

Marthe Elise Volden

En undersøkelse av hvilke fordeler personer med demens har av miljøterapeutisk arbeid

En litteraturstudie

Bacheloroppgave i vernepleie

Veileder: Kristin Espeland

Mai 2021

Marthe Elise Volden

En undersøkelse av hvilke fordeler personer med demens har av miljøterapeutisk arbeid

En litteraturstudie

Bacheloroppgave i vernepleie
Veileder: Kristin Espeland
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag: Personer med demens opplever ofte uro, forvirring, depresjon, engstelse og aggresjon som følge av sykdommen. Miljøterapi og miljøterapeutisk arbeid er stadig i større fokus, og effekten av godt miljøterapeutisk arbeid er stor for personer med demens. I denne oppgaven er *hensikten* å finne ut av hvordan en vernepleier kan bruke miljøterapi og miljøterapeutisk arbeid for personer med demens og hvilke fordeler personer med demens har av det. *Metoden* i oppgaven er litteraturstudie, og problemstillingen belyses ved å bruke fem forskningsartikler om temaet. Artiklene analyseres og ender opp i tre temaer: *miljøterapeutisk arbeid, økt sosialt engasjement og velvære*. Alle artiklene *resulterer* i umiddelbar økning i velvære og livskvalitet, men viser også at intervensjonene må være kontinuerlig, da det ble en økning av uro og/eller depresjon og nedgang i livskvalitet igjen etter intervensjonen var avsluttet. *Konklusjonen* ender med at ved riktig miljøterapeutisk arbeid, vil personer med demens få økt livskvalitet, blir gladere og mer sosiale, og nedgang i depresjon.

Nøkkelord: Demens, kognitiv svikt, miljøterapi, miljøterapeutisk arbeid

Abstract: People with dementia often experiences agitation, confusion, depression, anxiety and aggression as a consequence of the disease. Milieu therapy and environmental therapeutic work is in increasing focus, and the effect of good environmental therapeutic work is great for people with dementia. In this thesis, is the *purpose* to find out how a social educator can use milieu therapy an environmental therapy work for people with dementia, and what benefits people with dementia have from it. The *method* in the thesis is a literature study, and the problem is elucidated by using five research articles on the topic. The articles are analyzed and ends up in three themes: *environmental therapeutic work, increased social commitment and well-being*. The articles *result* in an immediate increase in well-being and quality of life, but also show that the interventions must be continuous, as there was an increase in anxiety and/or depression and a decrease in quality of life again after the intervention had ended. The *conclusion* is that with the right environmental therapeutic work, people with dementia will have an increased quality of life, become happier and more social, and a decrease in depression.

Key words: Dementia, cognitive impairment, milieu therapy, environmental therapeutic work

Å HØYRE TIL

«Vondt er av alle andre
bli trakka på og trengd.
Men vondare å veta
at du er utestengd.

Du er så mangt i livet
du ventar deg o gvili.
Men meir enn det å vera,
er det å høyre til.

(Jan-Magnus Buheim)

1.	Innledning.....	5
1.1	<i>Fra for-forståelse til endelig problemstilling.....</i>	5
1.2	<i>Avgrensning og presisering av problemstilling og avklaring av begreper</i>	6
1.3	<i>Begrunnelse for oppgavens vernepleiefaglige relevans.....</i>	6
1.4	<i>Oppgavens hensikt.....</i>	7
1.5	<i>Oppgavens disposisjon.....</i>	7
2.	Teori.....	7
2.1	<i>Demenssykdom</i>	7
2.1.1	<i>Kjennetegn</i>	7
2.1.2	<i>Forekomst</i>	8
2.1.3	<i>Grad av demens.....</i>	9
2.1.4	<i>Livskvalitet.....</i>	10
2.1.5	<i>Nevropsykiatriske symptomer.....</i>	11
2.2	<i>Miljøterapeutisk arbeid.....</i>	11
2.2.1	<i>Miljøterapi, målrettet miljøarbeid og miljøterapeutisk arbeid</i>	11
3.	Metode	13
3.1	<i>Valg av metode</i>	13
3.2	<i>Søkeprosess.....</i>	13
3.2.1	<i>Figur 1 PICO-skjema.....</i>	14
3.2.2	<i>Tabell 2 Et utvalg av søkeord som ble brukt.....</i>	15
3.2.3	<i>Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	15
3.2.4	<i>Tabell 4 Sammenfatning av søkeord.....</i>	16
3.2.5	<i>Kvalitativ og kvantitativ metode</i>	16
3.3	<i>Litteraturmatriser.....</i>	17
3.3.1	<i>Tabell 5 Artikkel 1</i>	17
3.1.2	<i>Tabell 5 Artikkel 2</i>	18
3.1.3	<i>Tabell 7 Artikkel 3</i>	19
3.1.4	<i>Tabell 8 Artikkel 4</i>	20
3.1.5	<i>Tabell 9 Artikkel 5</i>	21
4.	<i>Analyse.....</i>	22
4.1.1	<i>Tabell 8 Tematabell</i>	22
4.1.2	<i>Tabell 9 Sammenfatninger av tema</i>	23
5	Resultat.....	24
5.1	<i>Miljøterapeutisk arbeid.....</i>	24
5.2	<i>Økt sosialt engasjement</i>	25
5.3	<i>Velvære.....</i>	26
6	Diskusjon.....	27
6.1	<i>Resultatdiskusjon.....</i>	27
6.1.1	<i>Miljøterapeutisk arbeid på mange måter.....</i>	27

6.1.2	Fordel for alle?.....	29
6.1.3	Fordeler ved miljøterapeutisk arbeid for personer med demens.....	30
6.2	<i>Metodediskusjon</i>	30
8.	Konklusjon	31
9.	Litteraturliste	33

1. Innledning

Per 2018 ble det regnet at det er om lag 80 000 mennesker med demens i Norge (Engedal & Haugen, 2018, s. 23). Forekomsten av demens øker sammen med stigende gjennomsnittsalder, og er den hyppigste årsaken til innleggelse på sykehjem (Berentsen, 2008, s. 47). Gjennom studier som er gjort de siste årene, er det kommet fram til en teori om at forekomsten av demens vil øke til det dobbelte om 35-40 år (Engedal & Haugen, 2018, s. 23). Mange personer med demens opplever uro, engstelse, depresjon og aggresjon som følge av at sykdommen fører til økende forvirring og opplevelse av funksjonssvikt (Berentsen, 2008, s. 48).

1.1 Fra for-forståelse til endelig problemstilling

De siste fire årene har jeg i hovedsak jobbet med eldre på sykehjem og i institusjoner. Derfor er nærmere all min erfaring innenfor helsefaget arbeid med denne aldersgruppen. Da demens er den hyppigste grunnen til innleggelse på sykehjem, har også jeg en del erfaring med å jobbe med denne sykdommen. Jeg har opplevd engstelse, uro og depresjon, men også fine øyeblikk med glede og takknemlighet hos personer med demens. Den siste praksisperioden på studiet hadde jeg innenfor alderspsykiatrien, og avdelingen jeg var på hadde stort fokus på miljøterapi. Jeg har hatt undervisning og lest om det, men da jeg fikk se effekten av miljøterapi i praksis ble jeg veldig interessert. Gleden og engasjementet pasientene viste rundt aktiviteter og arrangementer som ble holdt på praksisplassen, viste at det hadde god effekt og en positiv virkning. Samtidig bruker helsepersonell mye tid på stell og tilrettelegging for pasienter som trenger mye bistand. Dette fikk meg til å tenke på pasienter jeg har jobbet med tidligere. Hvordan kan disse pasientene oppleve samme type glede som jeg har observert på praksisplassen? Hva er det mulig å gjøre? Krever det mye planlegging, og har det god effekt?

Dette ble utgangspunktet for problemstillingen min, som er:

Hvilke fordeler kan personer med demens ha av miljøterapeutisk arbeid?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstilling og avklaring av begreper

Oppgava retter søkelyset mot demens og miljøterapeutisk arbeid, så derfor vil det være naturlig å avklare disse begrepene. Engedal og Haugan (2018) definerer demens slik: «Demens er en fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere og endret sosial atferd». Demens forekommer hyppigst blant personer over 75 år (Engedal & Haugen, 2018, s. 23), men demens rammer også yngre mennesker, så i denne oppgaven er det ikke satt noen nedre aldersgrense. I oppgaven er det tatt utgangspunkt i personer med demens som holder til på både sykehjem, bo-, omsorgs- og dagsenter – det er ingen krav om fulltidsinstitusjon. *Miljøterapeutisk arbeid* er et vidt begrep med mange forståelser, men kan defineres som arbeid som på en koordinert og systematisk måte søker å legge forhold til rette for nye erfaringer ved hjelp av det sosiale og materielle miljøet (Snoek & Engedal, 2017, s. 59). Godt miljøterapeutisk arbeid gir holdepunkter for at et menneske med kognitiv funksjonsnedsettelse kan utvikle seg gjennom måter hen blir møtt på og samhandlet med av profesjonelle som utgjør deres miljø (Jacobsen & Gjertsen, 2021, s. 17).

1.3 Begrunnelse for oppgavens vernepleiefaglige relevans

En vernepleier skal ifølge regjeringens rammeplan for vernepleieutdanning ha kunnskap om blant annet pleie, omsorg, psykisk helsearbeid, kroppens oppbygninger og funksjoner og sykdom og helse (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2004, s. 5). En vernepleier har også kunnskap og kompetanse om kommunikasjon, inkludert supplerende og alternative formidlingsformer (Ellingsen, 2014, s. 205). Hen skal kunne drive helsefremmende miljøarbeid, ha en forståelse, oppmerksomhet og beredskap til å være en viktig støttespiller og hjelper for personen vernepleieren yter tjenester til (Ellingsen, 2014, s. 208). I følge Witsø & Teksum (1998, s.77) er en vernepleier med sine ideologier og arbeidsmetoder relevant i arbeidet med demente. Dette er blant annet knyttet opp til at en ikke lenger kan forsvare ensidig fokusering på en behandlings- og sykdomstenking. I arbeidet med demente er det viktig med omsorg og forståelse, og å være en viktig støttespiller personen kan lene seg på.

1.4 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å undersøke om miljøterapeutisk arbeid har positiv effekt for personer med demens, og få en forståelse for hva jeg som vernepleier kan bidra med for å øke livskvaliteten til demente. I tillegg ønsker jeg å undersøke om det er noen spesielle oppgaver, aktiviteter eller arrangementer som er viktige i hverdagen til demente? Og til slutt, er det noen konsekvenser ved å starte og avslutte aktiviteter, med tanke på depresjon og uro?

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven starter med å redegjøre for teori som er relevant senere i oppgaven. I metodedelen beskrives det nøyaktig hvordan søk etter artikler er blitt gjort, hvordan de er analysert og hvordan jeg har kommet frem til temaene i resultatdelen. I resultatdelen oppsummeres resultatene i hver artikkel, og hvordan de relateres til temaene som ble kommet fram til etter analysen. I diskusjonsdelen underbygges resultat fra artiklene med teori og diskuteres. Avslutningsvis vises en referanseliste som viser hvilke kilder som er brukt i oppgaven.

2. Teori

2.1 Demenssykdom

«Demens er et syndrom som skyldes sykdom i hjernen, vanligvis kronisk eller progressivt, der flere høyere kortikale funksjoner blir forstyrret, herunder hukommelse, tenkeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. [...] Demens forekommer ved Alzheimers sykdom, karsykdom i hjernen og andre tilstander som primært eller sekundært påvirker hjernen» (10. utg.; ICD-10; Helsedirektoratet, 2011, s. 308).

2.1.1 Kjennetegn

Kjennetegn ved demens er hovedsakelig redusert hukommelse og læringsevne. Dette kan innebære at korttidshukommelsen, altså evnen til å huske opplevelser eller informasjon i ca. 20 sekunder, svekkes. Det samme kan skje med langtidshukommelsen og evnen til å planlegge og huske avtaler. Kildehukommelsen, evnen til å huske hva en har hørt, sett eller lest og kan angi hvor informasjonen kommer fra, reduseres. I tillegg svekkes evnen til å huske en enkeltstående hendelse,

eksempelvis en beskjed eller avtale, så kalt episodehukommelse. Evnen til å huske handlinger som en har gjort så mange ganger at det kan gjøres nærmest automatisk, for eksempel bilkjøring, sykling, svømming etc. blir også redusert. Dette kalles prosedyrehukommelse. (Berentsen, 2008, s. 51-54).

Andre kjennetegn ved demens er redusert oppmerksomhet, både fokusert og delt. Fokusert oppmerksomhet er når en kan holde oppmerksomheten på en oppgave eller hendelse over tid uten å la seg forstyrre av andre ting. Delt oppmerksomhet er når en kan ha oppmerksomhet mot flere ting samtidig, for eksempel ved bilkjøring (Berentsen, 2008, s. 51). Andre kjennetegn kan være språkvansker, orienteringsvansker, handlingssvikt og redusert evne til å forstå (Berentsen, 2008, s. 57).

2.1.2 Forekomst

Demens forekommer hyppigst hos eldre over 65 år, da 95 % av alle med demens er over 65 år (Snoek & Engedal, 2017, s. 205). Vi ser imidlertid at det ikke kun er eldre mennesker som får demens. Personer under 65 år som blir diagnostisert med demens regnes som *ynge personer med demens*. Denne aldersgrensen brukes hovedsakelig ved forskning; en 70-åring med demens behøver ikke å skille seg nevneverdig fra en 55-åring med demens. Det er antatt at det er om lag 5000 personer i Norge som er under 65 år og har demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 142).

Demens kan også ramme flere deler av hjernen. Demens ved Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens. Minst 60% av alle demente har Alzheimers sykdom. Vaskulær demens utgjør om lag 15-20%, men dette tallet er mer usikkert da mange av de aller eldste kan ha en kombinasjon av Alzheimers sykdom og vaskulær demens. Demens med lewy-legemer er den tredje hyppigste formen. Frontotemporal demens forekommer sjeldent, og det er muligens kun 2-3% av alle med demens som har denne typen. Hyppighet av demens knyttet til alkohol forekommer, men det er usikkert i hvor stor grad (Engedal & Haugen, 2018, s. 24).

2.1.3 Grad av demens

Demenssykdom er delt inn i flere grader: mild grad, moderat grad og alvorlig grad av demens. Mild grad av demens er fasen personen selv merker at glemsomheten får konsekvenser i hverdagen. Dager går i surr og vedkommende glemmer dagligdagse ting som avtaler, å hente post, handle inn mat og betale regninger. Ofte har vedkommende vansker med å finne riktig ord, vanligvis substantiver eller navn. Setningene har også ofte dårligere flyt. Påkledning, matlaging og rydding er oppgaver som kan være utfordrende, men personer med mild demens kan ofte klare seg selv hjemme med tilretteleggelser og påminnelser. (Berentsen, 2008, s. 43)

Moderat grad av demens er en fase som ofte oppleves som vanskeligere og mer krevende for vedkommende det gjelder og pårørende. Mange av dagliglivets aktiviteter er for kompliserte, eksempelvis matlaging, klesvask, påkledning og hygiene. Hukommelsen er svekket, og vedkommende klarer ikke selv å se konsekvenser av valg som tas. Kommunikasjonsproblemer er vanlig da evnen til å uttrykke seg verbalt og å forstå det som blir sagt reduseres. Svekket stedsans gjør at vedkommende har større sjans for å gå seg vill. Følelsen av å miste flere og flere funksjoner forsterkes og kan gi økt grad av angst og depresjon. Enkelte med moderat grad av demens kan oppleves som mer aggressive da fortvilelsen og engstelsen blir overveldende. I denne fasen kan noen få psykotiske symptomer, hallusinasjoner eller generell uro. (Berentsen, 2008, s. 43)

Alvorlig grad av demens er fasen da vedkommende har så dårlig hukommelse at kun deler av opplevelser fra tidligere i livet huskes, eller at vedkommende ikke husker familie eller kjenner igjen ansiktet på de nærmeste. Evnen til å orientere seg for tid, sted og situasjoner er borte. Ordforrådet er svært begrenset, også sammen med evnen til å forstå hva andre sier. Det er usikkert om vedkommende kan tolke syns-, hørsels- og taktile inntrykk siden opplevelsen av kaos og manglende evne til å sortere stimuli er så stor. Personer med alvorlig grad av demens er avhengige av hjelp døgnet rundt. Dette fordi de kan ha vansker med å styre bevegelsene sine, ofte har betydelig handlingssvikt og inkontinens for urin og avføring. (Berentsen, 2008, s. 48)

En som blir diagnostisert med demens før fylte 65 år, har større sjans for å enda være i arbeid da en blir diagnostisert, enn en som er over 65 år. Behovet for å fortsatt kunne

delta i samfunnet og være med andre mennesker, er betydelig. Sannsynligheten for nedgang i livskvalitet og økning i depresjon er stor for en ung person med demens, da det å bli hjelpetrengende kan oppleves som et nederlag (Engedal & Haugen, 2018, s. 145).

2.1.4 Livskvalitet

Hyppigheten av depresjon er relativt stor blant eldre. 15-19% i aldersgruppen 65 år og eldre har depressive symptomer ifølge en rekke undersøkelser (Engedal & Haugen, 2018, s. 145). Forekomst av depresjon blant personer med demens er 25% på sykdomsnivå og opptil 50% på symptomnivå. Dette er fordi sykdommene både gir pasientene alvorlige handikap med funksjonsinnskrenkninger, men også fordi den kjemiske balansen i hjernen er forstyrret og enkelte hjernestrukturer er skadet (Engedal & Haugen, 2018, s. 145).

Witsø & Teksum (1998), beskriver livskvalitet som noe som kan forståes som tilpasning til sosialt verdsatte livsformer, en subjektivt verdsatt livsform og kan som helse i vid forstand. Livskvalitet måles i lav og høy grad. Høy grad av livskvalitet kjennetegnes av at en person aktivt deltar i vanlige sosiale aktiviteter som foregår på ulike tider og på ulike steder i lokalsamfunnet. Vedkommende velger selv på vanlig måte hvem han eller hun vil være med og hvilke aktiviteter han eller hun vil delta i, stenges ikke ute fra aktiviteter som det er naturlig og ønskelig å delta i på grunn av kjønn, alder, ferdigheter, interesser osv. og oppsøkes av andre og har kontakt med dem (Witsø & Teksum, 1998, s. 29-31).

I faglitteraturen har det tradisjonelt sett vært hovedfokus på endringene som skjer kognitivt ved demens, men de siste tiårene har det blitt et større søkelys på hvordan personen selv reagerer og opplever sin egen situasjon. Dette innebærer å forsøke å ta perspektivet til personen og se hans eller hennes unike bakgrunn. Engedal & Haugen (2018, s. 50) skriver i boken sin at personer med demens opplever å oppfatte informasjon og å ha oversikt i hverdagen, men samtidig å ha en bekymring for at noe viktig er glemt. De engster seg for å miste kontrollen, å ikke kjenne seg igjen i omgivelsene eller å huske hva de skulle gjøre. I tillegg opplever de å bli flau og føle seg avslørt over egen svikt. Dette gjør hverdagen deres mer utfordrende og vanskelig.

2.1.5 Nevropsykiatriske symptomer

Nevropsykiatriske symptomer (NPS) er et bredt begrep som tar for seg de mange symptomene personer med demens kan oppleve. NPS innebærer stemningssymptomer, psykotiske symptomer, angstsymptomer, apati og agitasjon (Engedal & Haugen, 2018, s. 246). Ved demens er apati det mest vanlige nevropsykiatriske symptomet, også i tidlige faser. Manglende motivasjon, sløvhets, upåvirkelighet og interesseløshet uten en emosjonell komponent er kjennetegn for apati (Engedal & Haugen, 2018, s. 253).

Agitasjon kan ifølge Engedal & Haugen (2018, s. 250) beskrives som en tilstand med ytre uro og indre spenning. Den ytre uroen viser seg som regel som bevegelser eller lyder. Repeterende bevegelser eller lyder kan komme uten at personen selv merker noen indre spenning, dette fordi personer med demens og agitasjon ikke alltid opplever spenning, uro eller ubehag (Engedal & Haugen, 2018, s. 253). Symptomer på agitasjon kan være blant annet generell uro, vandring, hamstring, klaging, roping, utskjelling, banning, spyting, sparking, slåing og biting (Engedal & Haugen, 2018, s. 250). Det behandles med legemidler først når psykososiale eller miljømessige tiltak ikke har hatt virkning, eller ved de alvorligste sykdomstilfellene (Engedal & Haugen, 2018, s. 251).

2.2 Miljøterapeutisk arbeid

2.2.1 Miljøterapi, målrettet miljøarbeid og miljøterapeutisk arbeid

Ifølge Jacobsen & Gjertsen, kan det være litt utydelig når begrepet miljøterapeutisk arbeid benyttes og at det ofte uttrykkes som *målrettet miljøarbeid* (Jacobsen & Gjertsen, 2021, s. 17). Begrepene miljøbehandling og miljøterapi kan brukes synonymt om behandling som legger vekt på de terapeutiske prosesser som kan mobiliseres og iverksettes i det miljø pasienten befinner seg i (Rokstad, 2012, s. 19). Videre tar oppgaven for seg hvert begrep og forklarer disse, og hvorfor det ble valgt å bruke *miljøterapeutisk arbeid* i problemstillingen.

Ifølge Snoek & Engedal (2017, s.59) er miljøterapi et terapeutisk arbeid som på en koordinert og systematisk måte forsøker å legge forhold til rette for nye erfaringer ved

hjelp av det sosiale og materielle miljøet. Miljøterapi for personer med demens kan ifølge Jakobsen (2007) defineres som en «systematisk utforming av atmosfære, tid, rom og menneskelige relasjoner på en slik måte at personer med demens kan utvikle, opprettholde og bevare sitt selvilde og sin selvfølelse» (s. 105). Kort sagt dreier miljøterapi seg om å hjelpe pasienten til å planlegge og strukturere sin hverdag på en måte som gjør ham eller henne i bedre stand til å mestre sin livssituasjon (Snoek & Engedal, 2017, s. 59).

Witsø & Teksum (1998) definerer målrettet miljøarbeid som en systematisk tilrettelegging av miljøbetingelser for å kunne gi en best mulig livssituasjon og gode utviklingsmuligheter for dem en arbeider med (s. 78). Miljøbetingelser kan være av ulik karakter, et eksempel kan være «andres» eller omgivelsenes krav og forventninger til hva som er akseptabel atferd eller mestring. Helsefremmende miljøarbeid er ikke så ulikt målrettet miljøarbeid. Ifølge Ellingsen (2014), er «helsefremmende miljøarbeid å hjelpe til med å etablere vaner og rutiner som fremmer helse og forebygger sykdom, og å avklare hva som er helsefremmende og helsehemmende faktorer i miljøet» (s. 207-208).

«Miljøterapeutisk arbeid bygger på en forutsetning om å se helheter, og å hjelpe til med deler som kan fremme utvikling, mestring, trivsel og livskvalitet, og parallelt med dette ønsker vi oss sterke fagmiljøer som kan utrede og behandle sykdom» (Ellingsen, 2014, s. 210). Arbeidet er et avansert faglig arbeid som har en teoretisk ramme med gjensidig påvirkning, påvirkning over tid, en forståelsesramme og en forståelse av samspillet mellom kognisjon og emosjon med vekt på emosjonsregulering (Jacobsen & Gjertsen, 2021, s. 17). God miljøterapi og godt miljøterapeutisk arbeid har grobunn i en forståelse av det mennesket det gjelder (Jacobsen & Gjertsen, 2010, s. 13), og kan utøves under svært ulike betingelser og på forskjellige arenaer. Eksempelvis kan det utøves i bo- og aktivitetstilbud, psykiatriske institusjoner, somatiske sykehus og i godt utbygde fagnettverk i større kommuner (Jacobsen & Gjertsen, 2021, s. 18).

Ifølge Rokstad (2012, s. 193), kreves det en tydelig leder i gjennomføring av miljøbehandling eller miljøterapeutisk arbeid. En som har god kunnskap og anser satsingen som avgjørende for god kvalitet i tjenesten. Lederen må også se viktigheten av miljøterapien og ta ansvar for delegering og gjennomføring, men samtidig ta imot

tilbakemeldinger i form av ros, anerkjennelse og påpekninger på områder som kan forbedres.

På bakgrunn av dette virket det hensiktsmessig å bruke begrepet *miljøterapeutisk arbeid* i problemstillingen, da ønsket om å finne ut *hva* en kan gjøre og hvordan prosessen er. Felles for miljøterapi, målrettet miljøarbeid og miljøterapeutisk arbeid er at de er opptatt av miljøet rundt personen og legge til rette for hen. Miljøterapeutisk arbeid har et mer helhetlig fokus på mennesket og omgivelsene over lengre tid. Påvirkning, emosjoner og kognisjon, er viktige faktorer i begrepet.

3. Metode

3.1 Valg av metode

For å belyse og svare på problemstillingen er det benyttet litteraturstudie som metode. Ved hjelp av fem vitenskapelige artikler som omhandler problemstillingen vil jeg på en systematisk måte komme til en sammenfatning som gir en dypere og oppdatert forståelse av temaet (Thidemann, 2019, s. 77-79).

3.2 Søkeprosess

For at litteratursøket skulle bli mest mulig systematisk og effektivt, så startet søkeprosessen med å operasjonalisere problemstillingen. Rammeverket PICO ble benyttet for å gjøre dette. Ved å benytte dette rammeverket vil en kunne fokusere på å presisere spørsmålet en har, klargjøre hva som skal inkluderes og ekskluderes, identifisere søkeord og begreper som er nyttige å bruke i søk, og hvordan søket kan struktureres i databasen (Thidemann, 2019, s. 82). Ved å bruke PICO kom jeg frem til typen pasienter jeg vil fokusere på i oppgaven, hva det er ved denne gruppen jeg er interessert i å finne ut mer om og hvilke endepunkt jeg er interessert i (Thidemann, 2019, s. 83). C-en i PICO tar for seg om det er alternativer til tiltaket eller om to tiltak kan sammenlignes. Dette er valgt å ikke ta med da det ikke anses som relevant for problemstillingen.

PICO-skjemaet endte som dette:

3.2.1 Figur 1 PICO-skjema

Population Hvem/hvilke	Intervention Hva	Comparison Alternativer	Outcomes Resultater
Beskriv den typen pasienter du er interessert i	Hvilke tiltak handler det om?	Hvilke(t) alternativ(er) finnes til dette tiltaket?	Hvordan kan tiltaket påvirke ulike utfall?
Personer med demens	Miljøterapeutisk arbeid		Opplevelse av (økt) trivsel, glede, trygghet og utvikling

Å velge databaser er den andre funksjonen i PICO. Helsebiblioteket.no, som er «et nasjonalt elektronisk bibliotek for helsepersonell» (Thidemann, 2019, s. 84), har en alfabetisk oversikt over databaser som kan brukes under søkeprosessen etter vitenskapelige artikler. I søkeprosessen ble databaser som ORIA, CINAHL, Pubmed, SveMed+, ERIC og AMED brukt.

Videre gjaldt det å bestemme søkeord, som er den tredje funksjonen i PICO. Søket startet ganske vidt. Databasene Oria og AMED ble hyppigst brukt de første ukene, da disse opplevdes som oversiktlige for en som ikke var erfaren med slike søk fra før. Søkeordene «miljøterapi», «demens», «sykehjem» og «milieu therapy», «dementia» og «nursing homes», var søkeordene som ble brukt. Disse søkene resulterte i mange treff, men få artikler som var relevante for problemstillingen. Det krevdes en god forståelse av hva miljøterapi og miljøterapeutisk arbeid er, så det var nødvendig å studere dette i forkant av videre søkeprosess. Det var tydelig at det var behov for andre, mer spesifikke søkeord. Da miljøterapeutisk arbeid ikke alltid er snevert nok, prøvde jeg å bruke ord som igjen kan lede tilbake til miljøterapeutisk arbeid. Det har til sammen blitt gjort over 50 systematiske søk hvor ulike ord og kombinasjoner ble brukt. Søkene ble gjort på både norsk og engelsk. Kombinasjonene ble satt sammen av bindeord som OG, ELLER, IKKE og AND, OR, NOT i de ulike databasene. I tabell 2 vises søkeordene som gikk igjen og som var mest relevante, satt opp i en tabell.

3.2.2 Tabell 2 Et utvalg av søkeord som ble brukt

Norsk	Engelsk
Demens	Dementia
Alzheimer	Alzheimers disease
Livskvalitet	Cognitive impairment
Kognitiv svikt	Cognition disorder
Hukommelsestap	Memory loss
Hverdag	Everyday life
Miljøterapi	Environmental therapy
Sykehjem	Nursing homes
Institusjon	Institution
Trivsel	Community
Samhold	Wellbeing
Eldresenter	Quality of life
Relasjon	Physical environments
Miljøterapeutisk arbeid	Mileu
Musikkterapi	Musictherapy
Personsentrert	Person-centered
Vernepleie	Nurse/nursing
Vernepleiefaglig	Social educator
Ensomhet	Social environments
Miljøarbeid	Loneliness
Sansehage	Environmental therapy work
Velvære	Sensory gardens
Dyr	Animals
Gårdsbruk	Foot therapy
Fotterapi	

Det endte opp med at mange av søkene ble på engelsk siden det var engelske søkeord og kombinasjoner som ga flest relevante treff.

3.2.3 Tabell 3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
IMRaD-struktur på artikkel Fagfelleverdert artikkel Publisert mellom år 2011-2021* Artikler skrevet på norsk, engelsk, svensk eller dansk	Ikke skrevet før 2005

*Intensjonen var å finne artikler som var skrevet for ti år siden eller etter. Likevel valgte jeg å bruke en artikkel som var skrevet i 2009 da denne oppfattes som relevant for problemstillingen.

Da fem artikler som er relevante for problemstillingen var funnet, ble de først skimlest gjennom. Deretter ble de lest nøye gjennom gjentatte ganger. Noen ganger ble artiklene lest i deler og andre ganger som en helhet. Viktige opplysninger ble merket ut, og artiklene som er engelske ble lest gjennom enda en gang for å være sikker på at alt var forstått. For å være helt sikker på at artiklene var godkjente, søkte jeg de opp i Pubmed eller Oria. Der kan en se om de er *peer reviewed* eller fagfelleverderte. Videre ble Helsebiblioteket.no sin sjekklister for randomiserte kontrollerte studier og kvalitative studier brukt, for å være mest mulig sikker på at det er valgt gode artikler. Under vises hvilke søkeord og databaser som ble brukt for å finne artiklene

3.2.4 Tabell 4 Sammenfatning av søkeord

Søke-dato	Søk nr.	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall Treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler Inkludert
11.05.21 ORIA	1.	Demens OG fysisk aktivitet OG deltakelse	Fagfelleverdert, artikler, 2011-2021, engelsk, norsk, svensk, dansk	10	1	1	1
12.05.21 PubMed	1.	Dementia AND music therapy	2011-2021	226 778			
	2.	AND person-centered		20	2	1	1
24.05.21 PubMed	1.	Dementia AND foot therapy OR foot massage	2009-2021	6	4	2	1
24.05.21	1.	Quality of life		205 075			
	2.	Dementia OR alzheimers OR cognitive impairment OR memory loss AND Norway		590			
	3.	1 + 2 AND	2011-2021	70	3	1	1
11.05.21 SveMed+	1.	Miljø demens sykehjem	Peer reviewed, tidsskrifter, läs online	4	2	1	1

3.2.5 Kvalitativ og kvantitativ metode

Kvalitativ metode er en metode som er hensiktsmessig når en vil ha kunnskap om hva noe betyr, hvordan noe foregår eller hvordan noe oppleves. Ved kvalitativ metode brukes ofte intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. En kvantitativ metode er en studiemetode som er nødvendig å bruke når en ønsker objektive data «for å få representative iversikter, fordelinger, frekvenser, årsak-virknings-forhold, teste ut hypoteser og teorier osv.» (Thidemann, 2019, s. 76). Ved å bruke kvantitativ metode, så samles data inn ved spørreskjema med faste spørsmål, systematisk og

strukturert observasjon og eksperiment (s. 76). Design knyttet til kvantitativ forskning er blant annet randomisert kontrollert studie, så kalt RCT. RCT er en studie hvor deltakerne blir tilfeldig fordelt i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Faktorer som kan påvirke utfallet skal være likt fordelt mellom gruppene. Denne typen studie regnes som forskningens «gullstandard» da den anses å være den mest pålitelige måten å gå frem på for å avgjøre effekten av et tiltak. Intervensjonsgruppen er gruppen som studien blir gjort på, mens kontrollgruppen «lever som vanlig», og skal sammenlignes med intervensjonsgruppen for å se om intervensjonen har hatt effekt (Thidemann, 2019, s. 71). Videre følger artiklenes litteratormatriser i tabell 5-9.

3.3 Litteratormatriser

3.3.1 Tabell 5 Artikkel 1

Artikkel 1 Norge	Rokstad, A., M., M. & Vatne, S. (2009). Dementia care mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. Norsk tidsskrift for Helseforskning, 5(2), 46-61. Hentet 06.05.21 fra DOI: 10.7557/14.239
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å undersøke om det skjer et perspektivskifte i personalgruppen, og å utvikle personalets relasjonelle ferdigheter for pasientgruppen ved bruk av dementia care mapping-metoden (DCM). Ved å fokusere på dette var målet og hensikten å innhente informasjon om DCM-metoden kan ha innvirkning på demensomsorgen.
Metode	Det ble brukt både kvantitativ og kvalitativ metode. DCM-kartlegging innebærer direkte observasjon (kvantitativ metode) av pasienten og samhandlingen mellom pasienter og personal. Deltakerne ble observert seks timer en kveldsvakt og seks timer påfølgende dagvakt. Det samme ble gjort tre måneder etter. For å svare på problemstillingen ble en kvalitativ metode brukt, da det var to fokusgruppeintervju med personalgruppen i etterkant av DCM-kartleggingene. Dette ble hoveddata for resultater, med refleksjoner basert på tilbakemeldinger om pasientene som gruppe og individuelt.
Utvalg/ populasjon	Utvalget besto av seks kvinner i alderen 81-91 år med moderat til alvorlig demenslidelse som holdt til å et sykehjem på Vestlandet i 2007, og en sykepleier og tre hjelpepleiere.
Hovedfunn	Gjennomsnittlig økte trivsel og samhandling hos pasientene, og tilbaketrukkethet har minsket. Det kunne dokumenteres tilbake hvilke miljøterapeutiske tiltak som hadde god effekt. Tilrettelegging for at pasientene kunne sitte sammen på fellesareal var blant annet en faktor økt trivsel, samt dukketerapi.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Studien viser at ved observasjon av pasientene og tilbakemeldinger, kan miljøterapeutisk arbeid ha en positiv effekt. Begrensninger: Artikkelen er fra 2009, og studien ble gjort i 2007. Dette kan ses på som en svakhet siden det er mange år siden. Artikkelen har også et stort fokus på personalet, og det er intervjuet av dem som er hovedfunn. I artikkelen skriver forfatterne selv at det skulle vært ønskelig at det ikke var samme person som gjorde observasjonen og fokusintervjuene av personalet i etterkant.
Relevans	Studien anses som relevant for problemstillingen da det blir gjort miljøterapeutiske tiltak som resulterer i dokumenterbar økt trivsel hos pasientene Artikkelen retter seg hacket mer mot helsepersonell enn pasienter og hva de kan gjøre, men det kommer fortsatt godt frem hvilke fordeler pasientene med demens har av miljøterapeutisk arbeid.
Etiske overveielser	Før prosjektet startet ble alle involverte informert om prosjektets hensikt, at det var frivillig å delta, at opplysninger ville bli konfidensielt behandlet, anonymiteten sikret, og at de kunne trekke seg når som helst. Alle som deltok ga uttrykk for at de ønsket å delta i studien og ga skriftlig samtykke. Bakgrunnsdata om pasientene ble anonymisert.

3.1.2 Tabell 5 Artikkel 2

Artikkel 2 Japan	Ihara, E., S., Tomkins, C., J., Inoue, M., Sonneman, S. (2018). Results from a person-centered music intervention for individuals living with dementia. <i>Geriatrics & Gerontology International</i> , 19(1), 30-34. Hentet 05.05.21 fra DOI: 10.1111/ggi.13563
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å undersøke effekten personsentrert musikkterapi kan ha for humør, uro og sosialt engasjement for personer med demens.
Metode	<p>Dette er en kvantitativ studie med en kombinasjon av standardiserte instrumenter og observasjon som metode. Studien er kvasi-eksperimentell. Under studien delte de gruppen med deltakere i to: intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Intervensjonsgruppen fikk en iPod med en personlig spilleliste laget av personalet. Gjennom seks uker ble de observert to ganger ukentlig. Det var utviklet et observasjonsskjema i forkant for å vurdere tilstedeværelse eller fravær på fire domener: humør, uro, kontakt med musikk og engasjement sosialt. Sangrekkefølgen var forskjellig for hver observasjon.</p> <p>Kontrollgruppen deltok i planlagte aktiviteter som spill og aktiviteter som de pleide, og ble sammenlignet med intervensjonsgruppen som har fått musikkterapien etter studiens slutt.</p> <p>Deltakerne i intervensjonsgruppen ble observert i 20 minutter før intervensjonen i deres vanlige aktiviteter. Deretter ble de fulgt til et eget rom hvor de fikk iPoden og hørte på musikken i nye 20 minutter. Etter det ble de ført tilbake til fellesareal og observert i 20 minutter til. Observasjonene med tatt opp på video.</p> <p>Stemning, uro og depresjon ble målt tre ganger – før, under og etter 6 uker. Atferd ble observert underveis i intervensjonen.</p>
Utvalg/ populasjon	Deltakere fra fem forskjellige kommunale dagsenter for personer med demens var med i studien. Målet var 10 deltakere fra hvert dagsenter, fem til intervensjonsgruppen og fem til kontrollgruppen. I studiets start var det 31 deltakere i intervensjonsgruppen og 20 deltakere i kontrollgruppen. Alder ikke oppgitt
Hovedfunn	<p>Observasjoner viste en økning i glede, øyekontakt, engasjement og snakkesalighet, og en reduksjon i uro.</p> <p>Gitt musikkens kraft til å raskt endre følelser, kan tilpasset musikk brukes til å fremskynde en positiv atferd, forbedre daglige opplevelser, gjøre kjente vanskelige situasjoner - da pasienter opplever blant annet angst, paranoia, vrangforestillinger, depresjon - bedre. Studiefunnene antyder at personlig musikk har et potensial som en ikke-farmakologisk intervensjon, spesielt når den er personsentrert og er knyttet til positive minner.</p> <p>Musikkterapien ga størst utslag under selve gjennomføringen, og avtok fort etter.</p>
Kvalitetsvurdering	<p>Styrker: Artikkelen er fagfellevurdert og er av nyere dato. Studien har et godt forskningsdesign med en kvasi-eksperimentell studie hvor det muliggjør et representativt utvalg nedenfor denne gruppen som vanskelig kan randomiseres, da det er et krav at alle deltakere har en påvist demenssykdom. Den har gode etiske overveielser, med godkjenning fra Mason University ethical review board før oppstart og samtykke fra de involverte. Det representative utvalget er godt da det ikke er noen statistisk signifikante forskjeller i alder, kjønn og caregiver-forhold. Studien er godt etisk gjennomført, som er viktig da det er med en sårbar gruppe, med tilpasning av blant annet rom og temperatur. I forskningsteamet var det en ekstern forsker med en individuell koding av resultatene.</p> <p>Begrensninger: Med helsepersonell som valgte musikken til spillelistene til flere av pasientene, kan det ikke være helt sikker på at den musikken deltakeren likte best ble valgt. I noen tilfeller ble det spilt musikk for en deltaker i forkant for å se om det var noen reaksjon å få. Dette kan utelukke mulige favorittsanger som helsepersonell ikke visste om, eller spilte av for å få en reaksjon. Forfatterne har selv påpekt at de i studien hadde en intensjon om å velge en gruppe som skulle få et positivt utfall av studien, men argumenterte for dette ved at deltakerne hadde god effekt av studien. Studien resulterte ikke i noen signifikante statistiske endringer, da det var vanskelig å måle. Det ble heller observert endringer, som ble dokumentert. Dette gjør at studien ikke kan vise til statistikk senere. Studien er gjennomført i Japan, som ikke trenger å være en begrensning, men kan være greit å merke seg da det er en annen kultur og det ikke er sikker helsepersonellet jobber på samme måte der.</p>
Relevans	Artikkelen anses som relevant da forskningen går ut på teste ut miljøterapeutisk arbeid, musikkterapi, for å se hvilken innvirkning dette har på personer med demens.

Etiske overveielser	Før de startet studien fikk de en etisk godkjenning fra George Mason Universitys etiske review board. Deltakere og pårørende fikk en grundig gjennomgang av hva studien gikk ut på, og at det var frivillig og at en kunne trekke seg når som helst i studien. Etter studien var gjennomført fikk deltakerne i kontrollgruppen tilbud om samme behandling som intervensjonsgruppen fikk og hadde god effekt av.
----------------------------	---

3.1.3 Tabell 7 Artikkel 3

Artikkel 3 Norge	Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M-J., Patil, G. & Ihlebæk, C. (2016), Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i> , 31(12), 1312-1321. Hentet 24.05.21 fra DOI: 10.1002/gps.4436
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å studere mulige effekter av dyre-assisterte aktiviteter. De primære resultatene er relatert til depresjon, uro og livskvalitet.
Metode	<p>Studien er en kvantitativ randomisert kontrollert studie med en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen fikk dyreassistert intervensjoner i 12 uker, med en tre måneders oppfølging.</p> <p>Tilfeldige datagenererte tall ble brukt til å randomisere sykehjemsenheter til enten intervensjonsgruppen som fikk dyreassisterte aktiviteter med en hund, eller kontrollgruppen hvor hverdagen skulle foregå som vanlig med ulike gruppeaktiviteter som mimring, musikkterapi, sansehage, sang, trening, matlaging og håndarbeid.</p> <p>Første innsamling av data var før studien startet (baseline), når intervensjonen på 12 uker var ferdig, og ved oppfølging etter tre måneder etter intervensjonen var avsluttet.</p> <p>Intervensjonen bestod av en 30-minutters økt med dyreassisterte aktiviteter to ganger i uken i 12 uker, i grupper med tre til seks deltakere. For hver økt var deltakerne tilfeldig fordelt i en halvsirkel. Aktivitetene som ble gjennomført var blant annet å klappe hunden, gi en godbit og å kaste en leke som hunden hentet. Alle aktiviteter skulle følge protokollen, men samtidig være individuelt skreddersydd basert på helsepersonellens kunnskap om hver deltaker.</p> <p>Depresjon ble målt ved hjelp av Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), som har 19 symptomer på depresjon i fem domener (stemningsrelaterte tegn, atferdsforstyrrelse, fysiske tegn, struktur og oppmerksomhet). Hvert domene er vurdert på en skala fra fraværende, mild/intermitterende til alvorlig, med en poengsum fra 0 til 38. En poengsum under 6 indikerer fravær av depressive symptomer, en skår over 10 indikerer sannsynlig alvorlig depresjon og en skår over 18 indikerer klar alvorlig depresjon.</p> <p>Agitasjon og rastløshet ble målt ved hjelp av Brief Agitation Rating Scale (BARS), som brukes til å vurdere tilstedeværelse og alvorlighetsgrad av fysisk aggressiv, fysisk ikke-aggressiv og verbalt agitert atferd hos eldre sykehjemsbeboere. I studien brukte de en norsk utgave av denne med ni nivåer og en poengsum fra 9 til 63, der høy skår indikerer høyere frekvens av agitert oppførsel.</p> <p>Livskvalitet ble målt ved hjelp av den norske godkjente versjonen av Quality of Life in Late-stage Dementia (QUALID), som har en skala med 11 elementer med en mulig skår med en poengsum fra 1 til 5 på hvert element. Elementene er rangert etter hyppighet av forekomst, bestående av både positive og negative dimensjoner av konkret og observerbar stemning og ytelse. Poengene oppsummert kan variere fra 11 til 55. Lav poengsum indikerer høy livskvalitet.</p> <p>Den kliniske demensskalaen (CDR) er en fem-poengskala brukt til å vurdere seks domener av kognitiv og funksjonell ytelse. En CDR på 0 indikerer ingen kognitiv svikt, 0,5 indikerer veldig mild demens, 1 mild demens, 2 moderat demens og 3 alvorlig demens.</p>
Utvalg/ Populasjon	<p>10 tilpassede enheter for personer med demens deltok, med mellom fem og åtte deltakere fra hver enhet var 65 år eller eldre med påvist demens eller en kognitiv svikt, som hadde bosted på enheten. Deltakerne kunne ikke ha frykt eller allergi mot hunder, og heller ikke vært i aktivitet med hund de siste tre månedene.</p> <p>Studien endte opp med 51 deltakere ved baseline, med 25 deltakere i intervensjonsgruppen og 26 deltakere i kontrollgruppen. Tre deltakere falt ut etter start, men ble fortsatt inkludert i studiepopulasjon.</p>

	Dett var også strenge krav til hundene som skulle delta i studien, som en mentalitetstest for å måle blant annet aggressivitet, omgjengelighet, angst og som måtte bestå for å kunne være med. Eierne deres måtte også gjennomføre et kurs i dyreassisterte intervensjoner i forkant.
Hovedfunn	Gruppene var relativt like ved baseline. Ved intervensjonens slutt var det ingen signifikante forskjeller mellom gruppene for depresjon. Fra baseline til oppfølgingen var det en reduksjon i CSDD-poengsummen for intervensjonsgruppen og en økning for kontrollgruppen, altså blant deltakere med alvorlig demens var det en reduksjon i depresjon fra baseline til oppfølgingen. Intervensjonsgruppen hadde en nedgang i depresjon, agitasjon og en økning i livskvalitet etter oppfølgingen, mens kontrollgruppen hadde en økning i depresjon og en nedgang i livskvalitet.
Kvalitetsvurdering	Mye av forskningen som allerede er om dyreassisterte intervensjoner og demens, mangler tilstrekkelig studiedesign for å kunne understreke effekten av inngrepet, og har begrenset bruk av kontrollgrupper og oppfølgingsmål, dermed er konklusjonene omstridt og mindre pålitelige. Forfatterne av denne studien ønsket av denne grunn å gjennomføre en randomisert kontrollert studie med en kontrollgruppe som intervensjonsgruppen kan sammenlignes med. Instrumentene som måler effekten av intervensjonen, var allerede testet for validitet og pålitelighet og er designet og brukes ofte med eldre med demens før det ble tatt i bruk til denne studien. Før prosjektet startet fikk to fagfolk fra hver enhet opplæring i hvordan instrumentet skal brukes.
Relevans	Artikkelen anses som relevant for oppgaven ved at pasientene har dokumentert økning i livskvalitet og reduksjon i depresjon ved dyreassisterte aktiviteter som miljøterapeutisk arbeid.
Etiske overveielser	Studien ble utført i samsvar med Helsinki-erklæringen og den regionale komiteen for medisinsk og helseforskningsetikk godkjente studien. Det var gitt skriftlig og muntlig informasjon om studien i forkant til alle deltakende og alle har gitt skriftlig samtykke. Studien var frivillig og deltakerne kunne trekke seg når de ville. God ivaretagelse av alle deltakerne.

3.1.4 Tabell 8 Artikkel 4

Artikkel 4 Norge	Skaar, R., & Söderhamn, U. (2011), Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet - En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. <i>Norsk sykeplejeforskning</i> 3(1), 192-205. Hentet 22.05.21 fra DOI: https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-03-04
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å få innsikt og kunnskap om hvordan tilpassede kulturaktiviteter kunne ha virkning på værevære for en gruppe pasienter med demenslidelse. Det ble gjennomført fire dag- eller kveldssamlinger for pasientene, delvis alene, delvis med sine pårørende. Det ble i tillegg gjennomført en ukes feriereise til Spania for pasientene hvor pårørende fikk være med.
Metode	Studien er en kvalitativ studie med hermeneutisk tilnærming. Hermeneutisk tilnærming handler om tolkning og forståelse gjennom å se en sammenheng og mening. Studien er kvalitativ da den baserer seg på ikke-deltakende observasjon av pasientene og deres samhandling med andre, samt et semi-strukturert intervju av pårørende. Intervjuer som er semi-strukturerte har ingen fastlagt form og rekkefølge, og kan følge den intervjuedes fortelling. En ikke-deltakende observasjon vil si at observatøren ikke deltar i samhandlingen. De semi-strukturerte intervjuene ble gjort med pårørende, og handlet om (1) om de pårørende hadde inntrykk av at pasienten hadde hatt utbytte av samlingene og turen, (2) om pasienten hadde hatt sosial kontakt med andre og (3) hvordan pårørende oppfattet at pasientene hadde fungert i en sosial setting. Observasjonene og intervjuene ble analysert hver for seg.
Utvalg/ populasjon	Seks pasienter i alderen 60-90 år, to menn og fire kvinner, og seks pårørende, barn, ektefelle eller søsken deltok i studien.
Hovedfunn	Ut fra observasjonene ble det oppfattet at pasientene hadde en god opplevelse i net. Pasientene smilte, lo og kom med humoristiske kommentarer, og gjennom dette ga uttrykk for at de hadde det bra og var tilfreds. Under sangkvelder, sang- og musikkafte og trimtime med musikk på sydentur, viste pasientene stort engasjement. De husket sangtekster og melodi, og deltok aktivt i sangene, trampet takten og gjorde bevegelser og fulgte instruksjoner. De holdt konsentrasjonen under ulike aktiviteter både på samlingene og turen, eksempelvis under filmvisning eller gudstjeneste. En pasient som satt i rullestol, gav uttrykk for glede og god opplevelse da han kunne gå rundt i bassenget. Ved å gjøre pasientene trygge og skape gode omgivelser, var det mindre uro, spesielt under måltider. Ved å skape tilhørighet begynte pasientene å meddele, henvende seg direkte til hverandre, og føre enkle samtaler med hverandre eller helsearbeiderne. Dette kom til uttrykk ved at de holdt hender, passe på hverandre ved å legge pledd over en annens fang. Gjennom sang og

	klapping kom tilhørighet i gruppen fram. Det var viktig forutsetning at gruppen var liten for tilknytning og fellesskapsopplevelse. På sydenturen ble det filmet og tatt bilder, og hver pasient fikk sitt eget fotoalbum. I etterkant av sydenturen ble det vist en film fra reisen, og flere pasienter gjenkjente både steder og mennesker.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Artikkelen er fagfellevurdert og av nyere dato. Den _____ Begrensninger: Forfatterne av artikkelen skriver selv at det er nødvendig med en oppfølgende studie av helsepersonellet for å få ytterlig innsikt i hvordan intervensjonen hadde innvirkning senere. I artikkelen står det at det blir gjort semi-strukturerte intervju av pårørende, men lite om hva som ble sagt under intervjuene videre
Relevans	Artikkelen anses som svært relevant da det var observerbar øking i glede og velvære for pasientene ved å ha tilpassede kulturaktiviteter.
Etiske overveielser	Deltakerne fikk informasjon om hva studien gikk ut på, og at det var frivillig. Alle deltakere er anonymisert.

3.1.5 Tabell 9 Artikkel 5

Artikkel 5 Australia	Moyle, W., Johnson, A., N., B. & O'Dwyer, S., T. (2011), Exploring the effect of foot massage on agitated behaviours in older people with dementia: A pilot study. <i>Australian Journal of Ageing</i> 30(3), 159-161. Hentet 24.05.21 fra DOI: 10.1111/j.1741-6612.2010.00504.x
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å undersøke om ti minutters fotmassasje hver dag i to uker hadde noen innvirkning på eldre med demens som bor på en langtidsavdeling sin uro.
Metode	En utdannet massasjeterapeut masserte føttene til deltakerne, fem minutter på hver fot, en gang daglig i 14 dager. Alle massasjene ble gjennomført mellom klokken 13 og klokken 18. Uparfymert olje ble smurt inn til slutt. Agitasjon og relaterte atferdsproblemer ble vurdert ved start før massasje, umiddelbart etter to-ukers-fasen var over, og to uker etter avsluttet massasjeterapi (en to-ukers oppfølging). Vurderingen ble utført ved hjelp av den korte versjonen av Cohen-Masfield Agitation Inventory (CMAI-CF) og Raised Memory and Behaviour Problems Checklist (RMBPC). Dette er omsorgsrapporterende mål på observerbar agitasjon og atferd. CMAI-SF vurderer 14 spesifikke agiterte oppførsler med en 5-punkts frekvensskala, der 1 = aldri og 5 = flere ganger om dagen. Poengene varierer fra 0 til 70, med høyere poeng som gjenspeiler høyere nivå av uro og atferdsproblemer. RMBPC bruker 24 elementer for å vurdere observerbar oppførsel, og gir en totalpoengsum. Det er tre underkategorier som vurderes: hukommelsesrelatert-, depressiv- og forstyrrende atferd. Totalpoeng for RMBPC går fra 0 til 96. RMBPC- og CMAI-SF-resultatene ble fra gang til gang analysert hver for seg, men kjønn som en uavhengig faktor.
Utvalg/ populasjon	22 deltakere, 17 kvinner og fem menn med en gjennomsnittsalder på 84,7 år og en historie med signifikant uro, var deltakerne i undersøkelsen. Deltakerne bor på en langtidsavdeling på et sykehjem i Brisbane.
Hovedfunn	Verbal aggresjon, vandring og repeterende atferd var oppførsel forbundet med agitasjon som gikk igjen. Før intervensjonens start hadde pasientene gjennomsnittlig en RMBPC (måler observerbar agitasjon og atferd) på 7,14. Etter to uker, da intervensjonen var ferdig var RMBPC målt 0,02, og ved to ukers oppfølging var RMBPC målt 0,04. CMAI-CF (Måler frekvens av agitert oppførsel), hadde en baseline på 12,12. Etter gjennomført intervensjon var CMAI-SF målt 0,00, og ved to ukers oppfølging var CMAI-SF målt 0,01. Resultatene fra intervensjonen viser at fotmassasje hadde umiddelbar god effekt på uro, men at det den øker etter endt behandling. Ingen av resultatene hadde noen utmerkelse av kjønn.
Kvalitetsvurdering	Styrker: Artikkelen er fagfellevurdert og av nyere tid. For at deltakerne kunne bli regnet som kvalifiserte til å delta, var det krav om påvist diagnostisering av demens eller å møte kriteriene for sannsynlig demens, en nyere historie med klinisk signifikant agitert atferd, var fastboende på avdelingen, ingen annen alternativ behandling nylig, to føtter og ingen medisinske kontraindikasjoner mot fotmassasje. Begrensninger: Forfatterne nevner selv at en åpenbar begrensning ved studien, var fravær av en kontrollgruppe. Hadde det vært en randomisert kontrollert studie, ville studien blitt regnet som mer pålitelig. Dette kreves også for at funnene kunne blitt bekreftet.

Relevans	Studien anses som relevant da den gir målbare resultater på fordeler personer med demens har av miljøterapeutisk arbeid.
Etiske overveielser	Før studien ble satt i gang, fikk de en godkjenning av Griffith University Human Research Ethics Committee, og samtykke var gitt på deltakernes vegne av verger.

4. Analyse

For å oppsummere litteratur og finne felles tema i artiklene som er valgt ut, virket det hensiktsmessig å bruke Aveyards tematiske analysemodell. Modellen er delt i ni trinn med fremgangsmåte, tips og råd. Før det var mulig å gå videre, ble resultatdelen i hver artikkel lest på nytt for å finne tema. Hver artikkel ble lest gjennom tre ganger: første gang for å få oversikt, andre gang for å finne relevante temaer for problemstillingen og markere disse, og siste gangen for å notere ned aktuelle temaer. Temaene i resultatdelen burde reflekteres direkte til problemstillingen som er valgt (Thidemann, 2019, s. 96). Problemstillingen var skrevet ned på et ark ved siden av meg da resultatdelene ble lest, etter anbefaling fra Thidemann (2019, s. 96), slik at temaene skulle reflekteres mest mulig til problemstillingen. Etter tredje runde med lesing, ble aktuelle temaer ført inn i en tabell, se tabell 8 (Thidemann, 2019, s. 97).

Etter at dette var gjort med alle artiklene, startet prosessen med å finne felles tema i de forskjellige artiklene. For å gjøre dette, virket det hensiktsmessig å markere felles tema i samme farge.

4.1.1 Tabell 8 Tematabell

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Tema	Kommunikasjon	Musikkterapi	Dyreassistert aktivitet	God opplevelse i nuet	Fotmassasje
	Samhold				
	Helsepersonells tilnærming	Glede	Livskvalitet	Tilhørighet	Velvære
	Økt trivsel	Kommunikasjon	Nevropsykiatriske symptomer	Gjenkjennelse	
	Dukketerapi				

Etter felles tema var markert med samme farge, skulle temaene vurderes, også opp mot hverandre (Thidemann, 2019, s. 97). Temaene ble kontinuerlig vurdert og

revurdert, omformulert og tilpasset slik at de hadde ca. samme ordlyd. Omformuleringene av temaene ble satt i en tabell, med tall og farge for å vise samme tema, se tabell 9. Videre ble temaene med samme farge sammenfattet til et større tema som dekket alle «undertemaene». Fargene i tabell 8 og 9 tilsvarer samme tema. Temaene ble kvalitetsvurdert kontinuerlig og endret litt på underveis.

4.1.2 Tabell 9 Sammenfatninger av tema

	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5	Sammenfatninger av tema
Tema	1. Miljøterapeutisk arbeid ved dukketerapi	1. Miljøterapeutisk arbeid ved musikkterapi	1. Miljøterapeutisk arbeid ved å gjennomføre dyareassisterte aktiviteter	1. Miljøterapeutisk arbeid ved å arrangere aktiviteter tilpasset for pasientene	1. Miljøterapeutisk arbeid gjennom fotmassasje	Miljøterapeutisk arbeid
	2. Pasienter deltok mer sosialt og viste engasjement når de var på fellesstuen	2. Snakkesalighet, glede og øyekontakt økte under og rett etter terapien		2. Kommunikasjonen øker når pasientene føler seg trygge		Økt sosialt engasjement
	3. Velvære ved observert økt trivsel	3. Velvære ved observert glede da musikken ble spilt	3. Velvære ved at økt livskvalitet og reduserte symptomer av depresjon	3. Velvære ved at pasientene opplever tilhørighet	3. Velvære ved at pasienten observeres som roligere og mindre aggressive	Velvære
		4. Gjenkjennelse ved at pasientene hører musikk de har hørt før		4. Gjenkjennelse ved at pasientene kjenner igjen personale og steder		
	5. Helsepersonells tilnærming, da det har mye å si for pasientenes oppførsel i studien					

I oppgavens resultatdel ble de tre temaene som gikk igjen i flest artikler, og som virket mest relevant valgt videre. Det som står med uthevet svart skrift i kolonnen «Sammenfatninger av tema», er de tre temaene som blir diskutert/analysert i resultatdelen.

5 Resultat

I denne delen skal temaene som ble kommet frem til ved å bruke Aveyards analysemodell begrunnes.

5.1 Miljøterapeutisk arbeid

I alle fem artikler ble en form for miljøterapeutisk arbeid gjennomført. Artikkel 1 viser at personer med demens har god effekt av tilrettelegging i miljø. Det kommer godt frem både av statistikk og i intervju med helsepersonell at pasientene med demens hadde hatt en positiv utvikling under studien. Et eksempel er å legge til rette for at pasientene skulle bruke mer tid på fellesarealet rundt et langbord enn å sitte spredt. Dette førte til at samtale og kontakt mellom pasientene økte, og måltidene varte lengre og var mindre preget av uro. Tiden som ble brukt til spising og drikking økte fra 24% til 27% fra første til andre kartlegging (Rokstad & Vatne, 2009, s. 57). Et annet eksempel er en pasient som hadde stor økning i trivsel da hun hadde en dukke med seg. Dagen pasienten hadde dukken ble hun oppfattet som mer våken og delaktig under måltider. Hun var også mer tilgjengelig for kontakt fra personalet da de henvendte seg til henne. Graden av blikkontakt og respons i form av smil og verbale utsagn økte. (Rokstad & Vatne, 2009)

Artikkel 2 studerer hvordan musikkterapi påvirker humør, uro og sosialt engasjement for personer med demens. Under intervensjonene var det statistisk signifikant observerbar økning i smil, glede, årvåkenhet, sang, dans/bevegelse, gjenkjennelse av musikk, øyekontakt og snakkesalighet. Umiddelbart etter intervensjonen var det målbare forskjeller mellom intervensjonsgruppens humør og kontrollgruppens humør. Etter deltakerne i intervensjonsgruppen hadde hørt på musikk og gikk tilbake til fellesarealet med kontrollgruppen, var det observerbar forskjell i humøret til intervensjonsgruppen da disse ble oppfattet som gladere og mer kontaktsøkende (Ihara, Tompkins, Inoue & Sonneman, 2018).

Artikkel 3 handler om hvordan dyreassisterte aktiviteter påvirker depresjon, agitasjon og livskvalitet for personer med demens. Utviklingen blir også sammenlignet med en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen hadde en kontinuerlig nedgang i depresjon, mens kontrollgruppen hadde en kontinuerlig økning i depresjon. Ved oppfølgingen

seks uker etter siste intervensjon var det en målbar økning i livskvalitet for deltakerne i intervensjonsgruppen og en nedgang i livskvalitet for kontrollgruppen. (Olsen, Pedersen, Bergland, Enders-Slegers, Patil & Ihlebæk, 2016)

Artikkel 4 handler om hvordan tilpassede kulturaktiviteter kan innvirke på velvære for en gruppe pasienter med demenslidelse. Aktivitetene og hendelsene blir tilpasset pasientene. Pårørende og helsearbeidere driver med miljøterapeutisk arbeid som pasientene har god effekt av ved at det gjennomføres aktiviteter og arrangementer som de får delta på, og som skaper en trygghet. Økning i konsentrasjon under ulike tilrettelagte aktiviteter som for eksempel filmvisning og gudstjeneste, viste at aktivitetene hadde innvirkning på pasientenes velvære. Deltakelse i sangstunder, spørreleker, klemming og bading på sydenturen viste at deltakerne hadde en god opplevelse og følte seg trygge da dette ikke var noe de pleide å gjøre (Skaar & Söderhamn, 2011).

Artikkel 5 studerer hvordan fotmassasje kan påvirke uro og agitasjon for pasienter med demens på en langtidsavdeling. Deltakerne i intervensjonsgruppen hadde god effekt av tiltakene. Dette begrunnes med signifikant reduksjon i uro og agitasjon (Moyle, Johnson, O'Dwyer, 2011).

5.2 Økt sosialt engasjement

I artikkel 1 rapporterer helsepersonell at kommunikasjonen mellom pasientene og med helsepersonell har økt siden studien startet. Helsepersonellet har satt i gang tiltak for å øke sannsynligheten for at pasientene kommuniserer med hverandre, og dette hadde god effekt. Ved at det ble lagt til rette for at pasientene fikk sitte sammen, økte også graden av kommunikasjon. Pasientene deltok på sangstunder og andre aktiviteter som foregikk på fellesarealet. Flere pasienter viste interesse for dukken og mimret tilbake ved å synge og si barneregler. Under kartleggingen som tok for seg atferd, ble det observert at sosial tilbaketrukkethet, ble redusert fra 7% til 1% (Rokstad & Vatne, 2009, s. 54).

I artikkel 2 ble det observert at pasientene i intervensjonsgruppen ble opplevd som mer kommunikative etter at de hadde hørt på musikk. De var lettere å få øyekontakt med, var mer snakkesalige og ble opplevd som gladere (Ihara et al., 2018).

I artikkel 4 er det rapportert om at da aktiviteter ble tilrettelagt for pasientene og de ikke var i store grupper, så ble det observert at pasientene tok initiativ til samtale, berøring, deltakelse i sang- og musikkarrangementer, trim, filmkvelder og spørreleker (Skaar & Söderhamn, 2011).

5.3 Velvære

I artikkel 1 blir det både observert og rapportert økt trivsel hos pasientene. Den gjennomsnittlige trivselsscoren i pasientgruppen økte fra +1,5 i første kartlegging til +1,8 i andre kartlegging. Betydelige tegn til trivsel økte fra 31% til 40%, mens andelen av synlig svak grad av mistrivsel ble redusert fra 10% til 3% av pasientene (Rokstad & Vatne, 2009, s. 53-54). Det ble observert økt trivsel hos pasienten som hadde dukken hos seg. Ved at personalet bevisst endret sin måte å kommunisere med pasientene på og ikke stilte fortløpende spørsmål uten at pasienten rakk å svare, så ble det opplevd større grad av trygghet hos pasientene.

I artikkel 2 blir velvære observert ved at pasientene gir uttrykk for glede og trivsel når de hører på musikk. Med en økning av dans og bevegelse, smiling, glede, engasjement og snakkesalighet er det tegn på at pasientene trives og har det bra (Ihara et al., 2018).

I artikkel 3 blir velvære observert ved at pårørende rapporterer endring i pasientens humør og agitasjon, og at livskvaliteten er målbart bedre for gruppen som fikk dyreassistert intervensjon (Olsen et al., 2016).

I artikkel 4 blir velvære observert ved at pasientene sitter sammen og prater, synger eller spiser. De knyttet seg til hverandre og til helsepersonell. Forfatterne av studien definerer velvære som å ha gode opplevelser i nuet gjennom engasjement, konsentrasjon og evne til å uttrykke følelser og humor. Sydenturen var en positiv opplevelse for deltakerne i studien (Skaar & Söderhamn, 2011).

I artikkel 5 hvor de observerer effekten av fotmassasje for agitert oppførsel, er det signifikante forskjeller i deltakernes humør og væremåte. Ved at deltakerne er roligere og mindre aggressive, er det tegn på økt velvære (Moyle et al., 2011).

6 Diskusjon

I denne delen skal teori underbygge resultater fra artiklene, og med det forsøke å komme til et svar på problemstillingen.

6.1 Resultatdiskusjon

6.1.1 Miljøterapeutisk arbeid på mange måter

Artiklene viser gode eksempler på hvordan miljøterapeutisk arbeid kan utføres på ulike måter. Jacobsen & Gjertsen (2021, s.17) skriver at miljøterapeutisk arbeid er en konstant prosess, at en arbeider ut fra forståelse, gjensidig påvirkning og en allmennmenneskelig forståelsesramme, og at det ikke er noe en legger fra seg. Artikkel 1 er et eksempel på dette da det i den artikkelen ikke er en organisert aktivitet som gjennomføres, men observasjon av oppførsel med tilbakemeldinger og tilrettelegging ut ifra tilbakemeldingene (Rokstad & Vatne, 2009, s. 54).

«Miljøterapeutisk arbeid gir holdepunkter for at et menneske med kognitiv funksjonsnedsettelse kan utvikle seg gjennom måter han/hun blir møtt på og samhandlet med av profesjonelle personer som utgjør deres miljø» (Jacobsen & Gjertsen, 2021, s 17). I artikkel 3 om dyreassistert aktivitet og i artikkel 5 om fotmassasje, hvor det er organiserte aktiviteter som gjennomføres, ble det brukt instrumenter som målte depresjon, grad av livskvalitet og en klinisk demensskalamåler for å få målbare resultater av effekten miljøterapien hadde. Ved å bruke instrumenter som gir målbar effekt, kan en argumentere for at denne type miljøterapi er effektiv og en god måte å aktivisere personer med demens på (Olsen et al., 2016). Nevropsykiatriske symptomer (NPS) som agitasjon var en utfordring på langtidsavdelingen for personer med demens i Australia i artikkel 5. Dette kom til uttrykk ved blant annet mye vandring, indre og ytre uro og verbal aggresjon. Fotmassasjen de fikk daglig ga umiddelbar god effekt med betydelig nedgang i

agitasjon og aggresjon, men viste en økning igjen etter intervensjonens slutt (Moyle et al., 2011).

Å tilrettelegge miljøet og miljøbetingelsene for deltakerne gir best mulig livssituasjon og mulighet for utvikling (Witsø & Teksum, 1998, s. 78). God miljøterapi og godt miljøterapeutisk arbeid har grobunn i en forståelse av det mennesket det gjelder (Jacobsen & Gjertsen, 2010, s. 13), og kan utøves under svært ulike betingelser og på forskjellige arenaer. Dette kan argumenteres for ved å bruke deltakerne i artikkel 4 som eksempel. Med god planlegging og tilrettelegging, dro seks personer med demens på en tur til Spania. Dette viser at personer med demens kan delta og bli med på mye, om det blir tilrettelagt for det (Skaar & Söderhamn, 2011).

På den ene siden viser artiklene at miljøterapeutisk arbeid har god effekt på personer med demens, men på en annen side kommer det fram at flere av intervensjonene i artiklene krever mye av helsearbeidere og pårørende. Det krever tilrettelegging, god planlegging og ikke minst ressurser i form av tid og penger. Med målbare og observerbare resultater med gjentakende hovedfunn som viser nedgang i depresjon og bedre livskvalitet for personer med demens, bør det ikke lenger være et spørsmål om miljøterapi bør bli utøvd. Samtidig, så koster fotmassasje utført av en sertifisert massasjeterapeut daglig penger. Dyreassisterte aktiviteter koster penger og krever opplæring av terapihunden og kurs for eier av hunden. Spaniatur er et veldig fint og bra engasjement, men en sydentur er heller ikke gratis. Hvem skal dekke disse utgiftene?

Selv har jeg opplevd at pasienter med demens eller kognitiv svikt har vært preget av uro, og har erfart at tilstedeværelse er en viktig faktor. En hånd å holde i, å få ordnet håret, lakket negler eller å få bistand til å rydde og vaske på rommet, er ting pasientene ofte synes er veldig hyggelig. Mange pasienter som er på institusjon, kjeder seg. Dagene bli lange og like, og det er lite å gjøre. Som nevnt i teoridelen, mener Rokstad (2012, s. 193) at det krever en tydelig leder som har god kunnskap og tar ansvar for delegering og gjennomføring av miljøterapi og miljøterapeutisk arbeid, og dette kjenner jeg meg igjen i.

6.1.2 Fordel for alle?

I lys av resultatene i artiklene ser det ut til at miljøterapeutisk arbeid alltid har et godt utfall for deltakerne, men er det virkelig slik at det fungerer hele tiden? En gjentakende faktor i artiklene er at det er lite forskning å bygge studien på. Det skaper usikkerhet rundt hvorvidt effektene og resultatene i studiene handler om å være heldig og å ha flaks i den gitte perioden, eller om tiltakene faktisk har en god effekt. På grunn av dette, så kan en ikke påstå at det har en god effekt for alle til enhver tid. Et eksempel på dette er når deltakerne i artikkel 4 har sangstund. Fem av deltakerne gir tydelig uttrykk for at de trives og har det bra, mens en av deltakerne viste tegn til mistriivsel ved å holde seg for ørene. I etterkant av Spaniaturen hadde fem av seks målbare og observerbare forbedringer i blant annet sosiale ferdigheter. Den siste deltakeren viste ingen målbar eller observerbar forbedring i etterkant (Skaar & Söderhamn, 2011). Et annet eksempel er i den første artikkelen hvor trivselsscoren gikk ned fra første til andre kartlegging for en deltaker. Artikkel 2 om musikkterapi viste god effekt underveis i intervensjonen og umiddelbart etter intervensjonen. Ved oppfølgingen seks uker etter siste intervensjon, var det ingen signifikante forskjeller i humør, uro eller sosialt engasjement mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen (Ihara et al., 2018). I artikkel 5 hvor pasientene fikk fotmassasje, hadde det god umiddelbar effekt, men oppfølgingen to uker etter siste intervensjon viste at grad av uro og agitasjon hadde økt igjen (Moyle et al., 2011). Dette tydeliggjør at denne type miljøterapeutisk arbeid må opprettholdes for at det skal ha best mulig og varig effekt.

Eksemplene over viser at en ikke kan være helt sikker på at intervensjonen en setter i gang har effekten en ønsker for alle deltakere. Samtidig, som nevnt tidligere, er miljøterapi veldig individuelt og skal være personlig. Utgangspunktet for godt miljøterapeutisk arbeid er en forståelse av det mennesket det gjelder (Jacobsen & Gjertsen, 2010, s. 13). Dermed er sannsynligheten for at en kunne funnet et miljøterapeutisk tiltak tilpasset pasientene som ikke hadde målbar eller observerbare fordeler av intervensjonene de var med på, til stede. Da miljøterapi er individuelt, er det også vanskelig med studier. En studie vil kanskje ikke gi effekt for alle. En studie handler om valg og prioriteringer, for eksempel valg av aktivitet som gjennomføres. I artikkel 3 hadde det ikke vært hensiktsmessig å ha med en deltaker i

intervensjonsgruppen som ikke likte dyr, verken for studien eller deltakeren. Ulik grad av demens påvirket også utfallene, dette kan være lurt å ta med i videre studier.

6.1.3 Fordeler ved miljøterapeutisk arbeid for personer med demens

Personer med demens opplever ofte en økning av uro, engstelse, depresjon og aggresjon som en følge av økende forvirring og funksjonssvikt (Berentsen, 2008, s. 48). «Miljøterapeutisk arbeid bygger på en forutsetning om å se helheter, og å hjelpe til med deler som kan fremme utvikling, mestring, trivsel og livskvalitet, og parallelt med dette ønsker vi oss sterke fagmiljøer som kan utrede og behandle sykdom» (Ellingsen, 2014, s. 210). Artikkene viser fem forskjellige miljøterapeutiske tiltak hvor gjennomsnittet opplever målbar og observerbar bedret livskvalitet og nedgang i depresjon. Noen av studiene hadde også kontrollgrupper de sammenlignet med, noe som gjør resultatene enda mer pålitelige.

Deltakerne hadde en signifikant utvikling ved en målbar nedgang i depresjon og en økt livskvalitet hos samtlige. I artikkel 2 er det økning i livskvalitet ved at deltakerne beveger mer på seg, målbart bedre humør og sang da de lyttet til musikken. Samværet, spise fellesmiddag, og økningen i samtaler med medpasienter viser at pasientene i artikkel 1 har en økning i trivsel og velvære. Nedgang i uro og agitasjon deltakerne i artikkel 5 hadde under intervensjonen, viser at fotmassasjen hadde god effekt. Spaniaturen deltakerne i artikkel 4 var på, viste en økning i samvær, nærkontakt og velvære for deltakerne. Dyreassisterte aktiviteter gav glede og økt livskvalitet.

6.2 Metodediskusjon

Da jeg startet på oppgaven, var jeg ved godt mot og skulle etter planen finne alle fem artiklene før jeg fortsatte med resten. Søket etter artikler var mer krevende og tok lengre tid enn først forventet, da jeg ikke brukte konkrete nok søkeord. Søkene gav mange artikler med «vage» svar, så søkeprosessen ble mer avansert. Søkeordene måtte derfor presiseres. Dette forutsatte at jeg hadde en god forståelse av hva miljøterapeutisk arbeid er, som igjen forutsatte at jeg hadde god forståelse av hva miljøterapi er. For å få god oversikt startet jeg i stede med å lese på og skrive teori. Dette var tidligere i prosessen en først planlagt, men nødvendig å gjøre da det

resulterte i bedre og mer konkrete søk. Etter mange søk og lang tid, satt jeg igjen med fem artikler jeg følte svarte godt på problemstillingen.

I teoridelen var det viktig for meg å ha med teori på at miljøterapeutisk arbeid er et stort og vidt begrep med mange definisjoner. Siden mange begreper ligner og nærmest er identiske, så var det viktig å ha med definisjoner og forklaringer av disse begrepene i tillegg til miljøterapeutisk arbeid innledningsvis. Frykten for å misforstå begrepet *miljøterapeutisk arbeid* eller utelukke en stor del av hva det kan være, var stor. Derfor ble det brukt lang og mye tid på å finne en definisjon jeg var enig med meg selv om at fungerte, før søkeprosessen startet ordentlig. Tre av artiklene i oppgaven er skrevet på engelsk og er mer avanserte og omfattende enn jeg er vandt med. Derfor ble det lagt ned mye tid i å oversette og forstå artiklene.

8. Konklusjon

Innledningsvis ble det redegjort for forventet forekomst av demens i årene fremover og denne oppgaven har forsøkt å vise viktigheten av miljøterapi. Hensikten med oppgaven var å få en forståelse for hva jeg som vernepleier kan bidra med for å øke livskvaliteten til demente, hva jeg kan gjøre og hvilke konsekvenser en slik studie eventuelt kan ha for de demente.

En gjenganger i resultatene i artiklene var at personer med demens hadde en målbar og observerbar effekt av intervensjonene, med en økning i smil, øyekontakt, måling av livskvalitet, og en nedgang i depresjon underveis og kort tid etter. Denne gleden og økningen i livskvalitet avtok dessverre igjen i flesteparten av tilfellene, etter intervensjonen var avsluttet. Økt velvære og økt sosialt engasjement var resultatet for intervensjonsgruppene i artikkel 1, 2, 3, 4 og 5 da deltakerne i artikkel 1 ble mer sosiale og tok mer kontakt med hverandre. Deltakerne i artikkel 2 målte en økning i glede, øyekontakt, engasjement og snakkesalighet. I artikkel 3 ble det målt en nedgang i depresjon og agitasjon, og en økning i livskvalitet. Deltakerne hadde god effekt av tilrettelagte aktiviteter og en sydentur i artikkel 4. Og i artikkel 5 hadde fotmassasje god effekt på uro og agitasjon. I artikkel 2, 3 og 5 ble det målt at livskvaliteten gikk ned kort tid etter intervensjonens slutt, og at nivået av depresjon og uro økte igjen.

Likevel er personsentrert og tilrettelagte aktiviteter viktig og bra for personer med demens. Miljøterapi kan være veldig variert, men individuell tilpasning er viktig. Ved å lage individuelle spillelister, opplevde deltakerne i artikkel 2 å høre på gammel, kjent musikk, og effekten av dette var blant annet økt livskvalitet og glede, og nedgang i depresjon. Deltakeren i artikkel 1 som fikk ha dukken hos seg, ble mer våken og deltakende i aktivitetene som ble arrangert når hun hadde dukken i nærheten.

Til videre forskning burde studien være en randomisert kontrollert studie, da dette gir et tydeligere og mer pålitelig resultat. Kontrollgruppen gjør at det er mulig å se forskjell i utvikling og om intervensjonen er effektiv eller ikke. Instrumenter som gir målbare effekter er en fordel å bruke, da det kan bli sett troverdig når en har tall å vise til senere.

9. Litteraturliste

Berentsen, V., D., (2008), *Demensboka – lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. (1. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Ellingsen, K.A. (2014), *Vernepleierfaglig kompetanse og faglig skjønn* (1. utg.) Oslo: Universitetsforlaget.

Engedal, K. & Haugen, P., K. (2018), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (1. utg.) Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Helsedirektoratet, (2011), *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. (10. utg.)

Ihara, E., S., Tomkins, C., J., Inoue, M., Sonneman, S. (2018). *Results from a person-centered music intervention for individuals living with dementia*. *Geriatrics & Gerontology International* (1), s. 30-34. Hentet 05.05.21 fra DOI: [10.1111/ggi.13563](https://doi.org/10.1111/ggi.13563)

Jacobsen, K. & Gjertsen, H., B. (2010), *Forståelse i miljøterapi: Teori, forståelsesramme, kognisjon, emosjonell og psykologisk fungering, helse og miljø*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal.

Jakobsen, R. (2007), *Ikke alle vil spille bingo: om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. (1. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.

Moyle, W., Johnson, A., N., B. & Dwyer, S., T. (2011), Exploring the effect of foot massage on agitated behaviors in older people with dementia: A pilot study. *Australian Journal of Ageing* 30(3), 159-161. Hentet 24.05.21 fra DOI: [10.1111/j.1741-6612.2010.00504.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2010.00504.x)

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M-J., Patil, G. & Ihlebæk, C. (2016), Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a

cluster randomized controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1312-1321. Hentet 24.05.21 fra DOI: [10.1002/gps.4436](https://doi.org/10.1002/gps.4436)

Rokstad, A., M., M. (Red.) (2012). *Bedre hverdag for personer med demens. Utviklingsprogram for miljøbehandling. Demensplan 2015*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Rokstad, A., M., M. & Vatne, S. (2009). Dementia care mapping – en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Norsk tidsskrift for Helseforskning*, 5(2), 46-61. Hentet 06.05.21 fra DOI: 10.7557/14.239

Skaar, R., & Söderhamn, U. (2011), Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet - En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. *Norsk sykeplejeforskning* 3(1), 192-205. Hentet 22.05.21 fra DOI: <https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-03-04>

Snoek, J. A. & Engedal, K. (2017), *Psykiatri. For helse- og sosialfagutdanningene*. (4. utg.) Oslo: Cappelen Damm

Utdannings- og forskningsdepartementet, (2004). *Rammeplan for vernepleierutdanning*. Hentet fra <https://regjeringen.no>

Witsø A., E. & Teksum A., B. (1998), *Målrettet miljøarbeid med aldersdemente* (1. utg.) Aurskog: Tano Ascheoug.

