer en utfordring og oppleves som meningsfullt” (Næss, 2001).

Sosiale relasjoner: *”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har gode interpersonlige forhold; har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske”* (Næss, 2001).

Selvbilde, selvfølelse: *”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har selvfølelse, det vil si selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, er sikker på egne evner og dyktighet, har en følelse av å mestre, av å være nyttig, akseptere seg selv, fravær av skyld- og skamfølelse og lever opp til egne standarder”* (Næss, 2001).

Grunnstemning: *”En person har høy livskvalitet i jo høyere grad personen har en grunnstemning av glede, lyst og velvære, av at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet, 16 ubehag og smerte; har en grunnstemning av harmoni, fravær av uro, bekymring, angst; har rike og intense opplevelser av skjønnhet, er åpen og mottakelig, ikke avstengt overfor den ytre verden”* (Næss, 2001).

Bruk av miljøbehandling har et potensial utover generelle trivselstiltak og brukes for å styrke eller opprettholde pasientens velvære, trivsel og livskvalitet (Fermann, 2015).

3.3 Miljøbehandling

Respekt for det enkelte menneske er kjernen i all miljøbehandling. Miljøbehandling er en form for terapi som går ut på å tilrettelegge pasientens omgivelser ved hjelp av de forholdene som har innvirkning i det miljøet pasienten oppholder seg i (Rokstad, 2015). Dette innebærer tilrettelegging av miljøtiltak som har hensikt i å oppbevare pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter, bevare funksjonsnivå og dermed opprettholde god livskvalitet samt å ivareta pasientens grunnleggende behov (Engedal og Haugen, 2004 ; Rokstad 2015).

Miljøtiltak er tiltak som iverksettes ved miljøbehandling. Et miljøtiltak kan være noe flere kan gjøre sammen i gruppe, for eksempel trim og sittedans eller noe som foregår individuelt, for eksempel tilrettelegging i stellesituasjoner. Effekten av de ulike tiltakene vil variere, da alle har forskjellige behov. Det finnes ulike miljøtiltak som for eksempel tilrettelegging av måltider, musikk og sang, fysisk aktivitet, sansestimulering og søvn og hvile (Rokstad, 2015). Ut ifra dette perspektivet spiller sykepleieren en viktig rolle i kartlegging og vurdering av hvilket miljøtiltak som passer til hver enkelt pasient. Informasjonsinnhentingene innebærer bakgrunnsdata, samtaler og observasjoner i miljøet (Fermann, 2015). Utgangspunktet for valg av miljøtiltak bør ta hensyn i pasientens interesser, identitet, toleranse for stimuli,

sykdommens alvorlighetsgrad (hvilket stadium de er i), og funksjonsnivå (Kitwood, 2003). Pasienter med demens må behandles som den individet vedkommende har vært og fortsatt er, for å opprettholde mening og kontinuitet i livet, til tross for sykdommen (Drageseth, Normann og Elstad, 2013).

3.3.1 Miljøbehandling i sykehjem

Miljøbehandlingsmetoder spenner over et stort register og inkluderer både metode for *observasjon, kartlegging, tilrettelegging, og trivselsfremmende aktiviteter* (Rokstad, 2015). Følgende presenteres noen miljøbehandlingsmetoder som er i bruk ved norske sykehjem;

3.3.2 Musikk og sang

Miljøbehandling i form av musikk brukes i flere sammenhenger og ut fra ulike hensikter (Fermann, 2015). Det omfatter tiltak som allsang og dans i grupper, individuelt lytting til musikk, musikk i stell og rundt måltidet (Fermann, 2015), samt individualiserte musikkintervensjoner (Myskja, 2005). Allerede i *Notes of Nursing* fra 1859 understreker Florence Nightingale at musikk har en *meningsfull og terapeutisk miljøfaktor* for pasientene (Rustøen, 2010).

Hensikten med musikk som miljøtiltak hos pasienter med demens vil være å stimulere følelsene, kognitive evner, tanker og minner og det «selvet» som fortsatt er der (Kvamme 2014). Fokuset rettes mot pasientenes ressurser fremfor sykdom og begrensninger. Den skal også stimulere og bidra til opplevelse av trivsel og glede. I tillegg til dette, musikk synes å kunne dempe uro, angst og andre utfordrende atferd (Fermann, 2015).

Musikk som sykepleieintervensjon omfatter flere aktiviteter (Dochterman og Bulechek, 2004). Sykepleier trenger ikke å ha en spesiell utdanning innenfor musikkterapi for å utføre dette i praksis (Myskja, 2005, Rokstad, 2015). På sykehjem brukes både bøker med sangtekster og ferdiginnspilt musikk fra CD til sangstunder og dans. Det er viktig å velge musikkstykker som samsvarer med pasientens preferanser (Bjørø og Torvik, 2010; Fermann, 2015). Lyden reguleres slik at den er passer høy, men ikke for høy. Riktig valg av musikk kan vekke gode minner hos pasienten (Kvamme, 2014) dermed er det viktig at sykepleier kartlegge og dokumentere tiltakets effekt hos hver pasient. For demente som har nedsatt kommunikasjons evne, kan musikkens språklige stimuli ha god effekt på språket deres (Myskja, 2005 og

Rokstad, 2008). Sang og musikk brukes bevisst som trivsels og tillitsskapende tiltak (Fermann, 2015).

3.3.3 Aktiviteter

Alle mennesker har, uavhengig av alder og helsetilstand, grunnleggende behov for aktivitet (Helbostad, 2010). Inaktivitet har konsekvenser på mange av kroppens systemer og for fungering i dagliglivet. Inaktivitet kan føre til nedsatt aerob kapasitet, nedsatt lungefunksjon, nedsatt appetitt, obstipasjon, trykksår, økt fallfare, depresjon, nedsatt tiltakslust, leddstivhet og nedsatt leddbevegelighet (Helbostad, 2010). Fysisk og sosial aktivitet kan forebygge funksjonssvikt, og redusert livskvalitet hos gamle mennesker (Hauge, 2010).

Demenssykdom påvirker pasientens funksjonsnivå, hukommelse, motivasjon og evnen til å utføre hverdagsaktiviteter (Hauge, 2010). Ettersom demens utvikler seg, vil pasienter miste sin evne til å gå selvstendig og gjøre ting selvstendig (Hauge, 2010). Den gradvis svekkende hukommelse kan vanskeliggjøre pasientens evne til gjennomføringen av en aktivitet. Å bo på sykehjemmet gir også en mulighet til å følge med i avdelingens aktiviteter. Tradisjonelt har mange sykehjem i Norge hatt tilbud om ulike former for aktiviteter til pasienter med demens som andakt, høytlesing, hagearbeid, matlaging, tur i sansehagen, stoløvelser, styrketrening, og liknende. Hensikten med aktiviteter som miljøtiltak er å skape glede og velvære, å forebygge mot funksjonssvikt og bidra til å opprettholde dagliglivets funksjoner hos demente (Helbostad, 2010). Ansvar for å legge til rette for aktivitet ligger hos sykepleierne i samarbeid med andre pleiepersonalet.

3.3.4 Tilberedning av mat

Mat og måltidet har av stor betydning til alle. Den sosiale og kulturelle betydningen ved måltidet blir kanskje viktigere desto eldre vi blir (Brodtkorb, 2010). Hensikten med mat og måltidet som miljøtiltak er ofte å skape trivsel og fellesskap i tillegg til et ernæringsmessig aspekt (Fermann, 2015). Det skal være hyggelig å spise. Pasienter med demens i sykehjem er ofte ikke i stand til å skape et slikt miljø på egen hånd. Pasienter med demens har *agnosi*, det vil si svekket evne til å tolke sanseintrykk som lukt, smak og berøring (Brodtkorb, 2010). Lukten av maten og synet av mat når pasientene er med å forberede og tilberede måltidet antydes å skape nysgjerrigheten og interesse for mat (Fermann, 2015).

4.0 SYKEPLEIETEORETIKER JOYCE TRAVELBEE

Joyce Travelbee er en av vår mest fremtredende sykepleieteoretikere, er verdt å se til i tilknytning til sykepleierens rolle til pasienter med demens, som ikke er opptatt av diagnose, men mennesket bak. Hun bygger sin teori rundt sykepleiens mellommenneskelig aspekter, der hun er opptatt av menneske-til-menneske-forholdet. Denne tilnærmingen går ut på at en persons opplevelse av sykdom og lidelse er viktigere for sykepleieren å forholde seg til enn den diagnosen eller objektive vurdering som sykepleieren eller andre helsepersonell foretar (Kirkevold, 2014).

Travelbee hevder at sykepleieren og pasienten må ha gjennomgått flere interaksjonsfaser for å skape et menneske-til-menneske-forhold;

Det innledende møtet: Første fasen omhandler det innledende møtet mellom sykepleieren og pasienten. Her kjenner ikke de til hverandre. I denne fasen vil både sykepleier og pasienten danne et første inntrykk og følelse om hverandre. Inntrykket dannes i bakgrunn av observasjoner, inntrykk og vurderinger. Sykepleieren må kunne legge til side *stereotype* oppfatninger om pasienten og ser pasienten som en unik person (Kirkevold, 2014).

Fremvekst av identiteter: Etter hvert som forholdet skrider frem, vil det dannes et bånd mellom sykepleieren og pasienten. Den skille mellom sykepleier-pasient rolle er ikke lenge tilstede og det skapes en tilknytning og aksept for hverandres identitet og personlighet (Kirkevold, 2014). Dette gjør det enklere for sykepleieren å bli kjent med pasienten.

Empati: betegnes som « en erfaring som finner sted mellom to eller flere individer. Det er i sak evnen til å gå inn i eller dele og forstå et annet individs psykologiske tilstand i et bestemt øyeblikk» (Kirkevold, 2014). Sykepleieren kan gjennom empati se pasientens indre opplevelse og danne seg en god forståelse for hvordan pasienten har det (Kirkevold, 2014). Dette vil hjelpe sykepleieren å vurdere og ivareta pasientens sykepleiebehovene.

Sympati: er en videreføring av empati og medfølelse (Kirkevold, 2014). Det er en form for omsorg som ofte uttrykkes gjennom sykepleierens atferd og væremåte. Sykepleieren kan bruke seg selv terapeutisk for å kunne skape et hjelpeforhold til pasienten (Kirkevold, 2014).

Gjensidig forståelse og kontakt: Den siste fasen i prosessen om gjensidig forståelse og kontakt er bygd opp gjennom interaksjoner fra de fasene forut (Kirkevold, 2014). Her må sykepleieren bruke kunnskapen og kompetansen sin for å iverksette tiltak for å dekke

pasientens behov for sykepleie. Sykepleieren gjennom sine handlinger bygger opp pasientens tillit og styrke den menneske-til menneske-forholdet(Kirkevold, 2014).

4.1 Kommunikasjon

Joyce Travelbee hevder at kommunikasjon er et av sykepleierens viktigste verktøy for å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold, 2014). Kommunikasjon foregår ved ethvert møte mellom sykepleieren og pasienten. Det er gjennom kommunikasjon, tanker og følelser overføres. Interaksjonen som skjer mellom pasient og sykepleier skjer hovedsakelig ved verbalt eller nonverbalt kommunikasjon. For at sykepleier skal kunne på best mulig måte ivareta pasientens behov er god kommunikasjon helt avgjørende. Det forutsetter også at begge parter forstår hverandre, ellers vil den bryte sammen.

5.0 HVORDAN KAN SYKEPLEIER GJENNOM MILJØBEHANDLING OPPRETTHOLDE LIVSKVALITET TIL PASIENTER MED DEMENS?

5.1 Betydningen av relasjon

Miljøbehandling antas å ha positive effekt på å skape glede, trivsel og livskvalitet hos pasienter med demens (Rokstad, 2015). Den viktigste faktor i miljøbehandling innebærer at sykepleier tilrettelegger muligheter for miljøtiltak som stimulerer til fysisk utfoldelse, kognitiv aktivitet og opplevelse av sanseinntrykk hos pasienter med demens (Rokstad, 2015). Disse miljøterapeutiske tiltak menes eksempelvis bruk av musikk i ulike former (Myskja, 2005, Rokstad 2015, Dermott et. al 2014, Kvamme, 2014), tilberedning av mat (Engerdal & Haugen 2004, Barnes et al. 2013, Hyden, 2014,) og bruk av ulike aktiviteter (Edvardsson et al., 2014,). Det innebærer at sykepleier behersker både de «tekniske» sidene ved tilrettelegging av det enkelte miljøtiltak, evner til å tilpasse tiltak og metoder til den enkelte pasienten og bygge sin kompetanse på grunnleggende verdier og holdninger som institusjonen legger til rette for (Rokstad, 2015).

I dagens demensomsorgen legges det stort fokus mot at pasientene ved sykehjemmet skal ha det godt og ha en følelse av livskvalitet. Jeg velger å tro at den forståelse sykepleier har for hvordan den enkelte med demens opplever sin sykdom, har avgjørende betydning i hvordan omsorgen utformes. Jeg mener at livskvaliteten til pasienter med demens kan opprettholdes gjennom god pleie og omsorg. God pleie og omsorg vil si at pasientenes grunnleggende behov for trøst, identitet, tilhørighet og inklusjon må møtes (Fermann, 2015). Denne tilnærmingen slik Joyce Travelbee (2001) beskriver bygges på en velfungerende relasjon mellom sykepleieren og pasienten. Det går ut på å se hele mennesket og bygge til et menneske-til-menneske-forhold som videre bidrar til opprettholdelse av pasientens livskvalitet (Kirkevold, 2014). I dette ligger også hvordan sykepleieren møter og ivaretar pasienten. Travelbees (2001) teori om empati, sympati og kommunikasjon kan brukes av sykepleieren til å etterkomme pasientenes ønske om å bli sett og bli behandlet med verdighet.

Travelbee (2001) sier at, kommunikasjon er et av de viktigste verktøy sykepleieren har. Kommunikasjon brukes til å bli kjent med pasienten og å finne frem til og oppfylle pasientens behov. Overfor pasienter med demens som har lite ordforråd kan kommunikasjon mellom pasienten og sykepleieren oppleves som vanskelig. Travelbee (2001) sier at sykepleieren kan gjennom empati se pasientens indre opplevelse og danne seg et godt innblikk for hvordan

pasienten har det. Jeg vil anta at god tid, tålmodighet og respekt er kjernen i god kommunikasjon med demente. Sykepleieren må ta seg tid til å lytte, og vise ekte interesse for pasientens historie. Travelbee (2001) sier at sykepleieren kan i det innledende møtet med pasienten enklere forstå deres tanker og følelser hvis sykepleieren har kunnskaper om tilstanden og situasjonen pasienten er i. Dette kan tolkes slik at ved å ha egenskaper som empati og sympati kan sykepleieren være sensitiv til stede for pasienten, noe som er vesentlig for å kunne yte god sykepleie og skape en god relasjon mellom sykepleier og pasienten. Konkrete tiltak kan være å sitte sammen med pasienten og snakke med pasienten om hvordan de har det, og sykepleiere kan, for eksempel, be pasienten fortelle om hans eller hennes tidligere liv eller erfaringer. Jeg har selv opplevd på jobb at med dårlig bemanning på sykehjem har sykepleieren ofte ikke tid til å sitte sammen med pasientene. Dens hverdag er preget av rutiner og praktiske gjøremål som må følges. Men hvorfor er det slik? Det viktigste er pasientene, men de blir ofte oversett og underprioritert, noe jeg synes ikke bidra til et bedre livskvalitet for pasientene.

5.2 Betydningen av musikk og sang

Musikk og sang er den mest brukte metoden i miljøbehandling (Fermann, 2015). Jeg mener at alle demensrammede bør få tilbud om tilrettelagt musikk og jeg argumenterer for dette etter min egen erfaring med bruk av musikk som miljøtiltak på sykehjem der jeg jobber. Jeg har selv fått observert effekten av musikk og sang som miljøtiltak hos pasienter med demens. Helsepersonellet satt alltid sammen med pasientene under sangstunder. De brukte barndomsmusikk og sang tekster som er kjente for pasientene til disse sangstunder. Musikken kan vekke minner og historier hos pasienten. Dette viser pasientene både gjennom latter eller tårer som kommer når de synger eller hører på musikken de kjenner. Dette oppleves som veldig intim og kjær for pasienten fordi musikken de kjenner igjen gir mening til dem når de høre på det. God livskvalitet innebærer muligheter for å delta i meningsfulle aktiviteter (Haugland, 2012). I dette tilfelle er det sang og musikk som bidra til god livskvalitet.

Forskning forklarer at musikkens virkning går utover reduksjonen av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasienter med demens. Forskning tyder på at bruk av tilpasset musikk og sang som miljøtiltak sees å kunne opprettholde livskvaliteten hos demente (Dermott et al., 2014). Studien visste at pasientens evne til å sette pris på og engasjere seg med musikk og sang forblitt intakt selv når kognitive funksjoner forverret seg (Dermott et al., 2014). Pasientene i undersøkelsen forklarte at bruk av instrumenter, sang og det å lytte til

musikk ga dem en følelsesmessig og meningsfull opplevelse. Sang og sangtekstene som er knyttet til personlige historier vekker minner og mange pasienter i undersøkelsen forklarte at musikk har alltid vært en del av deres daglige liv. Forskning viser også at musikken bidrar til å forbedre stemningsleie hos demente og dens effekt er ofte umiddelbar og observerbare (Dermott et al., 2014). Studien viser også at musikk og sang reduserte symptomer på agitasjon og uro og dermed hadde positiv effekt for andre rundt dem også. Pasientene ble observert å være i lysere humor og hadde økt årvåkenhet etter bruk av musikk og sang. Funnene fra forskning hevder at pasientens opplevelser av sosial tilknytning, fellesskap samt bekreftelse på tilhørighet er faktorer som bidro til opprettholdelse av livskvalitet (Dermott et al., 2014). Jeg ser derfor at musikk har en viktig betydning på mange måter hos de fleste pasientene med demens.

Jeg var også veldig nysgjerrige på hvordan musikk og sang virket hos demente. Hvordan påvirker musikk og sang, hjernen til pasienter med demens? Myskja og Linbæk (2000) skrev i Tidsskrift for Den Norske Legeforening en artikkel som heter "Hvordan virker musikk på menneskekroppen". I artikkelen er det skrevet mye om hvordan musikken påvirker et menneskers hjernen. Jeg mener at desto mer kunnskap en sykepleier tilegner seg desto mer hun er i stand til å gi god sykepleie til pasienten. Kvamme (2010) i sin artikkel «*Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet*» ga en forklaring på hvorfor musikk kan fungere så godt i kommunikasjon og kontakt med demensrammede. Hun sier at musikken kan aktivere store deler av hjernen og nå inn til områder som ikke er skadet. Hun antydte at musikken kan gi tilgang til hukommelse og ferdigheter som fortsatt er der, men som til vanlig er utilgjengelig. Hun sier også at musikken er lett oppfattbart og det trengs ikke noe avansert tolkning som ved språk. For demente som har nedsatt kommunikasjons evne, kan musikkens språklige stimuli ha god effekt på språket deres (Myskja 2005, Rokstad 2008). Jeg vil understreke det forskning skrev om bruk av individuell tilpasset musikk. For at musikk som miljøtiltaket skal fungere optimalt mener forskning at musikken som benyttes må være tilpasset hvert enkelt individ som ved alle andre former for miljøterapi (Dermott et al., 2014). Det er forståelig at interessen for musikk ikke er det samme hos alle. Derfor tenker jeg at når sykepleieren benytter seg av musikk som miljøtiltak, bør musikken som er kjent og tilpasset pasientenes historie tas i bruk. En grundig kartlegging og dokumentering om musikkens effekt kan hjelpe sykepleieren å velge de riktige og tilpasset hver pasient. Myska (2005)

understrekker at sykepleieren trenger ikke ha noe spesiell utdanning innen musikkterapi for å kunne ta i bruk musikk og sang som miljøtiltak.

5.3 Betydningen av å tilberede mat

Mat og måltider er et grunnleggende menneskelig behov og er et viktig område for sykepleie til pasienter med demens. Brodtkorb (2010) skrev at sykepleiere har et ansvar for å veilede og lede andre helsepersonell og for å koordinere det daglige arbeidet med matservering og måltider. Ivaretagelse av den enkelte pasientens ernæringsbehov er en annen viktig sykepleieoppgave. Fermann (2015) skrev at hensikten med mat og måltidet som miljøtiltak er ofte å skape trivsel og fellesskap blant pasientene. Han mener at dette handler om det sosiale og kulturelle aspekter som skapes ved blant annet å spise sammen med andre og å ha et hyggelig miljø rundt måltider. Forskning viser at det å skape gode opplevelser rundt måltider antyder å kunne bedre pasientens trivsel, velvære og livskvalitet (Barnes et al., 2013). Hyden (2014) og Haugland (2012) mener at det handler om pasientens mulighet til å være involvert med ulike aktiviteter i forbindelse med tilberedning av mat som for eksempel baking. Studien viser at pasientens involvering kan øke pasientens selvfølelse og integritet (Barnes et al., 2013, Hyden, 2014). Jeg vil antyde at en økt selvfølelse og integritet vil kunne bidra til god livskvalitet til pasienten.

Pasienter med demens har problemer med å konsentrere seg om mer enn en ting om gangen (Brodtkorb, 2010). Dette særlig så når pasienter med kognitive svikt skal utføre den komplekse oppgaven som å spise selv (Brodtkorb, 2010). Studien viser at pasienter som får spise i en rolig og avslappet atmosfære har vist seg å øke inntaket av mat og redusere agitasjon under måltider (Barnes et al., 2013). Ro bør derfor etterstrebes ved måltidene for pasienter med demens.

Pasientens evner til å se, høre, lukte, smake og føle forandrer seg på ulike måter og til ulike grader ettersom sykdommen utvikle seg (Brodtkorb, 2010). Forskning viser at alle aktiviteter rundt matlaging som kan tilrettelegges og som bidra til å minne pasienter om at det er tid for mat menes å være nyttig (Hyden, 2014). Studien viser også at det å kunne forberede og tilberede mat sammen med andre er av viktig betydning til pasientene (Hyden, 2014). Mange av pasientene har brukt mye tid gjennom livet sitt til å forberede eller jobbe med mat. Det å kunne forsette med dette bidrar til å gi en følelse av egenverdi, nytte, selvfølelse samt å fremme interesse for mat og måltider (Fermann, 2015).

Jeg har gjennom min erfaring fra praksis og jobb sett hvor stor fordel det er å ha et kjøkken i avdelingen. Lukten av matlaging kan være en kraftig stimulans til pasientens appetitt. Eksempler er lukten av varme suppe, bakte kaker, eller stekt brød. På avdelingens kjøkken kan pasientene tilberede mat sammen med personalet. Oppgaver med for mange instruksjoner kan fort bli for mye for pasientene å takle og de kan bli fort stresset og forvirret hvis oppgaven blir for kompleks. Helsepersonellet har derfor alltid valgt å inkludere pasientene i enklere oppgaver. På kjøkkenet kan det være behov for at en tar fram de ingrediensene og det utstyret til matlaging. Dette kan pasienten være med å hjelpe til. Jeg mener at sykepleier kan legge til rette for at pasienten kan bidra til fellesskapet og representere noe av verdi til andre. Jeg velger å tro at pasientens selvbilde og opplevelse av livskvalitet kan styrkes når de får lov til å bidra og når andre verdsette arbeidet som de bidrar med. Ikke minst er det viktig å gjøre noe som gir pasienten glede og mening i hverdagen.

Sykepleieren kan delta selv i måltider sammen med pasienten og samle informasjon og oppdage hva som er vanskelig for pasienten. Ut fra det som oppdages, kan sykepleier legge til rette forholdene og støtte pasienten der det trengs (Hyden, 2014). Her må sykepleieren bruke kunnskapen og kompetansen sin for å iverksette tiltak for å dekke pasientens behov for sykepleie. Trenger pasienten hjelpemiddel til måltidet? Pasientens evne til å tygge og svelge maten er også noe sykepleieren kan observere ved å delta i måltider sammen med pasienten. Sykepleier kan også undervise og informere andre helsepersonell i hvordan de kan observere pasientens motoriske og kognitive evner under måltidet. Helsepersonell må dokumentere og rapportere endringer slik at sykepleieren kan iverksette riktig tiltak og hjelpemiddel for å lette pasientens utfordringer.

Forskning viser at tilberedning av mat som miljøtiltak kan bidra til å øke pasientens opplevelse av trivsel, helse, velvære, selvtillit, og dermed opprettholdelse av livskvalitet (Hyden, 2014). Det er mer enn bare å spise. Dette stemmer overens med påstanden fra psykologen Siri Næss (2001) da hun skrev om pasientens selvbilde og selvtillit. Hun sa at en person har høyere livskvalitet hvis de opplever økt selvsikkerhet og selvtillit. Hun sier også at *en person har høy livskvalitet i jo høyere grad personen har en grunnstemning av glede, lyst og velvære* noe som stemmer overens med funnene fra forskning (Næss, 2001). Sykepleieren kan støtte og tilrettelegge tiltaket for å gjøre pasienten mer i stand til å bruke sine ressurser maksimalt og på denne måten opprettholde størst mulig grad pasientens funksjon og

selvstendighet så lenge som mulig (Hyden, 2014 ; Rokstad, 2015). Målsettingen for bruk av miljøtiltak må hele tiden vurderes og tilpasses pasientens forutsetninger (Rokstad, 2015).

5.4 Betydningen av ulike aktiviteter

Hensikten med aktiviteter som miljøtiltak er å skape glede og velvære, å forebygge mot funksjonssvikt og bidra til å opprettholde dagliglivets funksjoner hos demente (Helbostad, 2010). Forskning viser at selv passive og tilbaketrukne pasienter i sykehjem kan ha glede av å delta i sosialt samvær og gruppeaktiviteter kan være en måte å hjelpe pasienten å holde et aktivt sosialt liv (Edvardsson et al., 2013). Studien fra Haugland (2012) viser at pasienter med demens trenger å føle mening i livet og å gjøre aktiviteter som gir glede i hverdagene sine. Aktivitetstilbud av variert sort kan møte ulike interesse hos pasienter med demens. De fleste sykehjem har fellesstue eller aktivitetsrom som gir muligheter til individuelle eller fellesaktiviteter. Tradisjonelt har mange sykehjem i Norge hatt tilbud om ulike former for aktiviteter til pasienter med demens som hagearbeid, matlaging, tur i sansehagen, stoløvelser, styrketrening, og liknende. Studien viser også at gjennom å motivere pasienter med demens til å gjøre noe kreativt, lett fysisk aktivitet eller ved å ta del i gruppeaktiviteter kan hjelpe dem til å forbedre selvfølelsen og unngå følelse av isolasjon (Haugland, 2012). En pasient har høyere livskvalitet dersom de engasjerer seg i aktiviteter som interesserer dem og som gir dem en meningsfull opplevelse (Næss, 2001). Videre presisere forskning viktigheten av å kartlegge hvilke aktiviteter som har betydning for pasienten og tilby det til pasientene (Edvardsson et al., 2013). Jeg er enige i denne påstanden at det hjelper å kartlegge men sykepleiere må også ha tid til å implementere tiltaket.

Forskning viser også at tilgang til en hage og til meningsfulle aktiviteter sees å øke livskvaliteten til pasienter med demens (Haugland, 2012 ; Edvardsson et al., 2013). Stadig flere sykehjem i Norge tilbyr pasientene tilgang til utemiljøet som sansehager (Hauge, 2010). En sansehage er vanligvis rullestolvennlig og den er bygget for å gi pasienter ulike sensoriske opplevelser. Ved å ha tilgang til sansehagen vil pasienten kunne høre lyden av fugler, lukte duften av blomster, se de forskjellige farger rundt seg, mulighet til å plante og smake på bær og frukt, mulighet til å jobbe i hagen og vanne plantene er noe av aktiviteter pasienten kan gjøre ute i sansehagen. Teorien viser at sansehager der pasientene selv dyrket og smakte på grønnsakene hadde positiv innvirkning på funksjonsnivå, atferd og trivsel hos pasienter med demens (Rokstad, 2015).

Selv om funnene i forskning viser hva synes å være en overraskende lav pasient deltakelsen i de dagligdagse aktiviteter, studien støtte teorien og tidligere forskningsdata som mener at pasientens livskvalitet kan forbedres ved deltakelse i de daglige aktiviteter (Edvardsson et al., 2013). Resultatene fra den samme studie viser at, pasientene med mild til moderat demens hadde størst deltakelse i aktiviteter og enheter som tilbyr person-senteret omsorg ses å være den påvirkende faktor til pasientens deltakelse i aktiviteter. Årsaken til den lave pasient deltakelse i aktiviteter antydes å være påvirket av pasientens kognitive evne, tidsmangel og mangel på bemanning, ansattes høy arbeidsbelastning og organisatorisk rammer og struktur som er rigid og lite pasient senteret (Edvardsson et al., 2013).

6.0 KONKLUSJON

I konklusjonen vil oppgavens problemstilling bli besvart.

«Hvordan kan sykepleier gjennom miljøbehandling opprettholde livskvalitet til pasienter med demens?»

I arbeidet med demens pasienter, er sykepleiers hovedoppgave å bidra til livskvalitet. Denne litteraturstudien har bekreftet at, for å lykkes i å opprettholde sykehjemspasienters livskvalitet, er det en forutsetning at sykepleier har nødvendig kompetanse og egenskaper innen demensomsorgen. Både litteratur og forskning er enig i at tilrettelegging av miljøterapeutiske tiltak som er tilpasset pasientens ønsker, interesser og funksjonsnivå bidrar til å gi pasienter med demens en god hverdag og en god livskvalitet. Jeg vet at det ikke alltid er like lett å få til dette i praksis. Sykepleiere jeg kjenner løper rundt og har en arbeidsdag fylt av endeløse ansvar og gjøremål. De har ofte ingen tid til å sette seg ned sammen med pasientene lenger. Jeg mener at et godt samarbeid mellom andre helsepersonell kan være gullverdt i implementering av miljøtiltakene. Kunnskapen er også gullverdt bare hvis den tas i bruk. Hvordan sykepleier velger å prioritere og å planlegge jobben sin kan gjøre en stor forskjell i hvordan pasientene opplever livskvalitet på sykehjem.

7.0 LITTERATURLISTA

- Alzheimers Disease International. (2015). *Dementia statistics. Number of people with dementia*. Hentet fra: <https://www.alz.co.uk/research/statistics>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care - a practical guide*. Berkshire: Open University Press.
- Barnes, A., Wasielewska, A., Raiswell, C. & Drummond, B. (2013). *Exploring the mealtime experience in residential care settings for older people: an observational study*. doi: 10.1111/hsc.12033
- Berentsen, V. D. (2010). *Kognitiv svikt og demens*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg). Gyldendal Akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2011). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn, J. Mjell, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 322-325). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bjørø, K. & Torvik, K. (2010) *Smerte*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg). Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorb, K. (2010). *Ernæring mat og måltider*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (Red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. & Haugen P. K. (2004). *Fakta og utfordringer. Lærebok om demens*. (3.utg). Sem: Nasjonalt kompetansesenter for alders demens.
- Dermott, Mc. O., Orrell, M. & Ridder, H. M. (2014). *The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists*. <http://dx.doi.org.ezproxy.hioa.no/10.1080/13607863.2013.875124>

Drageseth, I., Normann, K., & Elstad, I. (2013). Personer med demenssykdom i sykehjem: Refleksjon over livet. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* nr 1-2013, 9. årgang.

Hentet fra: <http://septentrio.uit.no/index.php/helseforsk/article/viewFile/2563/2410>

Dochterman, J.M. & Bulecheck, G.M. (red.). (2004). *Klassifikasjon av sykepleieintervensjoner (NIC)*. Oslo: Akribe forlag.

Edvardsson, D., Petersson, L., Sjogren, K., Lindkvist, M. & Sandman, P.O. (2013).

Everyday activities for people with dementia in residential aged care: associations with person-centredness and quality of life. doi: 10.1111/opn.12030

Fermann, T. (2015). *Miljøbehandling i praksis*. I A.M.M., Rokstad. (2015). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling Demensplan 2015*.

Forlaget Aldring og helse.

Hauge, S. (2010). *Sykepleie i sykehjem*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg). Gyldendal Akademisk.

Haugland, B.Ø. (2012). *Meningsfulle aktiviteter på sykehjem*. doi:

10.4220/sykepleief.2012.0030

Helbostad, J. L. (2010). *Bevegelse og aktivitet. Aldersendringer og svikt i bevegelsesfunksjon*.

I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A.H. Ranhoff (red.). (2010). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. (1.utg). Gyldendal Akademisk.

Helsetilsynet. (2003). *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Hentet fra:

https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/Rapporter2003/pleie_omsorgstjenesten_kommunene_rapport_102003.pdf

Hyden, L.C. (2014). *Cutting Brussels sprouts: collaboration involving persons with dementia*.

<https://doi-org.ezproxy.hioa.no/10.1016/j.jaging.2014.02.004>

Kirkevold, M. (2014). *Sykepleieteorier-analyse og evaluering*. (2.utg). Gyldendal Norsk

Forlag.

Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens- personen kommer i første rekke*. Fredrikshavn: Munksgaard Danmark.

Kjelvik, J. (2017). *Diagnosestatistikk for kommunale helse- og omsorgstjeneste*. Tema:

Demenssykdom. Data fra IPLOS registeret. Helsedirektoratet. Hentet fra:

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1284/Diagnosestatistikk%20for%20kommunale%20helse-%20og%20omsorgstjenester%20IS-0600.pdf>

Kunnskapsdepartementet. (2006). *Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*.

Hentet fra : <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-58-2005-2006-/id187808/sec1> (08.04.2017).

Kvamme, T. (2014). *Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet*. Hentet fra:

<https://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/172113>

Leseth, A. B. & Tellmann, S. M. (2014). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Myskja, A. (2005). *Musikk som verktøy*. I Tidsskriftet Den Norske Legeforening. Hentet

fra: <http://tidsskriftet.no/2010/12/anmeldelser/musikk-som-verktoy>

Myskja, A. & Linbæk, M. (2000). *Hvordan virker musikk på menneskekroppen*. I Tidsskriftet

Den Norske Legeforening. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2000/04/medisin-og-musikk/hvordan-virker-musikk-pa-menneskekroppen>

Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA Rapport 3/01. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Rokstad, A.M.M. (2015). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling Demensplan 2015*. Forlaget Aldring og helse.

Rustøen, T. (2010). *Livskvalitet og velvære*. Unni Knutstad (red.). *Sentrale begreper i klinisk sykepleie*. Sykepleieboken 2. (s. 29-35). Oslo: Akribe forlag.

Travelbee, J. (2001). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. (2. utg). Oslo,

Universitetsforlaget.

World Health Organization. (2012). Dementia. A public health priority. Hentet fra:

http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_executivesummary.pdf

Vedlegg 1

Forfatter/ år/land/tittel	Hensikt (mål) med studien	Metode	Resultat (Funn)	Egne kommentarer
<p>Haugland/Norge/2012 /Meningsfulle aktiviteter på sykehjem.</p>	<p>Kartlegge hvilke aktiviteter sykehjems pasienter har interesse av å delta i og hva de ansatte tror at pasientene har interesse for.</p>	<p>Tverrsnittstudie hvor data ble samlet inn ved å bruke spørreskjemaer.</p>	<p>Pasientene på sykehjem i stor grad hadde ønsket om å delta på aktiviteter der de selv hadde interesser for tidligere.</p>	<p>Peer reviewed</p>
<p>Dermott, Orrell & Ridder/Storbritania/ 2014/The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists.</p>	<p>Studien ble gjennomført for å ha innsikt i de musikalske opplevelsene til demente og undersøke betydningen av musikk i deres liv.</p>	<p>Kvalitativ forsknings metode med intervju av fokusgrupper.</p>	<p>Studien viser at musikkens betydning ikke bare reduserer atferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasientene. Studien tyder også på at en opprettholdelse av pasientens musikalsk tilknytninger bidrar til å gi mening og opprettholde livskvaliteten til pasientene.</p>	<p>Peer reviewed</p>
<p>Kvamme/Norge/ 2014/Musikk for demensrammede – en livsnødvendighet.</p>	<p>Demenssykdom beskrives i korte trekk og musikkens virkning på fysiske, kognitive og psykososiale områder omtales og det argumenteres for nødvendigheten av musikk i arbeidet med demensrammede.</p>	<p>Mixed research methods med kvalitativ og kvantitativ forskningsmetode.</p>	<p>Studien viser at det er en reduksjon i symptomer som depresjon, angst, og agitasjon i tillegg til økt livskvalitet blant pasientene. Funnene fra studien bekrefter resultater fra andre deler av verden og viser at musikkterapi</p>	<p>Peer reviewed</p>

			antas å ha lignende effekt hos demente pasienter i Norge og Europa.	
Edvardsson, Petersson, Sjogren, Lindkvist & Sandman/Sverige/2013/ Everyday activities for people with dementia in residential aged care: association with person-centeredness and quality of life.	Hensikten med studien er å samle inn informasjon om kvaliteten på person-orientert pleie i omsorgsboliger, arbeidsmiljøet i omsorgsboliger og kvaliteten på tjenesten til pasienter med demens.	Kvantitativ forskningsstudie med spørreskjema.	Pasienter som hadde deltatt i de daglige aktiviteter, bodde i flere pleiesenteret enheter og hadde betydelig høyere livskvalitet og høyere kognitive skår sammenlignet med pasienter som ikke hadde deltatt i de daglige aktiviteter i omsorgsboligen.	Peer reviewed
Barnes, Wasielewska, Raiswell & Drummond/ Storbritania/2013/ Exploring the mealtime experience in residential care setting for older people: an observational study.	Målet med denne studien var å fange opp og beskrive pasientenes individuelle opplevelse ved måltidet. Studien var gjennomført i syv serveringsinnstillinger i fire omsorgsboliger for pasienter med demens i Manchester.	Kvalitativ forskning med observasjon som metode.	Funnene viser at, bedre måltider alene ikke er nok til å forbedre livskvaliteten i sykehjem. Funn viste at relativt små endringer i måltidsleveransen potensielt kan ha innvirkning på bosatt velvære i disse hjemmene	Peer reviewed
Hyden/Sverige/2013/Cutting Brussels sprouts: collaboration involving persons with dementia.	Hensikten er å fokusere på felles aktiviteter, organisering og samarbeid mellom pasienter	Kvalitativ forskning med video-analyse som metode.	Funnene viser at personer med demens kan samarbeide om ganske avanserte aktiviteter hvis	Peer reviewed

	<p>med demens og personalet. Studien viser et eksempel som å involvere personer med demens og personalt i tilberedning av måltidet.</p>		<p>det tilrettelegges og gis støtte til pasienten. Resultatene viser at det er mulig å lære å organisere samarbeid med personer med demens ved å forstå hvordan hjelp fra andre og bruk av hjelpemiddel kan være et ressurs og støtte til de med kognitive og språklige vansker på grunn av demens.</p>	