

Eirin Tvervåg

Livskvalitet og demens

"Hvordan kan helsepersonell bidra til økt livskvalitet hos personer med demens?"

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Karl Johan Johansen
Mai 2019

Eirin Tvervåg

Livskvalitet og demens

"Hvordan kan helsepersonell bidra til økt livskvalitet hos personer med demens?"

Bacheloroppgave i Vernepleie
Veileder: Karl Johan Johansen
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

Sammendrag

Hensikten med denne oppgaven er å se på hva det er i miljøet som hemmer og fremmer trivsel, velvære og funksjon, og bidrar til økt livskvalitet hos personer med demens. Temaer som ble belyst er personsentrert omsorg, betydningen av relasjoner, god kompetanse blant helsepersonellet, kjennskap til brukeren, og hvordan man kan bruke miljøbehandling i møte med personer med demens, med spesielt fokus på musikk og sansehage. Metoden som er anvendt som tilnæringsmåte er litteraturstudie. Systematiske litteratursøk er gjort i databasene Oria, Google Scholar og Cinahl. Relevante forskningsartikler og faglitteratur er benyttet for å belyse oppgavens tema. Funn fra fem vitenskapelige forskningsartikler dannet grunnlaget for å drøfte hvordan helsepersonell kan bidra til økt livskvalitet hos personer med demens.

Tre tema ble identifisert som viktige for å kunne bidra til økt livskvalitet: «hvordan stimuli kan virke inn på velvære», «trygghet, tillit og tilhørighet» og «kunnskap og kjennskap til brukeren». Livskvalitet er en subjektiv opplevelse som varierer fra person til person, og det er flere faktorer som spiller inn på dette. For å kunne bidra til økt livskvalitet er det viktig at helsepersonellet som arbeider med brukergruppen har tilstrekkelig faglig kompetanse og kjennskap til personens livshistorie. Bruk av musikk og sansehage er gode behandlingsformer som bidrar til redusert agitasjon og økt psykisk velvære.

Abstract

The purpose of this study is to see how the environment inhibits and promotes well-being, wellness and function, and contributes to increased quality of life in people with dementia. Themes that were highlighted are person-centered care, the importance of relationships, good competence among the health workers, knowledge of the patient, and how to use environmental treatment towards persons with dementia, with particular focus on music and therapeutic garden. The method used as the approach is literature study. Systematic literature searches are done in databases such as Oria, Google Scholar and Cinahl. Relevant research articles and academic literature have been used to elucidate the topic of the thesis. Findings from five scientific research articles formed the foundation for discussing on how health workers can contribute to increased quality of life in people with dementia.

Three topics were identified as important in order to contribute to increased quality of life: "how stimulation can affect wellness", "safety, trust and affiliation" and "knowledge and knowing the patient". Quality of life is a subjective experience that varies from person to person, and there are several factors that affects this. In order to contribute to increased quality of life, it is important that the health workers who work with this group have sufficient professional competence and knowledge of the person's life history. The use of music and therapeutic garden are good forms of treatment that contribute to reduced agitation and increased mental wellness.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	5
1.2 Begrepsavklaring	5
2.0 Teori	6
2.1 Hva er demens?	6
2.2 Livskvalitet	6
2.3 Hvordan ivareta livskvalitet hos den enkelte?	7
2.3.1 Personsentrert omsorg.....	7
2.3.2 Samhandling og relasjoner.....	8
2.3.3 Miljøbehandling	9
2.3.3.1 Bruk av sansehage som miljøbehandling	9
2.3.3.2 Bruk av musikk som miljøbehandling	10
3.0 Metode	11
3.1 Litteraturstudie som metode	11
3.2 Datainnsamling	11
3.2.1 Databaser og søkestrategi.....	11
3.2.2 Søkelogg	12
3.3 Analyse	13
4.0 Resultater	13
4.1 Presentasjon av resultater	13
4.2 Sammenfatning av resultater	14
4.2.1 Hvordan stimuli kan virke inn på velvære.....	14
4.2.2 Trygghet, tillit og tilhørighet.....	15
4.2.3 Kunnskap og kjennskap til brukeren.....	17
5.0 Drøfting av resultatene	18
5.1 Hvordan stimuli kan virke inn på velvære.....	18
5.2 Trygghet, tillit og tilhørighet	20
5.3 Kunnskap og kjennskap til brukeren	22
6.0 Konklusjon	23
7.0 Refleksjon og kritikk til egen studie	24
8.0 Referanseliste	25
9.0 Vedlegg	27

1.0 Innledning

Tall fra 2018 viser at det grovt sett finnes om lag 80 000 personer med demens i Norge, og at forekomsten vil øke med økende gjennomsnittsalder. Ved siden av alvorlig somatisk sykdom er demens et av de viktigste kriteriene for å få plass på sykehjem. De siste årene er det foretatt flere undersøkelser i Norge som viser at forekomsten av demens i sykehjem er over 80 % (Engedal og Haugen, 2018).

I tillegg til de kognitive symptomene som oppstår ved demens, vil de aller fleste med diagnosen også få atferdsmessige og følelsesmessige endringer. Disse symptomene omtales ofte som atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, forkortet til APSD, og har ulik form og hyppighet. Symptomene omfatter apati, agitasjon, aggresjon, angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger. APSD rammer rundt 70 % av sykehjemsbeboere, og har betydning for personens livskvalitet og hvordan det påvirker pårørende og helsepersonellet rundt personen (Rokstad og Smebye, 2008; Myskja, 2013).

Etter hvert som pasienten blir dårligere blir også symptomene mer fremtredende. Det kan være mange årsaker til at de oppstår, både medisinske og miljømessige (Myskja, 2013). Det er vist i flere undersøkelser at det er i samhandling mellom helsepersonell og pasienten at det oftest oppstår utfordringer. De kognitive forandringene ved demens kan gjøre at det er vanskelig for personen å forstå hva som skjer i omgivelsene. I tillegg har de vanskelig med å uttrykke sine behov og ønske. Primært skal ikke behandling av APSD skje med legemidler. Dette er først aktuelt når psykososiale eller miljørelaterte tiltak er prøvd ut. Personsentrert omsorg, strukturerte aktiviteter og musikkterapi er behandlingsformer som har vist effekt på APSD (Engedal og Haugen, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Bakgrunnen for mitt valg av tema baserer seg på mine erfaringer og min interesse for personer med demens. Mine sju år som ansatt på sykehjem, primært på avdeling for personer med demens, ga meg mye lærdom og et innblikk i hverdagen og sykdommen til denne brukergruppen. Å møte brukeren der han eller hun er på en god faglig måte og legge til rette for en meningsfull hverdag opplevde jeg som vesentlig for at brukeren skulle ha det bra. Dette kunne være utfordrende og vanskelig, selv for de mest erfarne helsearbeiderne. Det kan være vanskelig å vite hva man skal gjøre og hvordan man skal håndtere situasjoner når brukeren ikke forstår hva du prøver å formidle eller opptrer utfordrende.

Jeg ønsker å se på hva det er i miljøet som fremmer og hemmer trivsel, velvære og funksjon, og bidrar til økt livskvalitet hos den enkelte bruker. På bakgrunn av dette har jeg i bacheloroppgaven min valgt å se nærmere på hva helsepersonell kan bidra med i møte med personer med demens. Jeg har valgt å belyse temaer som personsentrert omsorg, betydningen av relasjoner, god kompetanse blant helsepersonellet, kjennskap til brukeren, og hvordan man kan bruke miljøbehandling i møte med personer med demens, med spesielt fokus på musikk og sansehage. Dette resulterer i problemstillingen:

“Hvordan kan helsepersonell bidra til økt livskvalitet hos personer med demens?”

1.2 Begrepsavklaring

Helsepersonell = helsepersonellet blir omtalt både som de ansatte og personalet i oppgaven. I oppgaven har jeg valgt å ikke kun fokusere på vernepleieryrket. Dette er fordi det som blir skrevet om er gjeldende for alle som jobber helse- og omsorgsfaglig rundt personer med demens, både de med fagbrev og de med høyere utdanning.

Pasient/ beboere/ bruker = i oppgaven brukes betegnelsene pasient, beboer og bruker om hverandre når det refereres til personen med demens.

2.0 Teori

I denne delen har jeg valgt å presentere relevant faglitteratur for å besvare min problemstilling.

2.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand som er forårsaket av forandringer i hjernen. Tilstanden kjennetegnes med en betydelig svikt i ens kognitive funksjonsnivå som medfører redusert hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking, dømmekraft og kommunikasjon. Dette resulterer i nedsatt evne til å utføre dagligdagse aktiviteter, og endret sosial atferd og personlighet. I tillegg til den kognitive svekkelsen, utvikler mange med diagnosen psykiske symptomer og utfordrende atferd. Tilstanden er kronisk og vil forverres med tiden (Skårderud, Haugsgjerd og Stänicke, 2010).

Ved diagnostisering av demenssykdom, brukes det i Norge per i dag det internasjonale klassifiseringssystemet ICD-10 (International Classification of Diseases). Denne viser til kriterier som må være til stede for å kunne stille diagnosen. I tillegg deles sykdommen inn i tre grader; mild, moderat og alvorlig (Engedal og Haugen, 2018).

Det finnes ulike typer av demens. Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom som står for 60 % av forekomsten. Andre former for demens er Frontotemporallappdemens, demens med Parkinsons sykdom, Lewylegemer demens, Vaskulær demens og alkoholrelatert demens (Engedal og Haugen, 2018).

2.2 Livskvalitet

Næss (2011) definerer livskvalitet som *psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt*. Hun knytter livskvalitet til enkeltindividet, og ikke samfunnet. Det er ikke samfunnet som opplever livskvalitet, men de som bor i samfunnet. Hvordan en person opplever å ha det er en subjektiv opplevelse, som påvirkes av både positive og negative opplevelser. Å ha god livskvalitet handler om mer enn bare fravær av lidelse (Næss, Moum, Eriksen et al., 2011). Det som fremstår som et dårlig liv for en person, kan oppleves som et liv med god livskvalitet

av en annen. God livskvalitet er avhengig av en rekke faktorer (Eskeland, 2017). Forskning på livskvalitet har tradisjonelt sett lagt vekt på økonomi, boligforhold, helse og sosialt nettverk. I senere tid har forskning særlig fokusert på forbindelsen mellom depresjon og livskvalitet ved demens. Faktorer som spiller inn på ens livskvalitet kan være relasjonen til familie, venner og helsepersonellet, holdningene personalet har overfor brukeren, og bruk av medikamenter (Myskja, 2013). Den omsorgen og hjelpen en pasient mottar skal sørge for at funksjonsnivået opprettholdes eller bedres. Denne hjelpen må være tilpasset pasientens behov og skal ikke påføre unødig plage. Det er viktig at helsepersonellet innehar tilstrekkelig kunnskap og kompetanse slik at hjelpen de gir bidrar til at livskvaliteten og funksjonsnivået hos den enkelte blir ivaretatt (Eskeland, 2017).

2.3 Hvordan ivareta livskvalitet hos den enkelte?

2.3.1 Personsentrert omsorg

Tom Kitwood introduserte teorien om personsentrert omsorg i demensomsorgen på 1990-tallet (Engedal og Haugen, 2018). Denne teorien er et verdigrunnlag og en omsorgsfilosofi. Ved å bruke personsentrert omsorg i møte med personer med demens kan atferdsmessige og psykiatriske symptomer forebygges og livskvaliteten bedres (Stige og Ridder, 2016). Denne tilnærmingen blir i økende grad anbefalt i behandling og omsorg for personer med demens. God demensomsorg går utpå at den enkelte møtes der han eller hun er. Da er det viktig å ta hensyn til hvordan verden oppleves for personen selv. Det legges vekt på god kjennskap til personens livshistorie, personlighet, helsetilstand, vaner og kulturelle bakgrunn, i tillegg til den kognitive svikten. Det skal legges til rette for at personen kan bruke sine ressurser (Engedal og Haugen, 2018).

Målet med personsentrert omsorg er å se bort fra sykdommen, og i stedet se på personen som et unikt individ. Relasjonen mellom personen og helsepersonellet skal være basert på gjensidighet og likeverd. Ved å forstå atferd som en kommunikasjonsmetode skal agitasjon, uro og apati forebygges og behandles (Engedal og Haugen, 2018). Kort oppsummert så vil personsentrert omsorg handle om å verdsette pasienten, gi individuelt tilpasset omsorg, forstå hva pasienten gir uttrykk for og legge til rette for et støttende sosialt miljø. Alle disse elementene betyr like mye og må være til stede (Kitwood, 1999).

2.3.2 Samhandling og relasjoner

Å oppleve en tilknytning til andre basert på gjensidig tillit og fortrolighet er viktig for alle mennesker, men særlig for personer med demens. På grunn av deres endringer i kognitiv funksjonsnivå, blir deres relasjoner til andre ofte utfordret. (Engedal og Haugen, 2018). Å etablere en god relasjon er en grunnleggende forutsetning og det mest betydningsfulle for å kunne yte god omsorg til pasienten. Det er viktig at helsepersonell anerkjenner, aksepterer og støtter personen med demens og den virkeligheten de befinner seg i. Man må være åpne og ærlige i sin kommunikasjon på en måte som tar hensyn til personens behov og følelser. Det er nødvendig at personalet har kunnskap om hvordan de kommuniserer for å skape mest mulig trygghet, tilknytning og bekreftelse. Kommunikasjonsmetoder som validering, realitetsorientering og reminisens er gode strategier for å skape dette. Å ha evne til å vise empati er også en viktig egenskap hos de ansatte. Det vil si å sette seg inn i og formidle at man forstår hvordan et annet menneske har det. Dette bidrar til å styrke ens selvfølelse og selvrespekt, og har stor betydning for pasientens psykiske velvære (Eskeland, 2017)

Behovet for trygghet står helt sentralt hos personer med demens da utrygghet kan øke lidelsestrykket. Trygghet kan skapes ved måten avdelingen er organisert og hvordan dette øker eller begrenser mengden stimuli. For mange kan trygghet skapes ved at omgivelsene gjøres mest mulig kjent og inneholder kjente ting. Demenssykdommer medfører ofte tilbaketrekning og passivitet. For at ferdigheter skal bevares best mulig er det viktig med sosial stimulering. Et trygt og støttende miljø rundt pasienten kan gi gode opplevelser og en følelse av å høre til. Det er utfordrende å skulle hjelpe personer med demens å oppleve følelsen av mestring og mening. Derfor er det viktig at helsepersonellet vet nok om pasientens funksjonsnivå og hva som hemmer og fremmer fungering, slik at de kravene som stilles tilpasses den enkelte. Et mål skal være å vedlikeholde ferdigheter, og da er det viktig å utnytte dagliglivets aktiviteter (Eskeland, 2017).

2.3.3 Miljøbehandling

Begrepene miljøbehandling og miljøterapi brukes om hverandre. For å forstå disse begrepene kan man si at de er en form for behandling hvor det legges vekt på terapeutiske prosesser som brukes i det miljøet pasienten befinner seg i. Det innebærer med andre ord tilrettelegging av pasientens fysiske og sosiale omgivelser. Miljøbehandling retter seg mot aktivitet som behandlingsform og tar generelt sikte på å bedre pasientens kognitive, praktiske og sosiale ferdigheter. Det er viktig å legge til rette for og tilpasse behandlingen ut i fra pasientens egne forutsetninger. Målet er å få pasienten til å utnytte sine egne ressurser og opprettholde selvstendighet så lenge som mulig. Dette er med på å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring, samt å skape trivsel og glede hos den enkelte (Rokstad og Smebye, 2008; Engedal og Haugen, 2018). Som et langsiktig mål skal også miljøbehandling bidra til å forsinke demensutviklingen og bedre funksjonsevnen i de daglige aktivitetene (Engedal og Haugen, 2018).

Miljøbehandling dreier seg om flere faktorer. Du har fysiske rammebetingelser som inkluderer forhold innendørs og utendørs. Dette kan være utforming og innredning av rom og uteareal. Du har også de psykososiale rammebetingelsene som omfatter pleiekultur, og inkluderer kunnskap, menneskesyn, holdninger og verdier hos personalet. Med miljøterapeutiske tiltak menes blant annet bruk av sang og musikk, og sansestimulering. Tilrettelegging av aktiviteter som stimulerer til fysisk utfoldelse, kognitiv aktivitet og opplevelse av sanseintrykk både inne og ute er viktig i miljøbehandling (Rokstad og Smebye, 2008).

2.3.3.1 Bruk av sansehage som miljøbehandling

En sansehage kan ses på som et tilrettelagt, planlagt og organisert uterom, som skal kunne tilby et utendørs terapeutisk miljø eller være et ledd i miljøbehandling for personer med demens. Hagen er gjerne lukket og beskyttet fra miljøet rundt og utenfor (Rokstad og Smebye, 2008). Det å være ute i naturen og grønne omgivelser gir sanseintrykk som er viktig for menneskets velvære. For personer med demens kan muligheten til å gå ut hindre uro, redusere stress, virke beroligende og øke konsentrasjonen. Sansehagen skal kunne sees på som en avveksling til livet inne på institusjonen med rom for både aktiviteter og hvile. Det er viktig at institusjonen tilbyr et stimulerende fysisk miljø som gir mening og livsinnhold i

hverdagen. Mange trenger hjelp til å komme seg ut, og det er derfor viktig at personalet ser og forstår verdien pasienten kan ha av å være ute. Målet med en sansehage bør være å bedre den daglige livskvaliteten og livsgleden, og bør representere aktiviteter som den enkelte bruker har ressurser til å gjennomføre (Grefsrød, 2002).

2.3.3.2 Bruk av musikk som miljøbehandling

I en rekke nyere undersøkelser er det vist at musikkterapi kan minske atferd og redusere bruk av beroligende midler og andre medikamenter i sykehjem (Stige og Ridder, 2016). Myskja (2005) definerer musikkterapi som bruk av musikk og musikkaktiviteter, utført av musikkterapeuter, altså fagpersoner med egen utdanning innenfor musikk. Det er mye som kan gjøres av helsepersonellet ved mangel på musikkterapeuter. Bruk av musikk i miljøbehandlingen kan være alt fra profesjonell musikkterapi, aktiv deltakelse i sang eller bare det å lytte til den musikken man selv foretrekker. Målet med bruk av musikk er først og fremst knyttet til helse og livskvalitet, og skal stimulere til sosial deltakelse, redusere stress og uro, stimulere til positive opplevelser og vekke minner hos den enkelte (Stige og Ridder, 2016; Rokstad og Smebye, 2008). Brukerens engasjement og musikkopplevelse er en forutsetning for at disse målene kan nås (Stige og Ridder, 2016). Det er allikevel viktig å påpeke at musikk må brukes med varsomhet. Man må være flinke med å lese pasientens kroppsspråk og vite når man skal gi seg for å kunne bruke musikk på riktig måte. Hvis en person med demens blir overstimulert, kan musikken virke mot sin hensikt. Musikken og musikkvalget må tilpasses den enkelte og situasjonen det blir brukt i. Musikk som personen ikke foretrekker kan oppleves som plagsomt støy og føre til mere uro (Solheim, 2015).

3.0 Metode

Thidemann beskriver en metode som den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 10). Under metodekapitlet skal man beskrive hvordan man har gått frem. Fremgangsmåten skal være så grundig beskrevet og presist formulert, slik at det er mulig for andre å kunne etterprøve det en har gjort og komme frem til samme konklusjon (Thidemann, 2015).

3.1 Litteraturstudie som metode

Metoden som er anvendt i denne bacheloroppgaven er litteraturstudie. Ved å benytte litteraturstudie som metode setter man seg inn i metodene som benyttes i de vitenskapelige artiklene man velger å inkludere. Man benytter seg av data som er samlet inn av andre (Thidemann, 2015). En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. Å systematisere innebærer å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og til slutt sammenfatte det hele (Magnus og Bakketeig, 2000).

3.2 Datainnsamling

3.2.1 Databaser og søkestrategi

For å finne artikler som var relevant for problemstillingen min, ble det gjennomført søk i elektroniske databaser. Det finnes et stort utvalg av databaser man kan benytte seg av når man skal søke etter litteratur. Databaser som jeg i hovedsak brukte var Oria, Google Scholar og Cinahl. Siden jeg ønsket å belyse flere sider ved hva som kan virke inn på livskvaliteten hos en person med demens, valgte jeg å søke veldig vidt. Dette er noe som kommer frem i søkeloggen som ligger under punkt 3.2.2. Jeg så etter studier som var fagfellevurdert, gjort innen de siste ti årene, helst utført i Norge eller i land som kunne relateres til/ sammenlignes med Norge og inneholdt personer som enten bodde på sykehjem eller i omsorgsbolig.

3.2.2 Søkelogg

I denne matrisen vil det bli presentert hvilke forskjellige databaser med søkeord og avgrensninger jeg brukte for å finne artikler som er relevante for å besvare problemstillingen min. De databasene jeg brukte var Oria, Google Scholar og Cinahl. Hvilke søkeord og hvilke avgrensninger jeg brukte kommer frem i matrisen.

Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjonsord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstract	Antall artikler utvalgt
16/4	Google scholar	Redusere stress, angst og uro hos personer med demens		578	4	0
16/4	Oria	Demens og uro	Fagfelleverdert	51	3	0
18/4	Google scholar	Demens redusere uro		1300	1	1
18/4	Oria	Demens, alzheimer*, uro, angst	Fagfelleverdert	7	1	0
22/4	Oria	Musikk* og demens	Fagfelleverdert	32	2	1
22/4	Oria	Sansehage og demens	Fagfelleverdert	7	2	1
23/4	Google scholar	Personsentrert omsorg demens		436	4	1
23/4	Google scholar	Livskvalitet hos personer med demens på sykehjem		1570	7	0
25/4	Oria	Agitasjon og demens	Fagfelleverdert	10	2	0
11/5	Oria	Dementia, music, behavior	Fagfelleverdert	5215	4	0
11/5	Cinahl	Dementia or alzheimers, music therapy or music intervention or musical therapy, agitation or aggression or behaviour or bpsd	Fagfelleverdert, fra år 2009 - 2019	150	8	1

3.3 Analyse

I følge Thidemann (2015) handler å analysere en tekst om å granske hva teksten forteller, og tolke teksten for å forsøke å forstå den. Det er nødvendig å lese teksten flere ganger for å forstå den. I en analyse merker man seg først og fremst de sentrale temaene i teksten, altså hovedtemaene (Thidemann, 2015). Aveyard (2014) anbefaler i arbeidet med å identifisere og plassere temaer fra resultatene i de ulike artiklene, at man bruker markeringstusj.

Sjekklistene fra Helsebiblioteket (2016) ble brukt for å vurdere artiklene. Jeg endte opp med å skrive ut 12 artikler jeg så på som relevant for å besvare problemstillingen min. Etter å ha lest gjennom disse flere ganger valgte jeg ut fem artikler i henhold til kravet for bacheloroppgaven til videre analyse. Alle hadde brukt kvalitativt design som metode. Jeg markerte relevante områder i tekstene med markeringstusjer i forskjellige farger.

4.0 Resultater

I denne delen blir resultatene fra anvendte forskningsartikler presentert. Først kommer en kort oppsummering over artiklenes innhold presentert i matriser under punkt 4.1. Deretter blir de relevante funnene for denne oppgaven utdypet nærmere i forskjellige utvalgte tema under punkt 4.2.

4.1 Presentasjon av resultater

Artiklene som er anvendt er presentert i matriser, se vedlegg 1. I korte trekk er innholdet delt inn i hensikt, metode, hvem som var med i studien, resultatene, kvalitetsvurderinger og etiske overveielser. Resultatene av artiklene vil bli utdypet i delen om sammenfatning av resultater under punkt 4.2.

4.2 Sammenfatning av resultater

Her vil resultatene som er relevante for å besvare problemstillingen presenteres uten at jeg selv foretar noen vurderinger og tolkninger. Jeg har delt inn funnene i tre overordnede temaer som jeg har valgt å kalle; “hvordan stimuli kan virke inn på velvære”, “trygghet, tillit og tilhørighet” og “kunnskap og kjennskap til brukeren”.

4.2.1 Hvordan stimuli kan virke inn på velvære

Ray og Mittelman (2017) undersøkte om bruk av terapeutisk sang, musikk og bevegelse, spesielt tilpasset personer med moderat til alvorlig grad av demens i langtidspleie, hadde effekt på depresjon, agitasjon og vandring. Det fremkom i deres studie at musikkterapi reduserte symptomer på depresjon og at denne reduksjonen vedvarte i minst to uker etter endt behandling. Resultatene viste også en betydelig reduksjon i agitasjon hos deltakerne enn ved behandlingens start. Musikkterapi hadde derimot en liten reduksjon på vandring under selve intervensjonen, men ikke signifikant. Totalt sett hadde ikke musikkterapi noen langtidseffekt på vandring.

Magnussen, Bondas og Alteren (2017) studerte sansehagens betydning for dannelsen av “nærhetsrommet”. Nærhetsrommet ble betegnet som er et sted å bli kjent med pasienten som person og et sted pasienten kan føle seg hjemme. I studien kom det frem at pleierne erfarte at nærhetsrommet ble dannet både innendørs og utendørs i ulike situasjoner. Dette kunne være når man spaserte seg en tur, hadde kaffekos, nøy utsikten fra altanen, ved måltider og under ulike aktiviteter. Flere av pleieren kunne fortelle at samtaler om en svunnen tid, med utgangspunkt i natur og helsegeografi, engasjerte og ga nærhet. Kjent natur og kjente omgivelser ga minner fra en barndom og et tidligere arbeidsliv hos pasientene. Når pleierne delte sine erfaringer om natur, vekket dette minner hos pasientene som de kunne relatere til fortellingene. Flere av pleierne fortalte at sansehagen ga dem mulighet til å bli kjent med pasientens forhold til natur og hager. Refleksjon gjorde dem mer bevisst på sansehagens rolle og muligheter, og hva de samtalte med pasientene om. Når pleierne fortalte om opplevelser de hadde hatt i sansehagen, viste de glede og sa at sansehagen hadde bidratt med noe ekstra til pasientene.

Skaar og Söderhamn (2011) undersøkte i sin studie om hvordan tilpasset kulturaktiviteter kunne virke inn på velvære hos en gruppe personer med demens. Dette inkluderte også en

reise til Spania. I studien fremkom det at spesielt i forbindelse med sang og musikk var alle deltakerne engasjerte. Dette var under sangkvelder og trim med musikk. På disse arrangementene uttrykte pasientene velvære gjennom å smile og le. Det samme gjaldt også under forskjellige spørreleker. Andre uttrykk for velvære var at de kunne gi en klem, snakke direkte med hverandre og svare på kontakt både verbalt og nonverbalt. Det å få være i vakre naturomgivelser og det å kunne svømme eller sitte ved et svømmebasseng var tegn på velvære og at de hadde gode opplevelser. Selve reisen til Spania gikk svært bra for alle, men rett etter reisen var det tegn til uro og manglende oppmerksomhet fra to av pasientene. Totalt sett hadde arrangementene vært hyggelige og aktivitetene bidro til å skape trivsel.

4.2.2 Trygghet, tillit og tilhørighet

I Skaar og Söderhamn (2011) sin studie ble det å sitte og prate sammen, og det å synge og spise sammen oppfattet som tegn på tilhørighet og følelse av fellesskap. Dette var spesielt når deltakerne satt sammen ved middagsmåltidene på sydenturen. Disse tegnene kom til uttrykk gjennom å være meddelsomme, henvende seg direkte til hverandre og føre samtaler både med medpasienter og helsepersonell. Denne tilhørigheten kom også til uttrykk gjennom å holde hender, og vise omsorg og bekymring for hverandre. En annen måte å vise trygghet på mente en av de pårørende var at pasientene knyttet seg til hverandre og hadde god kontakt med helsepersonellet. Siden pasientgruppen var liten og oversiktlig var det også lettere å knytte bånd og være en samlet gjeng.

Samtlige pleiere i undersøkelsen til Magnussen et al. (2017) mente at for å kunne bruke sansehagen og danne nærhetsrommet var det viktig å se pasientens behov og ønsker, ta pasienten på alvor og møte dem der de er. Det å bevare ro i sansehagen og i avdelingen var avgjørende for å kunne danne nærhetsrommet. Da var det viktig å være bevisst sin egen atferd og måten man kommuniserer på. Natur, oppmerksomhet, vilje til omsorg, tålmodighet og nærhet, både fysisk og sanselig, var ifølge pleierne faktorer som fremmet ro. Samtlige pleiere mente at nærhetsrommet hadde stor betydning for pasientene, dem selv og atmosfæren i avdelingen. De erfarte at nærhetsrommet satt både tanker, følelser og kropper i bevegelse. Nærhetsrommet kunne være i bevegelse, både fysisk, mentalt og emosjonelt. Det kunne oppstå uten å ha direkte kontakt med pasienten, men bare ved at man var tilstede sammen. Andre ganger ble nærhetsrommet dannet i en-til-en-relasjon eller ved at flere var tilstede.

Flere av pleierne opplevde at lesestund kunne gi pasientene en opplevelse av trygghet og tilhørighet, og at det ikke bare var noe man fyller tiden med. Når pasienter var urolig, søkte nærhet eller viste interesse for en spesiell aktivitet, var pleierne der for pasienten. Flere av pleieren ga uttrykk for at nærhetsrommet ga energi og samtidig gode stunder som ga glede hos pasientene. Allikevel kunne det være utfordrende hvis pasienten var krevende og at man da ikke følte man strakk til.

Tretteteig og Thorsen (2012) undersøkte i sin studie hva som oppleves som god livskvalitet for personer med demens under sykdomsforløpet. Studien viste hvordan det å få en hjemmefølelse i sin nye tilværelse i omsorgsboligen var sentralt for beboerne. Dette gjaldt ikke bare innredning, men også sosiale relasjoner til andre medbeboere og velkjente aktiviteter. Flyttingen til omsorgsboligen representerte et radikalt brudd i tilværelsen. For noen var det vanskelig å oppleve sammenheng og mening i den nye tilværelsen. Personalets evne til å skape god hjemmefølelse for beboerne var avgjørende for å kunne oppleve livskvalitet i omsorgsboligene. Studien viste også hvordan opplevelse av livskvalitet kan endre seg under demensutviklingen. Her kom det frem at beboerne ønsket å trekke seg tilbake fra tidligere aktiviteter og sosiale arenaer som de tidligere satte pris på. De opplevde at de ikke lengre mestret dem, fant seg til rette eller at de lot seg realisere. Behovet for trygghet i siste fase av demenssykdommen overskygget betydningen av tidligere aktiviteter og interesser.

I studien til Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) fremsto de ansatte som fleksible i møte med pasientene. Det så ut til at helsepersonellet hadde opparbeidet seg en evne til å tåle pasientens opptreden. Dette innebar at de aksepterte handlinger hos pasienten som virket uforståelig eller uhensiktsmessig. Det så også ut til at de ansatte tålte pasientenes avvisning uten å gi opp forsøk på å etablere eller vedlikeholde kontakt. De viste også evne til å tåle uorden i avdelingen. I slike situasjoner ble det observert at de ansatte bevarte roen uten å korrigere pasientene. De opptrådte svært fleksible i forhold til etablerte rutiner og framsto som kreative i sin arbeidsform. Der de ikke lyktes i sitt forsøk på å hjelpe pasienten, valgte de enten med å prøve igjen senere eller be en kollega om å gå inn i situasjonen i stedet. I funnene kom det også frem at et av kjennetegnene ved de ansattes fagutøvelse var deres evne til å være i kontinuerlig beredskap. De var alltid beredt på at hva som helst kunne skje. Dette innebar en kontinuerlig årvåkenhet for raske skiftninger i pasientens tilstand eller for hva pasienten prøvde å uttrykke. Det innebar også at helsepersonellet var på utkikk etter mulighet for å

hjelpe pasienten på en god måte og utnytte “gyldne øyeblikk”. Denne muligheten kunne dukke opp når som helst og en forutsetning for å hjelpe var å reagere raskt når anledningen bød seg.

4.2.3 Kunnskap og kjennskap til brukeren

I studien gjort av Magnussen et al. (2017) mente flere av pleierne at kjennskap til pasientens tidligere liv, egen faglig innstilling til pasientens behov og kommunikasjonsferdigheter var avgjørende for dannelsen av nærhetsrommet. I tillegg kunne pleieren fortelle at kunnskap og kjennskap til kommunens lokalhistorie, steder og natur som pasienten hadde en tilhørighet til var viktig, men at det var kjennskap til pasientens livshistorie som var den viktigste kunnskapen.

Tretteteig og Thorsen (2012) undersøkte i sin studie hva som opplevdes som god livskvalitet for personer med demens under sykdomsforløpet. Studien viste hvordan tidligere livshistorie la grunnlag for utvikling av sentrale livstemaer av betydning for livskvalitet under demensutviklingen. Disse livshistoriene avdekket hvor ulike pasientene var når det gjaldt sentrale livstemaer, tidligere personlighet og interesser, men viste også at kunnskap om personens historie var viktig for å kunne gi individuell omsorg. Studien viste også hvilken viktig rolle pårørende hadde når det gjaldt den direkte kontakten med slektninger, men også som informasjonskilde overfor de ansatte når det gjaldt kunnskap om beboerne. Pårørende skapte en slags bro mellom tidligere og nåværende livserfaringer. Pårørende understreket hvilken betydning det har at personalet vet hvem personen var tidligere, for å kunne kommunisere og samhandle riktig.

De ansatte i studien til Thorvik et al. (2014) viste i sin opptreden at de hadde inngående kunnskap om demenslidelser. I tillegg syntes kjennskap til pasientens væremåte og vaner å være vesentlig for om de ansatte lyktes i å hjelpe pasienten. Det kom også fram i studien at de ansatte hadde god kunnskap om menneskers grunnleggende behov, både fysiske og psykososiale. Dette viste seg ved at de kontinuerlig prøvde å tolke hva pasienten hadde behov for, ville eller ønsket. Det så også ut til at de ansatte var avhengig av å kjenne sine kollegaer og deres kompetanse. Det var gjentatte tilfeller hvor de spilte på hverandre kompetanse i

situasjoner hvor de ikke klarte å imøtekomme pasienten. Da var det ikke uvanlig at de trakk seg tilbake og ba noen andre overta.

5.0 Drøfting av resultatene

Hensikten med drøftingen er å diskutere hvordan resultatene svarer på problemstillingen, og hvordan resultatene forholder seg til teori og forskning som er inkludert i oppgaven (Thidemann 2015, s 108). I tillegg vil jeg implementere egen refleksjon og egne erfaringer underveis. Resultatene vil bli drøftet i de samme temaene jeg valgte i sammenfatningen av resultatene. Selv om disse er skilt i tre overordnede tema, så vil noe gå over i hverandre.

5.1 Hvordan stimuli kan virke inn på velvære

Nyere undersøkelser viser at musikkterapi kan minste atferd (Stige og Ridder, 2016), noe som studien til Ray og Mittelman (2017) viste. I resultatene kom det frem at musikk hadde effekt på depresjon og agitasjon, men ingen signifikant endring på vandring. Deltakerne ble fordelt i små grupper og varigheten på øktene avhengte av deres toleranse. Intervensjonen ble utført av sertifiserte musikkterapeuter som på forhånd samlet inn informasjon om deltakernes musikkpreferanser. Selv om musikkterapi er noe som skal utføres av utdannede musikkterapeuter, er det mye vanlig helsepersonell kan gjøre ved bruk av musikk i behandlingen (Myskja, 2005). Av egen erfaring har jeg opplevd god effekt av musikk på uro i møte med personer med demens, men også sett hvordan musikk kan virke mot sin hensikt om det blir anvendt feil. Hos noen kunne hvilken som helst musikk virke beroligende, mens for andre måtte valget av musikk være noe pasienten foretrakk spesielt. Hvis ikke kunne dette føre til uro eller øke uroen ytterligere. Denne erfaringen kan bekreftes av Solheim (2015) som skriver at musikk må anvendes med varsomhet og at det derfor er viktig å lese pasientens kroppsspråk. Musikkvalget må være tilpasset personen og situasjonen for ikke å oppleves som plagsomt støy og føre til ytterligere uro.

Natur og grønne omgivelser gir sanseintrykk som er viktig for menneskets velvære, og kan for en person med demens være med på å hindre uro, redusere stress, virke beroligende og øke konsentrasjonen (Grefsrød, 2002). Dette er en erfaring jeg selv har sett ved bruk av

sansehage. Det var ofte jeg kunne ta med brukeren ute i sykehjemmets sansehage hvis jeg oppfattet brukeren som nedstemt eller at brukeren var veldig motorisk urolig. Jeg så fort glede i øynene til den nedstemte brukeren og hvor mye mer avslappet den motorisk urolige ble. I Sansehagen hadde vi også høner som avdelingen hadde ansvaret for. Dette var til stor interesse for de som tidligere hadde drevet med dyr og gårdsdrift. Disse erfaringene gjenspeiler seg i studien til Magnussen et al. (2017). Pleierne i denne studien erfarte at kjent natur og kjente omgivelser vekket minner fra barndommen og et tidligere arbeidsliv hos pasientene. Samtaler om en svunnen tid, med utgangspunkt i natur og helsegeografi, engasjerte og ga nærhet. Refleksjon gjorde dem mer bevisst på sansehagens rolle og muligheter, og hva de samtalte med pasientene om. Som Grefsrød (2002) skriver, så er det viktig at personalet ser og forstår verdien pasienten kan ha av å være ute. Dette gjelder ikke bare de som er i stand til å gå selv, men også de som sitter i rullestol eller er bundet til sengen.

I studien til Skaar og Söderhamn (2011) undersøkte de om tilpasset kulturaktiviteter og en reise til Spania kunne virke inn på velvære hos en gruppe personer med demens.

Miljøbehandling innebærer å tilrettelegge pasientens fysiske og sosiale omgivelser, og retter seg mot aktivitet som behandlingsform (Engedal og Haugen, 2018). Spesielt i forbindelse med sang og musikk viste deltakerne engasjement og velvære. Velvære kom til uttrykk gjennom å smile og le, gi en klem, snakke direkte til hverandre og svare på kontakt både verbalt og nonverbalt. Det å være omgitt av vakker natur ga brukerne velvære og en god opplevelse. Det samme gjaldt å kunne få svømme i basseng eller bare det å sitte ved bassengkanten (Skaar og Söderhamn, 2011). Det er ikke alle som har forutsetninger for å kunne svømme i et basseng. Enten så kan det være fordi man har såpass nedsatt funksjonsevne at man ikke er i stand til det eller bare være grunnet frykt for vann.

Aktivitetene som anvendes må tilpasses pasientens egne forutsetninger. Det å skulle hjelpe personer med demens med å oppleve mestring kan være en utfordring (Eskeland, 2017). Det er viktig at det legges til rette for at pasienten får utnyttet sine egne ressurser slik at man opprettholder selvstendighet så lenge som mulig. Dette bidrar til selvfølelse og opplevelse av mestring (Rokstad og Smebye 2008; Engedal og Haugen 2018).

5.2 Trygghet, tillit og tilhørighet

Behovet for trygghet står sentralt hos personer med demens. Med sykdommen forekommer ofte tilbaketrekning og passivitet. Et trygt og støttende miljø rundt pasienten kan gi gode opplevelser og en følelse av å høre til (Eskeland, 2017). I studien til Skaar og Söderhamn (2011) ble tegn på tilhørighet og fellesskap observert blant annet gjennom det at pasientene var meddelsomme, henvendte seg direkte til hverandre og viste omsorg for hverandre. Det at pasientgruppen var liten og oversiktlig gjorde det lettere å knytte bånd med de andre, og var med på å skape trygghet. Studien til Tretteteig og Thorsen (2012) viste hvordan det å få en hjemmefølelse i sin nye tilværelse i omsorgsboligen var sentralt for beboerne. Dette gjaldt blant annet sosiale relasjoner til andre medbeboere og velkjente aktiviteter. Flyttingen til omsorgsboligen representerte et radikalt brudd i tilværelsen, og for noen var det vanskelig å oppleve sammenheng og mening i den nye tilværelsen. Personalets evne til å skape god hjemmefølelse for beboerne var avgjørende for å kunne oppleve livskvalitet i omsorgsboligene. Det kom også frem i samme studie at beboerne ikke lengre hadde like stor interesse for det som tidligere opptok dem, og at trygghet overskygget betydningen av disse interessene. Det er utfordrende å skulle hjelpe personer med demens å oppleve følelsen av mening i hverdagen (Eskeland, 2017). Det å skulle skape et trygt og stabilt miljø, men samtidig legge til rette for at interesser blir ivaretatt er viktig, men kan samtidig være vanskelig. Man ser ofte at de pasientene som er mest urolig krever mest tid, og at de som ikke gjør så mye utav seg ofte blir glemt bort. I studien til Magnussen et al. (2017) kom det frem at når pasientene var urolige, søkte nærhet eller viste interesse for en spesiell aktivitet, så var de alltid der for pasienten. Men hva med de som ikke krever like mye oppmerksomhet? Det er like viktig for de pasientene som er stille at også de blir sett og hørt. Eskeland (2017) skriver at å etablere god relasjon med brukeren er en grunnleggende forutsetning for å kunne yte god omsorg. Vi er alle avhengig av anerkjennelse og en eller annen form for bekreftelse for å kunne ha det godt og føle oss vel. Å oppleve tilknytning til andre basert på gjensidig tillit og fortrolighet er viktig for alle mennesker. Dette gjelder spesielt personer med demens (Engedal og Haugen, 2018). Det er ikke mye som skal til. I studien til Magnussen et al. (2017) kunne trygghet og tilhørighet skapes gjennom lesestund, og i studien til Skaar og Söderhamn (2011) gjennom bare det å sitte sammen og prate. I studien til Thorvik et al. (2014) ble det skrevet om å utnytte «gyldne øyeblikk». Dette innebar at helsepersonellet var på utkikk etter mulighet for å hjelpe pasienten. Denne muligheten kunne dukke opp når som helst og en forutsetning var å reagere raskt når anledningen bød seg.

Mange med demens oppfatter verden og det som skjer i omgivelsene på en annen måte enn de som er kognitivt friske. Selv har jeg erfart at mange med demens tror de fremdeles bor hjemme med små barn. De forstår ikke hva de gjør på sykehjemmet og hvorfor de er der. Trangen til å komme seg hjem for å se til barna kan plutselig oppstå. Redselen for at de er hjemme alene uten sin forelder kan skape uro og stress. Hvem ville vel ikke blitt redde hvis man kom til å tenke på at deres små barn er hjemme helt alene? Dette henger sammen med de atferdsmessige og følelsesmessige endringene som oppstår i tillegg til den kognitive svikten. For personalet kan dette anses som helt uhensiktsmessig, da man kjenner til personen og vet at barna deres er godt voksne og har flyttet hjemmefra for lenge siden. For den demenssyke er denne oppfatningen helt reell og kan være veldig skremmende for den det gjelder. God demensomsorg innebærer at den enkelte møtes der han eller hun er, og at det tas hensyn til hvordan verden oppleves for den enkelte (Engedal og Haugen, 2018). De ansatte i studien til Thorvik et al. (2014) ble beskrevet som fleksible i møte med pasientene og viste en evne til å tåle og akseptere pasientens opptreden selv om den virket uforståelig. I slike situasjoner ble det observert at de ansatte bevarte roen uten å korrigere pasienten. Et av kjennetegnene ved de ansattes fagutøvelse var deres evne til å være i kontinuerlig beredskap, noe som innebar en årvåkenhet for skiftninger i pasientens tilstand eller for hva de prøvde å uttrykke. Kommunikasjonsstrategier som validering og realitetsorientering er gode strategier for å skape trygghet og bekreftelse. Å anerkjenne, akseptere og støtte personen med demens og den virkeligheten de befinner seg i er viktig (Eskeland, 2017). Dette er også noe som kom frem i studien til Magnussen et al. (2017). For å danne nærhetsrommet mente pleierne at det var viktig å ta pasienten på alvor og møte dem der de er. Samtidig var det viktig å se pasientens behov og ønsker, og være bevisst sin egen atferd og måten man kommuniserer på. Dette står i sammenheng med det Eskeland (2017) skriver om å være åpne og ærlige i sin kommunikasjon på en måte som tar hensyn til personens behov og følelser. Hun skriver også at evnen til empati er en viktig egenskap som bidrar til å styrke selvfølelse og selvrespekt, som igjen har stor betydning for pasientens psykiske velvære (Eskeland, 2017). Måten man kommuniserer på vil med andre ord være av stor betydning for pasienten.

5.3 Kunnskap og kjennskap til brukeren

I studien til Magnussen et al. (2017) mente pleierne at kunnskap og kjennskap til hva pasienten hadde tilhørighet var viktig, men at den viktigste kunnskapen var kjennskap til pasientens livshistorie. Det samme fant Tretteteig og Thorsen (2012) sin undersøkelse. Her kom det frem hvordan tidligere livshistorie la grunnlag for sentrale livstemaer som hadde betydning for livskvalitet under sykdomsutviklingen, men avdekket også hvor ulike pasientene var. De mente at kunnskap om personen var viktig for å kunne gi individuell omsorg. Dette gjenspeiler seg i teorien om personsentrert omsorg som legger vekt på faktorer som god kjennskap til personens livshistorie, personlighet, helsetilstand, vaner og kulturelle bakgrunn (Engedal og Haugen, 2018).

Hva man anser som god livskvalitet er individuelt og opplevelsen av livskvalitet er subjektiv. Å ha og livskvalitet handler om mer enn bare fravær av sykdom og lidelse (Næss, 2011). Det som oppleves som et dårlig liv for noen, kan oppleves som et godt liv for en annen. Myskja (2013) skriver at en faktor som kan spille inn på ens livskvalitet er relasjonen til familien. For noen kan det å ha god livskvalitet være basert på å ha et godt sosialt nettverk, mens for andre har ikke antall personer i deres omkrets så stor betydning. For noen kan det være mer viktig å ha noen få nære og stabile relasjoner bety mye mer. Noen som er innlagt på sykehjem kan ha mange personer rundt seg som kommer ofte på besøk, mens andre kan ha få eller nærmest ingen rundt seg. For disse kan helsepersonellet være de viktigste personene i deres liv, og bety mye mer enn man kan forestille seg. Dette er en viktig ting å ta med seg og tenke gjennom i møte med denne brukergruppen. Samarbeid mellom pårørende og helsepersonellet er viktig. Å anse de som en ressurs og utnytte denne muligheten kan være av stor betydning. Det er pårørende som kjenner pasienten best. Som helsepersonell blir du kjent med en person som kan ha vanskelig med å formidle hvem han eller hun er, og hvilket liv som tidligere er levd. Pårørende ble som beskrevet i studien til Tretteteig og Thorsen (2012) en slags bro mellom tidligere og nåværende livserfaringer. Denne kunnskapen mente de var av stor betydning for å kunne kommunisere og samhandle riktig. Pårørende ble sett på som en viktig informasjonskilde, men også som et bindeledd til slektninger.

Ansatte i studien til Thorvik et al. (2014) viste i sin opptreden at de hadde inngående kunnskap om demenslidelser, og god kunnskap om menneskers grunnleggende behov, både fysiske og psykososiale. Kjennskap til pasientens væremåte og vaner så ut til å være vesentlig

for å lykkes i å hjelpe pasienten. Den omsorgen og hjelpen pasienten mottar skal sørge for at funksjonsnivået opprettholdes eller bedres. Det er derfor viktig at helsepersonellet innehar tilstrekkelig kunnskap og kompetanse slik at den hjelpen de gir bidrar til at funksjonsnivået og livskvaliteten hos den enkelte blir ivaretatt (Eskeland, 2017). I studien til Thorvik et al. (2014) mente de ansatte at de var avhengige av å kjenne sine kollegaer. Det var gjentatte tilfeller hvor de spilte på hverandres kompetanse hvor de ikke lyktes med å imøtekomme pasienten. Det er viktig at helsepersonell er bevisst sin egen kompetanse, hvor den starter og hvor den slutter. Man skal aldri gå inn i noe man ikke har fått opplæring på eller har kompetanse til. Et godt samarbeid mellom personalet er viktig. Det skal ikke bli sett på som et nederlag å måtte overlate en situasjon til noen andre fordi man ikke strekker til. Et godt faglig miljø i personalgruppa handler om akkurat det å spille på hverandre og hverandres kompetanse. Selv om mye utføres selvstendig, så er man et team som er avhengig av hverandre for å lykkes. Vi har alle samme mål og burde jobbe sammen for å nå disse målene.

6.0 Konklusjon

Hva som virker inn på ens livskvalitet er subjektivt. Det som gir god livskvalitet for en, trenger ikke gi god livskvalitet for en annen. Man må ta høyde for individuelle forskjeller. Behovet for trygghet står høyt hos personer med demens. Et anerkjennende og støttende miljø er faktorer som bidrar til dette. Behandlingen som gis må være individuelt tilpasset den enkelte og ens egne forutsetninger. Det å oppleve mestring virker inn på ens selvfølelse og har betydning for livskvaliteten. En forutsetning for å kunne gi individuell tilpasset behandling til en person med demens er at personalet har kjennskap til personens livshistorie, ønsker og behov, men også kunnskap om demenssykdommen. Målet med miljøbehandling er å bidra til opprettholdelse eller bedring av funksjoner. Et godt samarbeid mellom kollegaer og med pårørende har stor betydning for den behandlingen som gis, og kan være avgjørende for brukerens ivaretagelse.

For å kunne bruke musikk i behandlingen er det aktuelt at personalet kartlegger hvilken type musikk som er av betydning for den enkelte. Brukes musikk riktig kan dette bidra til å redusere depresjon og agitasjon, og gi følelse av glede og velvære. Ved feil bruk derimot, kan musikk virke mot sin hensikt.

Bruk av sansehage som behandlingsform virker positivt inn på ens psykiske velvære, og bidrar til å redusere agitasjon. Det er viktig at personalet ser nytten og verdien bruken av sansehage kan ha for den enkelte.

7.0 Refleksjon og kritikk til egen studie

Bachelorperioden har vært en lang og tidkrevende prosess. Dette er første gangen jeg har arbeidet med et så stort og krevende prosjekt. Hadde jeg fått muligheten til å gjøre oppgaven på nytt er det nok mye jeg ville gjort annerledes. Det tok lang tid å forstå hva en bacheloroppgave er, går ut på og hva den er ment å inneholde. Jeg ville satt meg grundigere inn i dette tidligere, i stedet for å finne ut av ting underveis slik jeg endte opp med. I tillegg ville jeg snevret inn problemstillingen min enda mer, da det ble veldig mange områder og tema i oppgaven å dekke. I tillegg ville jeg åpnet opp mer for å bruke engelske artikler, da det ble vanskelig å jobbe med noen av de artiklene jeg hadde valgt ut. Det tok en stund å komme i mål, men jeg gjorde det til slutt, noe jeg er veldig stolt av uansett hva utfallet blir.

8.0 Referanseliste

Aveyard, H. (2014) *Doing a Literature Review in Health and Social Care: a practical guide*. (3. utgave). England: Open University Press.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse.

Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Oslo: Cappelen Damm.

Grefsrød, E. E. (2002). *Eldres liv og hagens visdom: Formgiving av terapeutiske hager for personer med demens*. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

Helsebiblioteket (2016). *Sjekklistor*. URL: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>. (Hentet: 13.04.19).

Kitwood, T. (1999). *En revurdering af demens: Personen kommer i første række*. Danmark: Munksgaard.

Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Magnussen, I. L., Bondas, T. & Alteren, J. (2017). Sansehagens betydning for dannelsen av “nærhetsrommet” - aksjonsforskning i sykehjem. *Klinisk Sygepleje*, 31(2), 96-113. DOI: 10.18261/issn.1903-2285-2017-02-03. (Hentet: 22.04.19)

Myskja, A. (2005). *Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem*. Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Myskja, A. (2013). *Hjertet mitt har ikke demens*. Oslo: Cappelen Damm.

Næss, S., Moum, T. & Eriksen, J. (red.) (2011). *Livskvalitet: Forskning på det gode liv*. Bergen: Fagbokforlaget.

Ray, K. D., & Mittelman, M. S. (2017). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. *Dementia*, 16(6), 689–710. DOI: <https://doi.org/10.1177/1471301215613779>. (Hentet: 11.05.10)

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

Skaar, R. & Söderhamn, U. (2011). Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet: En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. *Nordisk Sygeplejeforskning* 1(3), 192-205. URL: <https://www.idunn.no/nsf/2011/03/art01>. (Hentet: 22.04.19)

Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. (2010). *Psykatrieboken: Sinn, kropp og samfunn*. Oslo: Gyldendal.

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden: Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. (3. utgave). Oslo: Universitetsforlaget.

Stige, B. & Ridder, H. M. (2016). *Musikkterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.

Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for personer med demens. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 236-242. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0140 (18.04.19)

Tretteteig, S., & Thorsen, K. (2012). Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv - En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7(2), 39-61. DOI: <https://doi.org/10.7557/14.2226>. (Hentet: 23.04.19)

9.0 Vedlegg

Vedlegg 1.

Artikkel 1

Referanse	Tretteteig, S., & Thorsen, K. (2012). Livskvalitet for personer med demenssykdom – sett i et livsløpsperspektiv - En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. <i>Nordisk Tidsskrift for Helseforskning</i> , 7(2), 39-61.
Hensikt	Å undersøke hva som gir god livskvalitet og hva som innvirker på muligheter til å oppleve livskvalitet for personer med demenssykdom under sykdomsforløpet, sett i et individuelt livsløpsperspektiv basert på kvalitative intervjuer med pårørende.
Metode	Studien anvendte kvalitative intervjuer av pårørende til personer med demenssykdom. Det ble brukt en narrativ tilnærming; erfaringer og opplevelser presentert i form av historier eller deler av en historie.
Utvalg/ populasjon	Studien inkluderte seks informanter som var pårørende av pasienten. Ut i fra studiens inkluderingskriterier, beboernes kognitive svikt og konsekvenser for deltakelse i studien, gjorde leder i boligen en vurdering av hvilke beboere og pårørende som skulle inkluderes i studien.
Resultat	Resultatene viser hvordan personens livserfaringer påvirker mulighetene til å oppleve livskvalitet i omsorgsboligen gjennom sykdomsprosessen. Nære familierelasjoner fremkom som særlig betydningsfulle for livskvaliteten til personene ved flytting til omsorgsbolig, for opplevelse av sammenheng i livet, selvbekreftelse og identitetsstøtte. Betydningen av livskvalitetsaspekter forbundet med tidligere liv endrer seg etterhvert som demenssykdommen utvikler seg. I en sen fase av demenssykdommen så det ut til at opplevelsen av livskvalitet i større grad enn før handlet om personalets og andre nære omsorgspersoners evne til å gi trygghet og omsorg. At personalet anvendte livshistorisk kunnskap var sentralt for at beboerne skulle få individuelt tilrettelagt livsinnhold, aktiviteter og omsorg som fremmet livskvalitet.
Kvalitetsvurdering	Studien er kvalitativ og basert på beretninger av pårørende om personer med en alvorlig grad av demens. Pårørende til kognitivt svekkede mennesker er de som ofte sitter inne med mest biografisk kunnskap når personen ikke selv kan fortelle sin historie, men pårørende kan ha en avvikende oppfatning av den demente persons livskvalitet sett ut fra personens egne opplevelser. Studien baserer seg på et

	begrenset antall livsfortellinger. Det trengs andre studier som belyser betydningen av andre livserfaringer under andre kontekster.
Redegjort for etiske overveielser	<p>Personene i studien hadde alvorlig grad av demenssykdom og ble vurdert som uegnet for intervjuing med et livsløpsperspektiv. Pårørende ble spurt og ga sitt skriftlige samtykke til å bli intervjuet. To pårørende svarte nei fordi de ikke ønsket å snakke med en forsker om deres slektning. Beboerne ble informert om studien av boligens leder. Leder fikk skriftlig eller muntlig tillatelse til at pårørende ble intervjuet (informert samtykke) fra beboerne.</p> <p>Studien ble godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Sør-Øst, og meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.</p>

Artikkel 2

Referanse	Ray, K. D., & Mittelman, M. S. (2017). Music therapy: A nonpharmacological approach to the care of agitation and depressive symptoms for nursing home residents with dementia. <i>Dementia</i> , 16(6), 689–710.
Hensikt	<p>Hensikten med denne studien var å se hvordan musikkterapi kunne påvirke depressive symptomer, agitasjon og vandring hos eldre personer med moderat til alvorlig grad av demens.</p> <p>Forskningsspørsmålet var som følger: Vil deltakelse i en liten gruppe med musikkterapi redusere nivået av depressive symptomer, agitasjon og vandring med vedvarende effekt i to uker etter behandling blant dyktige sykehjem med moderat til alvorlig demens?</p>
Metode	<p>Det ble benyttet kvalitativ metode. Depressive symptomer, agitasjon og vandring ble evaluert ved hjelp av “Cornell Scale of Depression”, “The Algase Wandering Scale” og “The Cohen Mansfield Agitation Inventory”. Metoden ble benyttet før, under og etter bruk av musikkterapi. Deltakerne ble fordelt i grupper på fire til seks deltakere og hver økt hadde en varighet på mellom 15 min til 1 time avhengig av deres toleranse. Øktene ble holdt tre ganger i uka over to uker i et eget rom på sykehjemmet. Intervensjonene ble utført av to sertifiserte musikkterapeuter. De samlet inn informasjon om deltakernes musikkpreferanser fra familiemedlemmer og helsepersonell. Hvis de var i stand til det, ble deltakerne bedt om å liste opp deres musikkpreferanser. Musikkterapeutene benyttet en akustisk gitar, et keyboard, flere typer rytme instrumenter, samt fargerike skjjerf.</p>

Utvalg/ populasjon	132 personer med moderat til alvorlig grad av demens fra tre forskjellige sykehjem ble inkludert i studien. Ett av følgende tre symptomer måtte være tilstede for å kunne regnes som kvalifisert; depresjon, agitasjon eller vandring.
Resultat	Etter to uker med musikkterapi var symptomer på depresjon og agitasjon betydelig redusert. Det fremkom ingen signifikant endring på vandring. Resultatene tyder på at bruk av musikkterapi i sykehjem kan være en effektiv ikke-medisinsk behandlingsmetode for å redusere symptomer på depresjon og agitasjon.
Kvalitetsvurdering	En svakhet med studien er gyldigheten av testresultatene. Intervensjonen ble gjennomført ved hjelp av helsepersonell som jobbet på sykehjemmene. Dette kunne medføre at de ga en lavere skår på symptomene for depresjon, agitasjon og vandring på grunn av deres kunnskap om brukerne. Likevel var dette usannsynlig grunnet variasjon i arbeidsskiftene. I tillegg hadde mange av dem ingen kjennskap til studiens hensikt. Relativt få deltakere hadde agitasjon eller vandring som dominerende atferd. Til et senere arbeid bør det gjøres en større innsats med å øke utvalget for å kunne vurdere effekten musikkterapi har på agitasjon og vandring.
Redegjort for etiske overveielser	Inkluderingskriterier for deltakelse var langsiktig opphold i sykehjem, informert samtykke enten fra omsorgsperson eller advokat, moderat til alvorlig grad av demens, auditiv gjenkjennelse, og fravær av psykiatriske lidelser. Hver deltaker ga sitt muntlige samtykke til å delta. Beboere som ikke var villig til å delta, ble ekskludert fra studien. Deltakere som hadde startet opp med en ny medisin, innlagt på kortsiktig rehabiliteringsopphold, hadde sammensatte lidelser, eller som ikke hadde korrigerbart hørselstap ble ekskludert. Studien ble godkjent av New York University School of Medicine Institutional Review Board.

Artikkel 3

Referanse	Magnussen, I. L., Bondas, T. & Alteren, J. (2017). Sansehagens betydning for dannelsen av “nærhetsrommet” - aksjonsforskning i sykehjem. <i>Klinisk Sygepleje</i> , 31(2), 96-113.
Hensikt	Hensikten er: 1) å utforske dannelsen av pasient-pleier-relasjonen i et sykehjem når fokuset er på sansehage og natur, og 2) å synliggjøre pasient-pleier-relasjonen og dens betydning i sykepleien av personer med demens gjennom intervensjoner i en aksjonsforskning.

Metode	Det ble benyttet aksjonsforskning (AF) med anerkjennende intervju som tilnærming. Studien anvendte aksjonsforskning med anerkjennende tilnærming ut fra Cooperriders 4-D-faser: oppdage, drømme, utforme og se hva som skjer, og tilpasse dette til situasjonen, kontekst og deltakelse.
Utvalg/ populasjon	Studien inkluderte seks pasienter med moderat til alvorlig grad av demens fra en sykehjemsavdeling tilrettelagt for personer med demens, i tillegg til 14 ansatte.
Resultat	Basert på observasjon ble det dannet en relasjon “rundt” pasient og pleier i den daglige pleien, når sansehage og natur var temaer som ble beskrevet av pleierne som “nærhetsrommet”. I løpet av intervusjonene erfarte pleierne hvordan sansehage og natur, enten konkret eller som samtaletema, muliggjorde dannelsen av nærhetsrommet. I tillegg ble de fremmende og hemmende faktorer for dannelsen av nærhetsrommet oppdaget og beskrevet. Nærhetsrommet fordret og skapte ro, oppmerksomhet, trygghet og anerkjennelse. Dette var et “rom” samtlige pleiere tillå stor betydning og ville verne om.
Kvalitetsvurdering	Sentrale prinsipper som delaktighet, involvering, frivillighet og demokrati ble vektlagt gjennom hele aksjonsforskningsprosessen. Å utforske sansehagens og naturens rolle, innflytelse og muligheter, fordret flere datainnsamlingsmetoder, som også inkluderte forskerens tilstedeværelse. På denne måten ble kunnskap generert til praksis. Intervusjons- og refleksjonsdata ble i stor grad innenfor av pleiere, og deltakernes aktive rolle kunne styrke demokratisk validitet, prosessvaliditet og dataens konsistens og validitet. Å stille spørsmål ved funnernes nytte- og overføringsverdi til liknende og eventuelt andre kontekster, kan ha styrket dataens anvendbarhet og troverdighet. Åpenhet og respekt i forhold til maktrelasjoner kan sammen med ledelsens involvering og tilrettelegging kan ha påvirket endringsprosesser positivt. AF er krevende, og det kan stilles spørsmål ved om resultatet står i forhold til innsatsen. AF gir forskeren en unik mulighet til å observere, diskutere og reflektere sammen med deltakerne, noe som bidrar til funnernes gyldighet og troverdighet. Diskusjon og innspill fra andreforfatterne i forhold til metode, funn og analyse styrket studiens validitet.
Redegjort for etiske overveielser	Informert samtykke ble innhentet. Anonymitet, konfidensialitet, muligheten til å trekke seg, og muligheten til å lese gjennom og korrigere all innsamlet informasjon før publisering ble gitt. Sykehjemmet i studien er hjemmet til personer med demens, og forskningsetikk ble ivaretatt overfor både pasienter og pårørende. Forskningsplanen ble meldt til og tilrådd av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD), Regional etisk komité (REK) og kommunen.

Artikkel 4

Referanse	Skaar, R. & Söderhamn, U. (2011). Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet: En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. <i>Nordisk Sygeplejeforskning</i> 1(3), 192-205.
Hensikt	Å få innsikt og kunnskap om hvordan tilpasset kulturaktiviteter kunne innvirke på velvære for en gruppe pasienter med demenslidelse. Følgende forskningsspørsmål ble stilt: Hvordan kan et tilpasset kulturaktivitetsprogram, inkludert en ukes feriereise til Spania, føre til uttrykk for velvære for pasientene med demenslidelse?
Metode	Det ble benyttet en kvalitativ studiedesign med hermeneutisk tilnærming. Data ble samlet inn gjennom observasjoner og intervju. Data ble innsamlet gjennom ikke-deltakende observasjon av seks pasienter med demenslidelse, samt intervju av deres pårørende. Pårørende fikk tilbud om et felles informasjonsmøte. På dette møte, hvor også pasienten deltok, ble informasjon om studien med det inkluderte kulturaktivitetstilbudet gitt, og informasjonsskriv utdelt. Kulturaktivitetstilbudet besto av fire samlinger for pasientene, delvis alene og delvis med pårørende. Inkludert i tilbudet var det også en ukes feriereise til Spania for pasientene.
Utvalg/ populasjon	Studien rettet seg mot pasienter på et bo- og omsorgssenter med lidelsen demens. Seks pasienter og en av deres pårørende deltok. Alle seks pasienter og én pårørende deltok på sydenturen.
Resultat	Gjennom analysene fremkom tre temaer som tegn på velvære, ut fra observasjonene og intervjuene: god opplevelse i nuet, tilhørighet og gjenkjennelse.
Kvalitetsvurdering	For å utføre studien med dens hensikt, ble det ansett som hensiktsmessig å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Kombinasjonen av observasjon og intervju ble valgt som datainnsamlingsmetoder for å få en bred innsikt og kunnskap. Hermeneutisk analysemetode syntes anvendbar for å kunne tolke uttrykk hos den aktuelle studiegruppen., men da er også tolkerens forståelse viktig. Dette fører til at det kan være ulik tolkning avhengig av hvem som tolker. Funnene formidlet hvordan kulturelle aktiviteter innvirket på velvære på det tidspunktet og i den konteksten observasjonene og intervjuene ble gjennomført. At observatøren var ikke-deltakende, men samtidig hadde en tilstedeværende observatørrolle med noe deltakelse, bidro til at observatøren trolig ikke skilte seg ut fra pårørende og helsearbeiderne. At den utfyllende teksten ble nedskrevet etter en situasjon, bidro til at observatøren kunne delta, men samtidig foreta observasjoner. Det ble gjennomført en innledende «blikk-jent-samtale» før selve intervjuet begynte, for at informantene skulle føle seg trygge. At data ble samlet inn ved hjelp av observasjoner av pasientene og intervju

	<p>med pårørende, men ikke intervju med pasientene, kan sees på som en begrensning i studien. At intervjuene ble transkribert ordrett av førsteforfatteren, som også gjennomførte intervjuene, er en fordel. En svakhet med studien kan være at pasientgruppen var liten. At pasientene hadde sin egen helsearbeider og pårørende med seg kan ha ført til et positivt utfall. Det aktuelle kulturaktivitetsprogrammet var unikt ved at det var tilpasset pasientenes interesser, men også at det inkluderte en reise til Spania.</p>
Redegjort for etiske overveielser	<p>Det ble informert om frivillig deltakelse og at konfidensialitet ville bli ivaretatt. Både pasientene og pårørende fikk muntlig og skriftlig informasjon. Pårørende ga informert samtykke for deltakelse i studien, på egen og pasientens vegne, gjennom å undertegne samtykkeerklæring. Alle takket ja for seg og pasienten.</p> <p>Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Sør-Norge (REK sør) ble omsøkt, likeledes Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS (NSD).</p>

Artikkel 5

Referanse	<p>Thorvik, K. E., Helleberg, K. & Hauge, S. (2014). God omsorg for personer med demens. <i>Sykepleien Forskning</i>, 9(3), 236-242.</p>
Hensikt	<p>Utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens.</p>
Metode	<p>Det ble benyttet kvalitativt design med deltakende observasjoner. Feltnotatene ble analysert i hermeneutisk fortolkende tradisjon.</p>
Utvalg/ populasjon	<p>Feltobservasjonene ble gjort på to forskjellige sykehjem i avdeling for personer med demens. Den ene avdelingen hadde fire pasienter og den andre sju. Totalt 13 ansatte i helsefaglig stilling deltok.</p>
Resultat	<p>Funnene viste at de ansatte alltid var beredt ved at de var årvåkne, utnyttet gyldne øyeblikk og responderte svært raskt når det var nødvendig. De viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientens opptreden, uorden og rutinebrudd, og var kreative i sin fagutøvelse. Betingelser for god fagutøvelse syntes å være at de hadde gode kunnskaper om sykdom, symptomer og den enkelte pasient, samt at de hadde god innsikt i kollegaers kompetanse.</p>

<p>Kvalitetsvurdering</p>	<p>Studien er kun utført i to avdelinger, noe som gir et begrenset datagrunnlag. På den andre siden ble det valgt strategisk to avdelinger som var kjent som gode avdelinger, noe som var nødvendig for å innfri studiens hensikt om å beskrive god praksis.</p> <p>Videre var det to forskere som observerte i hver sin avdeling, og det var påfallende at de situasjonene og kjennetegnene som ble nedfelt var svært like.</p>
<p>Redegjort for etiske overveielser</p>	<p>Det ble gitt muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet i forkant. Deltakerne ga sitt informerte samtykke skriftlig. De ble understreket at de kunne trekke seg fram til at analysearbeidet startet. Det ble ikke nedfelt notater om ansatte som ikke hadde gitt samtykke til deltakelse i studien, selv om de ved flere anledninger var til stede i avdelingen i observasjonsperioden.</p> <p>I tillegg var forskerne svært oppmerksomme på å opptre diskret og respektfullt i all sin kontakt med pasienter og pårørende. Pasienter og pårørende fikk muntlig informasjon om studien fra avdelingsleder/ forsker, og oppslag med informasjon om studien var tilgjengelig i avdelingen.</p> <p>Prosjektet er forelagt Regionalt Forskningsetisk Komité som vurderte at prosjektet ikke fremsto som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).</p>

