

Johanne Breda Antonsen

Har vi glemt hva som fungerer?

Miljøterapi for sykehjemsbeboere med demens

Bacheloroppgave i sykepleie

Juni 2023

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Adobe Stock



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Johanne Breda Antonsen

Har vi glemt hva som fungerer?

Miljøterapi for sykehjemsbeboere med demens

Bacheloroppgave i sykepleie
Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden

Vi skal ikkje sova

Vi skal ikkje sova bort sumarnatta,

Ho er for ljøs til det –

Då skal vi vandra isaman ute

under dei lauvtunge tre.

Då skal vi vandra isaman ute

der blommar i graset står.

Vi skal ikkje sova bort sumarnatta

som krusar med dogg vårt hår.

Vi skal ikkje sova frå høysåteangen

og grashoppspelet i eng

men vandra i lag under bleikblåe himlen

til fuglane lyfter veng.

– Og kjenna at vi er i slekt med jorda,

med vinden og kvite sky,

og vita at vi skal vera isaman

like til morgongry.

Sammendrag

Bakgrunn

80% av beboere på langtidsavdelinger på norske sykehjem har demens (Helsedirektoratet, 2022). Personer med demens kan ha ulike atferdsmessige og psykologiske symptomer som påvirker hverdagslivet og livskvaliteten. Miljøterapi er en behandlingsform som vektlegger medvirkning og integritet gjennom både det fysiske miljøet og meningsfulle aktiviteter (Gonzalez, M. T., 2020, s. 362). Moderne sykehjem skal etter Stortingsmelding 29 (2012-2013) bruke miljøterapeutiske prinsipper (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 20).

Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke om miljøterapeutiske prinsipper reduserer atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens på sykehjem, og faktorer som hindrer implementering i praksis.

Metode

Oppgaven er en litteraturstudie hvor det er brukt ti forskningsartikler; fire kvantitative, to kvalitative og tre kvantitativ og kvalitative, i tillegg til én systematisk oversikt. Det er også brukt pensumlitteratur, lovverk og nasjonale retningslinjer for å diskutere problemstillingen.

Resultater

Resultatene er kategorisert i psykososialt miljø, fysisk miljø og miljøterapeutiske situasjoner. Hovedfunnene er at ulike miljøterapeutiske tiltak reduserer atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, og at organisatoriske faktorer i tillegg til kunnskap og kvaliteter hos ledere og sykepleiere kan fremme og forhindre implementeringen av miljøterapeutiske prinsipper i praksis.

Konklusjon

Forskning viser at miljøterapeutiske prinsipper kan redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens på sykehjem. Likevel viser forskning også at organisatoriske faktorer og det psykososiale miljøet med kvaliteter og kunnskap hos ledere og sykepleiere kan forhindre implementeringen av disse prinsippene i praksis.

Abstract

Background

80% of residents in long-term wards in Norwegian nursing homes have dementia (Helsedirektoratet, 2022). People with dementia can have different behavioral and psychological symptoms that influence their daily lives and quality of life. Milieu therapy is a type of treatment that focuses on participation and integrity through both the physical environment and meaningful activities (Gonzalez, M. T., 2020, s. 362). Modern nursing homes should according to Meld. St. 29 2012-2013 (report to the Storting) use milieu therapeutic principles (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 20).

Purpose

The purpose of this literature study is to research whether or not principles of milieu therapy can reduce behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing homes, and factors that prevent the use of these principles in practice.

Method

The paper is a literature study according to the university's guidelines. It includes ten research articles; four quantitative, two qualitative, three quantitative and qualitative and one systematic review. The paper also uses relevant curriculum literature, legislation and national guidelines to discuss the research question.

Results

The results are categorized in psychosocial environment, physical environment and milieu therapeutic situations. The main finds are that different milieu therapeutic interventions reduce behavioral and psychological symptoms of dementia, and that organizational factors, in addition to knowledge and qualities of leaders and nurses, can promote and prevent the implementation of milieu therapeutic principles in practice.

Conclusion

Research shows that milieu therapeutic principles can reduce behavioral and psychological symptoms of dementia in nursing homes. However, research also shows that organizational factors and the psychosocial environment with qualities and knowledge among leaders and nurses can prevent the implementation of these principles in practice.

Innhold

1. Introduksjon	1
1.1. Introduksjon til tema	1
1.2. Teoretisk perspektiv/begreper	1
1.3. Formål og problemstilling.....	3
2. Metode	4
2.1. Søketabell	6
3. Resultater	10
3.1. Artikkelmatrise	10
3.2. Psykososialt miljø.....	15
3.3. Fysisk miljø.....	16
3.4. Miljøterapeutiske situasjoner	17
Samtalesituasjoner	17
Samvær- og fellesskapssituasjoner	18
Samhandlingssituasjoner.....	19
TID-modellen.....	19
4. Diskusjon	20
4.1. Konklusjon.....	27
Litteraturliste	28

Tabeller

<i>Tabell 1</i> Søketabell	6
<i>Tabell 2</i> Artikkelmatrise	10

1. Introduksjon

1.1. Introduksjon til tema

Temaet jeg har valgt er miljøterapi og demens. Jeg synes demens er et interessant og komplisert tema, med mange vanskelige problemstillinger. I Norge i dag er det 101 000 personer med demens (Strand et al., 2021), og det er forventet at dette tallet skal mer enn doubles innen 2050 på grunn av eldrebølgen. Med andre ord er dette en sykdom som vil ramme mange og kreve store ressurser fra helsesektoren i framtiden. Selv om det ikke finnes en kur for demens, er det flere intervensjoner som kan redusere de atferdsmessige og psykologiske symptomene ved sykdommen. Jeg har selv erfaring med demens fra jobb og praksis, og har opplevd vanskelige situasjoner og dårlig håndtering av symptomer som apati og aggresjon. Personer med demens blir ofte dømt ut ifra symptomene sine, og undervurdert ut ifra hva de kan bidra med, både fysisk og sosialt. På bakgrunn av dette har jeg lyst til å se nærmere på hvilken effekt miljøterapeutiske tiltak har på atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens på sykehjem, og på hva som skal til for at det skal fungere i praksis.

Aktualitet og sykepleiefaglig relevans

Oppgaven har både et pasientrettet og organisatorisk fokus. Jeg vil både se på effekten av miljøterapeutiske tiltak på atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, og på forhold som fremmer og begrenser implementeringen av disse tiltakene i praksis. Dette omfatter den dobbelte sykepleiekompetansen, med både den kliniske og organisatoriske kompetansen.

Personer med demens er en pasientgruppe man kan møte i alle deler av helsevesenet, fra sykehus til hjemmesykepleie og sykehjem. Spesielt når man jobber med beboere med demens på langtidsavdelinger på sykehjem, er det viktig med forståelse og kunnskap om sykdommen, symptomer og tiltak for å kunne ivareta autonomitet, verdighet og medvirkning. Forskning om dette temaet kan være nyttig for sykepleiere som skal møte pasientgruppa.

1.2. Teoretisk perspektiv/begreper

I oppgaven vil jeg bruke sykepleieteoriene til Florence Nightingale og Dorothea Orem for å diskutere resultatene. Florence Nightingale var opptatt av pasientens omgivelser, og mente at sykepleieren skulle bruke omgivelsene til pasienten for å forbedre sykdom (Nursing Theory,

u.å.). Orem trekker også fram viktigheten av et helsefremmende perspektiv på sykepleierens rolle og funksjon i sin egenomsorgsmodell (Kristoffersen, N. J., 2016, s. 19). Hun legger vekt på det å styrke den enkeltes ressurser og å veilede og støtte for å motivere pasienten og forebygge komplikasjoner. Fokuset er dermed på det atferdsmessige perspektivet på helse (Kristoffersen, N. J., 2016, s. 19).

Et begrep som brukes i oppgaven er egenomsorg. Egenomsorg handler om at pasienten skal være involvert i egen helse, mens ansvaret til sykepleieren er å understøtte pasientens egenomsorg, og å avlaste og overta de egenomsorgsaktivitetene som pasienten ikke er i stand til å gjøre selv (Kirkevold, 2020, s. 104). Egenomsorg kommer fram i folkehelseloven som sier at man skal fremme framfor å reparere, og være oppmerksom på deltakelse, involvering og selvhjelp hos pasienten (Folkehelseloven, 2011, §8).

Et annet prinsipp som blir brukt er personsentrert omsorg – en humanistisk omsorgsfilosofi hvor man gir individuell sykepleie til hver enkelt pasient, og fokuserer på styrking av omgivelsene, sosial stimulering og relasjoner (Kirkevold, 2020, s. 99). Personsentrert omsorg er en motsetning til den tradisjonelle institusjonssentrerte omsorgen, hvor endringen til personsentrert omsorg krever en kulturendring på systemnivå (Kirkevold, 2020, s. 99). Personsentrert omsorg gir bedre livskvalitet og reduserer atferdsforstyrrelser, kjedsomhet og depresjon, men kan bli begrenset av praktiske, materielle og organisatoriske faktorer (Kirkevold, 2020, s. 100). Denne typen omsorg krever også god ledelse, kompetanse, observasjons- og kommunikasjonsferdigheter hos de ansatte og nok tid (Kirkevold, 2020, s. 100). Stortingsmelding 15 (2017-2018) har et kapittel om aktivitet og fellesskap (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 79-100), og Demensplan 2025 har et kapittel om medbestemmelse og deltakelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 37-48). Begge fokuserer på både egenomsorg og personsentrert omsorg.

Demens er en felles betegnelse på en rekke ulike sykdommer med kognitive og nevropsykiatriske symptomer (Skovdahl, 2020, s. 419). En felles betegnelse for disse symptomene er atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, hvor jeg i oppgaven har brukt forkortelsen APSD (BPSD på engelsk). Symptomene inkluderer blant annet agitering, irritasjon, apati og vrangforestillinger (Helsedirektoratet, 2022). Disse symptomene påvirker livskvaliteten til personen selv og de rundt, og er ofte årsaken til at personen blir plassert på en institusjon (Skovdahl, 2020, s. 423). Hele 80% av beboere på langtidsavdelinger på norske sykehjem har en demenssykdom (Helsedirektoratet, 2022). I oppgaven har jeg ikke begrenset problemstillingen til en konkret form for demens, men i søkeprosessen inkluderte jeg spesifikt Alzheimers sykdom, ettersom det er den mest vanlige

formen (Helsedirektoratet, 2022). Med sykehjem sikter jeg til langtidsavdelinger, og pasientgruppa omtaler jeg som «beboere».

Når det kommer til miljøterapi, finnes det ingen faglig enighet om definisjonen av begrepet, men det som går igjen er at man vektlegger å styrke pasientens egenomsorg (Gonzalez, M. T., 2020, s. 362). Miljøterapi innebærer perspektiver som medvirkning, mestring og relasjoner, og prinsipper som respekt, verdighet og trygghet. For å gi miljøterapi skaper man et fremmede fysisk miljø, og legger til rette for miljøterapeutiske situasjoner basert på samtale, samvær og fellesskap og samhandling.

1.3. Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å undersøke om miljøterapeutiske tiltak kan redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer, og på hvordan ulike forhold fremmer og begrenser implementeringen av slike tiltak i praksis. Ut ifra det har jeg formulert problemstillingen:

«Hvordan kan bruk av miljøterapeutiske prinsipper bidra til å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens på sykehjem, og hvilke faktorer bidrar til og hindrer implementering av miljøterapi i praksis?»

Jeg har valgt å avgrense oppgaven til beboere med demens på sykehjem, fordi det er på langtidsavdelinger miljøterapeutiske tiltak er mest aktuelle å bruke for pasientgruppa. Jeg har valgt å ikke fokusere på pårørendeperspektivet.

2. Metode

Metode er hvordan man går fram for å undersøke et tema (Dalland, 2020, s. 54). Denne oppgaven er en litteraturstudie, som betyr at jeg har brukt eksisterende forskning og teori for å svare på problemstillingen (Dalland, 2020, s. 199).

Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier i søket var demens, Alzheimers sykdom, APSD, miljøterapi, publisert etter 2013, engelsk språk, fagfellevurderte studier, og at fulltekst lå tilgjengelig på nett.

Eksklusjonskriterier var pasienter utenfor sykehjem, studier som fokuserte på pårørende og systematiske undersøkelser.

Søkehistorikk

Jeg startet med å finne norske søkeord på bakgrunn av problemstillingen. Deretter brukte jeg MeSh (Universitetet i Agder, u.å.) for å finne engelske begreper for søkeordene. Jeg valgte å bruke ulike elementer ved og begreper om miljøterapi i søket, ettersom jeg ikke kunne finne en direkte oversettelse av miljøterapi på engelsk. Jeg søkte også etter individuelle atferdsmessige og psykologiske symptomer, i tillegg til samlebetegnelsen APSD. Jeg søkte i CINAHL og Medline, som begge er anerkjente databaser, for å sikre at jeg fant pålitelige kilder. Jeg gjorde også ett håndسøk.

Inklusjonskriterier var demens/Alzheimers sykdom, APSD, miljøterapi, publisert fra 2013 til 2023, engelsk, fagfellevurderte studier, sykehjem og at fulltekst lå tilgjengelig på nett (open access). Fagfellevurdert betyr at eksperter innenfor faget har vurdert artikkelen og dermed kvalitetssikret den (Dalland, 2020, s. 145). Jeg valgte å inkludere både kvantitativ og kvalitativ forskning for å få med både konkrete tall på effekten av tiltakene, og erfaringene til deltakerne. Søkeord ble kombinert med AND og OR. Etter å ha kombinert alle søkeordene og avgrenset søket kom jeg til sammen fram til ca. 200 artikler. Videre avgrensning gjorde jeg ved å lese overskrifter. Hvis de var relevante for problemstillingen leste jeg sammendraget (abstract) og gjorde en ny vurdering på om de var relevante eller ikke. Jeg så bort ifra artikler som ikke lå tilgjengelig i fulltekst på nett og systematiske oversikter.

Til slutt satt jeg igjen med åtte primærstudier og én systematisk oversikt som jeg inkluderte pga. relevans. Den siste artikkelen fant jeg gjennom håndسøk basert på en allerede utvalgt studie. Studien handlet om implementering av en norsk intervensjonsmodell, og gjennom håndسøk fant jeg den offisielle nettsiden til modellen med lenke til studien de hadde gjort på effektene bruken av modellen hadde på APSD. Jeg vurderte studien som god, og

inkluderte begge studiene i oppgaven. Alle de andre artiklene ble funnet gjennom søk på Medline. Jeg synes denne databasen var letteste å bruke, og var fornøyd med studiene jeg fant med søkene jeg gjorde der. Jeg anså det derfor ikke som nødvendig å gjøre videre søk i andre databaser.

Søkeordene som ble brukt på de utvalgte artiklene var «patient participation», «patient involvement», «patient empowerment», «patient engagement», «interpersonal relation», «social relation», «professional-patient-relations», «self care», «anxiety», «irritable mood», «psychomotor agitation», «restlessness», «aggression», «apathy», «depression», «psychosis», «feeding disorder», «eating disorder», «dementia», «alzheimer's», «nursing home», «reality orientation», «reality therapy», «validation therapy», «reminiscence therapy», «BPSD», «behavioral and psychological symptoms in dementia», «environmental strategies», «environmental treatment», «environmental intervention», «milieu therapy» og «situational therapy». Oversikt over de ulike søkene står som en søketabell i [kapittel 2.1](#).

Kildekritikk

Jeg valgte i utgangspunktet å se på primærlitteratur som hovedkilde til funnene. Jeg inkluderte også én systematisk oversikt da den viste en oppsummering av forskning på et smalere område innenfor miljøterapi. Pensum som er brukt er å regne som sekundærlitteratur. Jeg begrenset forskningen til de siste 10 årene for å ha mest mulig relevante funn. Pensumet jeg har brukt var de nyeste utgavene da de var på pensumlista for å inkludere det nyeste innenfor feltet. Jeg har vært nøye med kildehenvisning både underveis i teksten og i form av litteraturliste for å forhindre plagiat. Plagiat er å utgi noen andres verk som sitt eget (Dalland, 2020, s. 161). Ulempen med studiene er at de kun ser på noen former for miljøterapeutiske tiltak og deres effekt på noen utvalgte APSD. Studiene er fra Norge (to), Australia (to), Storbritannia, Hellas, Taiwan, Tyskland, Nederland og Canada.

Etiske implikasjoner

Som sykepleierstudent og ansatt i helsevesenet har jeg taushetsplikt etter helsepersonelloven (Helsepersonelloven, 1999, §21). I diskusjonsdelen har jeg brukt egne erfaringer fra jobb og praksis. Disse eksemplene er anonymisert for å opprettholde taushetsplikten. Som nevnt er alle artiklene fagfellevurdert, og i utvelgelsen har jeg tatt hensyn til at artiklene har god forskningsetikk. Forskningsetikk går ut på at forskere og forskningsinstitusjoner sikrer at forskningen skjer etter etiske normer og følger god praksis (Dalland, 2020, s. 168).

2.1. Søketabell

Tabell 1 Søketabell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Handsøk	3/5-23					(A)
Medline	2/5-23	S1	Patient participation OR patient involvement OR patient empowerment OR patient engagement		40227	
		S2	Interpersonal relation OR social interaction		125836	
		S3	Professional-patient- relations		28968	
		S4	Self care		51621	
		S5	S1 OR S2 OR S3 OR S4		240085	
		S6	Anxiety OR irritable mood OR psychomotor agitation OR restlessness OR aggression OR apathy OR depression OR psychosis OR feeding disorder OR eating disorder		835000	
		S7	(dementia OR Alzheimer's) AND nursing home		172269	
		S8	S5 AND S6 AND S7	Peer reviewed, engelsk, 2013- 2023, 65+	149	4 (B, C, D, E)

Medline	2/5-23	S1	(dementia OR Alzheimer's) AND nursing home		172269	
		S2	Reality orientation OR reality therapy OR validation therapy OR reminiscence therapy		834	
		S3	BPSD OR (behavioral and psychological symptoms in dementia)		1908	
		S4	S1 AND S2 AND S3	Peer reviewed, engelsk, 2013-2023	10	2 (F, G)
Medline	2/5-23	S1	(dementia OR Alzheimer's) AND nursing home AND BPSD		171161	
		S2	Environmental strategies OR environmental treatment OR environmental intervention OR milieu therapy OR situational therapy		3666	
		S3	S1 AND S2	Peer reviewed, engelsk, 2013-2023	46	3 (H, I, J)
<p>Inkluderte artikler:</p> <p>A:</p> <p>Lichtwarck, B., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., Lindstrøm, J. C.</p>						

& Bergh, S. (2018). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), s. 25-38.

B:

Lichtwarck, B., Myhre, J., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š. & Bergh, S. (2019). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Services Research*, 19(349).

C:

Skropeta, C. M., Colvin, A. & Sladen, S. (2014). An evaluative study of the benefits of participating in intergenerational playgroups in aged care for older people. *BMC Geriatrics*, 14(109).

D:

Annear, M. J., Elliott, K.-E. J., Tierney, L. T., Lea, E. J. & Robinson, A. (2017). “Bringing the outside world in”: Enriching social connection through health student placements in a teaching aged care facility. *Health Expectations*, 20(5).

E:

Doyle, P. J. & Rubinstein, R. L. (2014). Person-Centered Dementia Care and the Cultural Matrix of Othering. *The Gerontologist*, 54(6).

F:

Dimitriou, T., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., Athanasiadis, L., Ioannidis, P., Koutsouraki, E., Tegos, T. & Tsolaki, M. (2022). Assess of Combinations of Non-Pharmacological Interventions for the Reductions of Irritability in Patients with Dementia and their Caregivers: A Cross-Over RCT. *Brain Sciences*, 12(6).

G:

Hsu, T.-J., Tsai, H.-T., Hwang, A.-C., Chen, L.-Y. & Chen, L.-K. (2017). Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1).

H:

Krüger, J., Izgi, R., Hellweg, R., Ströhle, A. & Jockers-Scherübl, M. C. (2022). Treating Agitation in Patients with Dementia with a Therapy Dog in a Milieu Therapy Setting on a Geropsychiatric Ward. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 50(6).

I:

Buist, Y., Verbeek, H., de Boer, B. & de Bruin, S. R. (2018). Innovating dementia care; implementing characteristics of green care farms in other long-term care settings. *International Psychogeriatrics*, 30(7).

J:

Chaudhury, H., Hung, L. & Badger, M. (2013). The Role of Physical Environment in Supporting Person-centered Dining in Long-Term Care: A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(5).

3. Resultater

I første del har jeg satt opp alle de inkluderte artiklene i en artikkelmatrise. I andre del har jeg kategorisert resultatene i tre hovedtemaer: psykososialt miljø, fysisk miljø og miljøterapeutiske situasjoner. Det siste temaet har jeg delt opp i underkategoriene samtalsituasjoner, samvær- og fellesskapssituasjoner og samhandlingssituasjoner, og til slutt TID-modellen.

3.1. Artikkelmatrise

Tabell 2 Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt	Metode	Resultat	Relevans
A (Lichtwarck et al., 2018, s. 25-38) https://tidmodell.no/wp-content/uploads/2017/12/Lichtwarck-AMGP-2018.pdf	Hensikten var å se på effekten av TID-modellen for behandling av agitering ved demens.	Randomisert kontrollert studie av 33 sykehjem fra 20 kommuner i Norge. 229 pasienter ble tilfeldig plassert i intervensjons- og kontrollgrupper. TID bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi og personsentrert omsorg og består av en utredningsfase, refleksjonsfase og tiltaks- og evalueringsfase. De ansatte i intervensjonsgruppa fikk opplæring i bruken av TID-modellen. Studien er kvantitativ.	Primært resultat: TID-intervensjon forbedret agitering etter 8 og 12 uker sammenlignet med kontrollgruppen. Sekundært resultat: Symptomer på depresjon var redusert etter 12 uker hos intervensjonsgruppa. Livskvalitet økte også.	Denne studien ser på effekten av implementeringen av TID-modellen på sykehjem. Agitering er et APSD, og TID-modellen bruker miljøterapeutiske tiltak for å redusere symptomet. Studien er fra Norge.
B (Lichtwarck et al., 2019) DOI: https://doi.org/10.1186/	Studien ser på hvordan man kan oppnå en enkelt, effektiv og bærekraftig implementering	Studien har et nesten-eksperimentelt design med ulike metoder. 807 ansatte og 46 avdelingssykepleiere fikk spørreskjemaer for å vurdere effektivitet og tilegning før studien, 6 og 12mnd. etter. Det	Det ble ikke vist forskjell i holdning mot demens, opplevd kompetanse eller mestring mellom intervensjonsgruppa	Studien ser på ulike faktorer som fremmet og forhindret implementeringen av TID-modellen på norske sykehjem. TID-modellen bruker bl.

<p>s12913-019-4168-0</p>	<p>av TID-modellen.</p>	<p>ble også brukt en sjekklister for å vurdere implementering av modellen, og intervju av 32 ansatte fra fem fokusgrupper. Studien besto av 33 sykehjem fra 20 kommuner i Norge. Studien er både kvantitativ og kvalitativ.</p>	<p>og kontrollgruppa. TID-modellen ble brukt på 91% av beboerne, og de fleste sykehjemmene brukte modellen 3-6 mnd. etter studien. Modellen ble konkludert med å være lett å forstå, og engasjerte ledere gjorde intervensjon og vedlikehold lettere.</p>	<p>annet miljøterapeutiske tiltak og er derfor et eksempel på hvordan slike modeller kan tas i bruk og vedlikeholdes i demensomsorgen. Studien er fra Norge.</p>
<p>C (Skropeta et al., 2014) DOI: https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-109</p>	<p>Denne studien hadde som mål å utforske fordelene ved å delta i en lekegruppe på tvers av generasjoner på et sykehjem.</p>	<p>Studien inkluderte sykehjemsbeboere, foreldre, besteforeldre eller barnevakter og barn fra 0-4 år. Studien ble gjort på tre forskjellige sykehjem og inkluderte 48 beboere, 28 foreldre, 9 besteforeldre, 4 barnevakter og 50 barn. Studien blandet kvantitative og kvalitative metoder med semi-strukturerte intervjuer hos beboerne og de andre voksne.</p>	<p>Resultatene viste ikke forbedring i depresjon, men ga meningsfull deltakelse for alle involvert som igjen styrket selvtillit og muligheten til å delta i samfunnet. Studien lot deltakerne utvikle relasjoner og vennskap i et trygt miljø, som økte verdigheten til sykehjemsbeboerne i lokalsamfunnet og også offentlighetens bevissthet om omsorgstjenesten.</p>	<p>Studien viser et miljøterapeutisk tiltak som inkluderer sykehjemsbeboere med demens, barn og andre voksne. Selv om resultatene ikke viser klinisk forbedring i depresjon (APSD), viser de til flere andre positive utfall. Studien er fra Australia.</p>

<p>D (Annear et al., 2017)</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1111/hex.12561</p>	<p>Denne studien ser på om mellommenneskelige møter mellom helsefagstudenter og beboere på sykehjem påvirker beboernes muligheter for sosiale relasjoner og livskvalitet.</p>	<p>Studien brukte ulike metoder, inkludert spørreskjemaer til beboerne og kvalitative intervjuer av beboerne, pårørende og ansatte. Det ble samlet data både underveis og etter utplasseringen av studentene. Studien besto av 43 deltakere, hvor 28 var beboere, 10 ansatte og 5 pårørende. De fleste beboerne hadde depresjon, mild kognitiv svikt og multimorbiditet, men moderat til god livskvalitet. Studien er både kvantitativ og kvalitativ.</p>	<p>Utplasseringen av helsefagstudentene la til rette for at beboerne kunne delta i meningsfulle møter med yngre mennesker. Møtene dreide seg hovedsakelig om å dele helsemessige opplevelser. Studien reduserte også problemer med isolasjon og ensomhet ved at beboerne fikk muligheter til å skape sosiale relasjoner.</p>	<p>Selv om studien ikke ser spesifikt på pasienter med demens, har de fleste deltakerne depresjon (som er et APSD) og mild kognitiv svikt. Studien viser et miljøterapeutisk tiltak som gir økt livskvalitet hos deltakerne. Studien er fra Australia.</p>
<p>E (Doyle & Rubinstein, 2014)</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1093/geront/gnt081</p>	<p>Målet med studien var å undersøke hvordan personsentrert omsorg var definert, formet og brukt i praksis av ansatte i demensomsorgen. Studien så spesifikt på hvordan en</p>	<p>Studien brukte observasjon og etnografisk intervju for å samle data. Studien besto av 20 deltakere med demens og 25 ansatte ved et sykehjem med sterk organisatorisk støtte for bruk av personsentrert demensomsorg. Studien er kvalitativ.</p>	<p>Det ble observert en kultur for fremmedgjøring som forhindret implementeringen av personsentrert omsorg på sykehjemmet. Tre kjennetegn gikk igjen: at de ansatte så på demenssykdommen som en stor del av identiteten til</p>	<p>Denne studien ser ikke på miljøterapeutiske tiltak, men heller faktorer som hindrer personsentrert omsorg, og dermed konsekvensene av manglende miljøterapi. Dårlig behandling av beboere på sykehjem er noe man har hørt mye om i teori, praksis og medier, og er derfor et aktuelt perspektiv å</p>

	fremmedgjøring skultur forhindret implementeringe n av personsentrert omsorg.		beboerne, at beboerne hadde fysiske hjelpebehov og at beboerne var aggressive.	inkludere i denne oppgaven. Studien er fra Storbritannia.
F (Dimitriou et al., 2022) DOI: https://doi.org/10.3390/brainsci12060691	Studien undersøker effekten av en kombinasjon av ulike ikke- medisinske intervensjoner for å behandle irritabilitet hos personer med demens.	60 pasienter med ulike stadier av demens med irritabilitet deltok. Studien er en overkrysningsstudie. Tre intervensjoner ble brukt: valideringsterapi/psykoedukasj on, aromaterapi/massasje og musikkterapi. Intervensjonene ble gitt i fem dager og studien undersøkte hvilken kombinasjon av intervensjoner som var mest effektiv. Studien er kvantitativ.	Den mest effektive kombinasjonen var aromaterapi/massasj e, valideringsterapi/psy koedukasjon og musikkterapi – i den rekkefølgen. Det ble også vist at denne kombinasjonen kunne redusere byrden hos pårørende.	Studien ser på tre ulike miljøterapeutiske intervensjoner, og viser til den beste kombinasjonen av intervensjonene. Irritabilitet er et APSD, og studien er i tillegg fra 2022. Studien er fra Hellas.
G (Hsu et al., 2017) DOI: https://doi.org/10.1111/ggi.13037	Målet med studien var å forutse effekten ved ikke- medisinske intervensjoner hos eldre veteraner med demens og APSD.	Studien besto av 141 eldre veteraner boende i to veteran- boliger (sykehjem) nord i Taiwan. Deltakerne fikk et organisert program med ikke- medisinske intervensjoner som inkluderte trening, musikkterapi, realitetsorientering, kunstterapi, reminisensterapi og hagebruk én gang i uka i 6 mnd. Studien er kvantitativ.	Resultatene viste forbedring og/eller vedlikehold i kognitiv funksjon etter MMSE, hvor effekten var mindre sannsynlig hos de som gikk på antipsykotiske legemidler. Det ble også vist forbedring i APSD, spesielt i depresjon.	Studien ser på eldre veteraner i Taiwan, men siden de har demens og APSD og bor på sykehjem kan resultatene overføres også til den generelle befolkningen. Studien ser på hvordan ulike miljøterapeutiske tiltak reduserer APSD.

<p>H (Krüger et al., 2022)</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1159/000520881</p>	<p>Studien undersøker effekten av terapihund når det kommer til agitering hos demente på alderspsykiatrisk avdeling.</p>	<p>Studien foregikk i Tyskland og målte OASS, hjertefrekvens, og nivå av BDNF hos deltakerne, både med en terapihund til stede og uten. Det var 26 deltakere med i studien. Studien er kvantitativ.</p>	<p>Resultatene viste en reduksjon i agitering når hunden var til stede. Det ble ikke vist forskjell i hjertefrekvens eller BDNF. Studien konkluderer med at terapihunder kan brukes for å redusere agitasjon hos pasienter med demens.</p>	<p>Studien ser på et miljøterapeutisk tiltak for å redusere et APSD. Selv om studien foregår på en alderspsykiatrisk avdeling kan det tenkes at resultatene er overførbare til demente pasienter på sykehjem med samme symptom.</p>
<p>I (Buist et al., 2018)</p> <p>DOI: https://doi.org/10.1017/S1041610217002848</p>	<p>Studien ser på hvilke og hvordan elementer fra green care farms (GFSs; Inn på tunet-gårder) kan implementeres i andre deler av demensomsorgen.</p>	<p>Studien har gjort semistrukturerte intervjuer med 23 profesjonelle fra GCFs, småskala sykehjem og større sykehjem i Nederland. Studien er kvalitativ.</p>	<p>Barrierer for implementering av elementer fra GCFs er lokalisasjonen av sykehjemmet, fleksibiliteten og kreativiteten til de ansatte, kompetansen til lederne og politiske hindringer som f.eks. sikkerhetsprotokoller. Studien konkluderer derimot med at flere elementer kan implementeres, og understreker at det sosiale og organisatoriske</p>	<p>Studien ser på forhold som kan støtte og forhindre implementering av fysiske miljøtiltak i demensomsorgen. GFCs kan sammenlignes med Inn på tunet-gårder i Norge, som er et aktivitetstilbud bl. annet for demente.</p>

			miljøet er viktig for å kunne gjennomføre endringer.	
J (Chaudhury et al., 2013) DOI: https://doi.org/10.1177/1533317513488923	Artikkelen er en systematisk oversikt som ser på litteratur om bevisbasert fysiske miljøtiltak og deres rolle i å skape et personsentrert miljø for måltider i sykehjem.	Den systematiske oversikten ser på funksjonalitet, orientering, sikkerhet, om miljøet er gjenkjennbart og ligner på hjemmesituasjoner, optimal sansestimulering, sosiale interaksjoner og personvern og personlig kontroll. Oversikten inkluderer 22 artikler hvor tolv var intervensjonsstudier.	Bevisene indikerer at et godt designet fysisk miljø spiller en viktig rolle i å skape et personsentrert miljø for måltider i sykehjem.	Den systematiske oversikten ser på hvordan fysiske miljøtiltak kan skape et personsentrert miljø for demente under måltider. Spiseforstyrrelser er et APSD, og oversikten er derfor relevant for denne oppgaven. Artikkelen er fra Canada.

3.2. Psykososialt miljø

Resultatene viser at det psykososiale miljøet er viktig for implementeringen og gjennomføringen av miljøterapeutiske tiltak. Lichtwarck et al., Buist et al. og Doyle og Rubinstein påpeker kvaliteter hos de ansatte som må være til stede for å kunne implementere og gjennomføre miljøterapi (Lichtwarck et al., 2019; Buist et al., 2018; Doyle & Rubinstein, 2014). Kvaliteter som blir nevnt er de ansattes kompetanse (Lichtwarck et al., 2019; Doyle & Rubinstein, 2014), engasjement (Lichtwarck et al., 2019; Buist et al., 2018), holdninger (Lichtwarck et al., 2019; Doyle & Rubinstein, 2014) og evnen til å være innovativ og se muligheter (Buist et al., 2018). Forholdet mellom ansatte og beboere vil også kunne fremme eller forhindre implementering (Doyle & Rubinstein, 2014). God opplæring i bruk av ulike tiltak er viktig (Lichtwarck et al., 2019; Doyle & Rubinstein, 2014), blant annet for at den miljøterapeutiske tilnærmingen til arbeidet blir akseptert blant personalet (Lichtwarck et al., 2019). Lichtwarck et al. og Buist et al. ser også på kvaliteter hos ledere som kan fremme og forhindre implementering (Lichtwarck et al., 2019; Buist et al., 2018). Eksempler på forhold som kan fremme og forhindre bruk av miljøterapi er om lederen setter av tid til opplæring om og gjennomføring av tiltak (Lichtwarck et al., 2019; Buist et al., 2018), gir støtte til de ansatte,

viser engasjement (Lichtwarck et al., 2019) og villighet (Buist et al., 2018). Lichtwarck et al. viser også at en modell som er lett å lære, forstå og starte å bruke er viktig for implementering (Lichtwarck et al., 2019), i tillegg til at man ser resultater hos beboerne etter kort tid.

Tid og ressurser blir av Lichtwarck et al. og Annear et al. trekt fram som forhold som kan forhindre miljøterapi (Lichtwarck et al., 2019; Annear et al., 2017). En måte å løse dette på er at de miljøterapeutiske tiltakene blir integrert som en del av rutinen på sykehjemmet (Lichtwarck et al., 2019; Skropeta et al., 2014; Buist et al., 2018). Doyle og Rubinstein og Buist et al. nevner også hvordan organisatoriske forhold påvirker implementering (Doyle & Rubinstein, 2014; Buist et al., 2018), Buist et al. foreslår at små kontrollspenn kan føre til lettere implementering fordi det da er færre personer som skal vurdere og bestemme om tiltak kan brukes eller ikke (Buist et al., 2018). Buist et al. ser også på kommunene som en faktor som både kan fremme og forhindre implementering (Buist et al., 2018). Buist et al. nevner også at hensyn til sikkerhet og sikkerhetsprotokoller kan forhindre implementering (Buist et al., 2018), for eksempel ved at beboere ikke får delta i matlaging pga. hygiene, at dyr kan gi allergi og fallfare ved fri bevegelse på sykehjemmet og i uteområder.

Doyle og Rubinstein viser med eksempler hvordan et dårlig psykososialt miljø hindrer personsentrert omsorg (Doyle & Rubinstein, 2014). Når omsorgen på et sykehjem er tradisjonell framfor personsentrert, kan det i verste fall føre til bruk av tvang, ignorering, maktdemonstrasjon og fremmedgjøringskultur. Buist et al. nevner også at overgangen fra tradisjonell til personsentrert omsorg er viktig for å kunne implementere miljøterapi (Buist et al., 2018), og viktigheten av denne overgangen også i utdanningen av sykepleiere (Doyle & Rubinstein, 2014; Buist et al., 2018).

3.3. Fysisk miljø

Ifølge forskningen kan det fysiske miljøet på sykehjemmet bidra til å redusere APSD. Skropeta et al., Chaudhury et al. og Buist et al. viser til viktigheten av et fysisk tilrettelagt og personsentrert miljø (Skropeta et al., 2014; Chaudhury et al., 2013; Buist et al., 2018). Et hjemlig miljø vil redusere APSD og gi økt livskvalitet (Buist et al., 2018; Chaudhury et al., 2013). Eksempler på ting som skaper et hjemlig miljø er planter (Buist et al., 2018; Chaudhury et al., 2013), bilder, personlige eiendeler, duker og bokhyller (Chaudhury et al., 2013). Chaudhury et al. sier at et godt fysisk miljø maksimerer trygghet og sikkerhet, støtter funksjonsevner, maksimerer orientering og legger til rette for sosial kontakt (Chaudhury et al., 2013). Chaudhury et al. viser også at bevisst lysbruk, kontrastfarger mellom bord og bestikk,

direkte servering av måltider på bordet framfor på traller, og mindre spiserom gir bedre forhold for måltider og dermed også økt ernæringsinntak hos beboere med demens (Chaudhury et al., 2013). Et rom dedikert til måltider, framfor kombinasjon av stue og spiserom, og plass til rullestoler under bordkanten er også viktige faktorer (Chaudhury et al., 2013). Støy fra TV og radio er distraherende og bør skrur av. I motsetning er behagelig bakgrunnsmusikk en fremmede faktor for matinntak, og det førte i tillegg til at ansatte fulgte bedre med på beboerne (Chaudhury et al., 2013).

Buist et al. og Chaudhury et al. viser viktigheten av fri orientering, både mellom rom og fellesarealer (Chaudhury et al., 2013), og mellom avdelinger på sykehjemmet (Buist et al., 2018). Buist et al. ser på betydningen av et aktiviserende miljø hvor beboere har mulighet til å gå fritt både innendørs og utendørs, og at demente pasienter liker å være der ting skjer i omgivelsene rundt framfor en isolert fellesstue (Buist et al., 2018). Buist et al. fant at sykehjem i urbane områder og avdelinger plassert i etasjer høyt over bakken forhindret et fysisk terapeutisk miljø (Buist et al., 2018).

3.4. Miljøterapeutiske situasjoner

I de inkluderte artiklene presenteres ulike typer intervensjoner og aktiviteter for å redusere APSD. Jeg har valgt å dele inn de miljøterapeutiske situasjonene i tre undergrupper (etter Gonzalez, M. T., 2020, s. 362): samtalsituasjoner, samvær- og fellesskapsituasjoner og samhandlingssituasjoner. TID-modellen som er beskrevet av Lichtwarck et al., spesifiserer ikke hvilke intervensjoner som er gjort (Lichtwarck et al., 2018, s. 25-38), så disse resultatene har jeg inkludert til slutt i en egen undergruppe.

Samtalsituasjoner

Flere av studiene viser at samtalsituasjoner kan redusere APSD. Annear et al. viser at helsefagstudenter i praksis på sykehjem bidro til nye relasjoner og vennskap, utgjorde emosjonell støtte og bidro til økt livskvalitet hos beboerne (Annear et al., 2017). Beboerne viste reduksjon i isolasjon og ensomhet, og så på den sosiale kontakten med studentene som meningsfull. De var også motiverte til å delta i studien fordi relasjonen til studentene ga de en følelse av forpliktelse og ansvar for å bidra til utdannelsen av den neste generasjonen helsearbeidere. Beboere som selv hadde jobbet innenfor helse opplevde at de fikk en del av identiteten sin tilbake når de kunne diskutere med studentene og komme med erfaringsbasert

kunnskap. Studentene la også til rette for at beboerne kunne dele sykdomshistorien sin i en kronologisk rekkefølge, som tillot de å reflektere over eget liv.

Dimitriou et al. viste at valideringsterapi og psykoedukasjon, kombinert med andre tiltak, reduserte irritabilitet hos demente pasienter (Dimitriou et al., 2022). Hsu et al. fant at to andre kognitivt stimulerende intervensjoner, realitetsorientering og reminisens, også hadde effekt på irritabilitet (Hsu et al., 2017). Disse intervensjonene bidro i tillegg til å redusere symptomene vrangforestillinger, depresjon, agitering, psykose, affektivitet, endret atferd og avvikende motorisk aktivitet.

Samvær- og fellesskapssituasjoner

Ifølge resultatene kan samvær- og fellesskapssituasjoner redusere APSD. I likhet med Annear et al., viste Skropeta et al. at lekegrupper bestående av flere generasjoner (sykehjemsbeboere, barn, foreldre og besteforeldre) førte til at deltakerne fikk nye relasjoner og vennskap (Skropeta et al., 2014). For deltakerne med demens var samhandling med barn så naturlig for dem at sykdommen ikke var til hinder i lekegruppene. Selv om det ikke ble vist reduksjon i depresjon, opplevde beboerne glede, mening og personlig vekst, og en følelse av å gi tilbake til samfunnet. Studien viste en økning i fatigue hos beboerne, men det ble antatt å være pga. høy gjennomsnittlig alder.

Buist et al. nevner film, spill, samhandling med dyr og tid utendørs som samværs- og fellesskapssituasjoner (Buist et al., 2018). Studien viser ikke direkte effekt av disse tiltakene, men understreker viktigheten av at aktiviteter tilpasses den enkeltes ønsker og behov og at de på den måten vil gjøre at beboerne føler seg forstått og verdsatt og opplever mening. Individuelt tilpassede aktiviteter, i tillegg til flere valg mellom aktiviteter hver dag, vil også gi motivasjon til å delta.

I likhet med Buist et al., ser Krüger et al. på bruk av dyr, i dette tilfellet terapihund, for å redusere APSD (Krüger et al., 2022). Studien viser at deltakerne hadde redusert agitering når en terapihund var til stede. Hsu et al. ser også på tiltak mot agitering (Hsu et al., 2017). Her blir det vist at musikkterapi og kunstterapi kan redusere agitering, i tillegg til vrangforestillinger, depresjon, irritabilitet, psykose, affektivitet, endret atferd og avvikende motorisk aktivitet. Dimitriou et al. fant også at musikkterapi, i kombinasjon med aromaterapi og massasje, reduserte irritabilitet hos demente (Dimitriou et al., 2022).

Samhandlingssituasjoner

Samhandlingssituasjoner kan redusere APSD. Hsu et al. viste at trening og hagearbeid reduserer vrangforestillinger, depresjon, agitering, irritabilitet, psykose, affektivitet, endret atferd og avvikende motorisk aktivitet (Hsu et al., 2017). Hagearbeid var også en av aktivitetene foreslått av Buist et al. (Buist et al., 2018). Her ble også matlaging, rengjøring og annet husarbeid brukt som eksempler på praktiske og dagligdagse gjøremål. Studien viser ikke direkte effekt av disse aktivitetene, men foreslår at de kan gi beboere med demens en opplevelse av forpliktelse, ansvar, mening og av å gi tilbake. Chaudhury et al. ser også på deltakelse i matlaging som en miljøterapeutisk aktivitet for beboere med demens (Chaudhury et al., 2013).

TID-modellen

TID-modellen er et verktøy som kan brukes for å redusere APSD. Lichtwarck et al. viser at TID-modellen kan redusere symptomer som vrangforestillinger, impulsivitet, depresjon og agitering hos demente beboere, og dermed også gi økt livskvalitet (Lichtwarck et al., 2018, s. 30-34). Studien viser ikke til konkrete intervensjoner, men heller resultatene av å bruke TID-modellen hvor man i ulike faser observerer symptomer og atferd, kommer fram til en felles forståelse av problemene og utformer en tiltaksplan, før man deretter tester og evaluerer tiltakene man har kommet fram til (Lichtwarck et al., 2018, s. 27).

4. Diskusjon

I denne delen skal jeg drøfte resultatene fra forskningen og teorien og opp mot problemstillingen:

«Hvordan kan bruk av miljøterapeutiske prinsipper bidra til å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens på sykehjem, og hvilke faktorer bidrar til og hindrer implementering av miljøterapi i praksis?».

Først vil jeg se på om miljøterapi har effekt på APSD og sette det i sammenheng med sykepleieteori, pensum, lovverk og norske retningslinjer. Deretter vil jeg se på forhold som fremmer og forhindrer miljøterapi, og hvordan det kan påvirke sykepleie i praksis. Jeg vil også bruke egne erfaringer fra jobb og praksis for å reflektere over problemstillingen.

Miljøterapi – fungerer det?

Allerede i 1860 sa Florence Nightingale at det fysiske miljøet er viktig for å lindre og forhindre sykdom hos pasienter (Nursing Theory, u.å.). I dag er dette ett av elementene i miljøterapi. 100 år senere kom Dorothea Orem med sin egenomsorgsmodell som også bygger på miljøterapeutiske prinsipper (Kristoffersen, N. J., 2016, s. 19). Miljøterapi har med andre ord vært en viktig del av sykepleie i lang tid. Orem snakker om atferdsperspektivet av helse, i tråd med norsk helsepolitikk. Folkehelseloven fra 2011 fokuserer på deltakelse, involvering og selvhjelp hos pasienten (Folkehelseloven, 2011, §8), og WHO's helsedefinisjon sier at helse er mer enn fravær av sykdom hvor velvære og trivsel er viktige dimensjoner (WHO, 2005, s. 1). Innenfor demensomsorgen har personsentrert omsorg blitt introdusert som et alternativ til den tradisjonelle og institusjonssentret omsorgen, hvor styrking av omgivelsene og muligheter for sosiale relasjoner og individuell sykepleie skal gi bedre livskvalitet og redusere atferdsforstyrrelser. Forskningen støtter også bruk av miljøterapeutiske prinsipper for å redusere APSD. I flere av studiene brukt i denne oppgaven ble det vist økt livskvalitet og/eller redusert APSD hos personer med demens som fikk miljøterapi.

En negativ side ved miljøterapi er at det ikke finnes en konkret definisjon på hva miljøterapi er. Det kan derfor være vanskelig å vite hva som regnes som miljøterapi og ikke, men sentrale perspektiver er medvirkning, mestring, relasjoner og egenomsorg og situasjoner basert på samtaler, samvær og samhandling (Gonzalez, M. T., 2020, s. 362). De tre siste

perspektivene har jeg valgt å bruke i oppgaven for å systematisere resultatene fra forskningen jeg har brukt. Gjennom samtalesituasjoner får beboerne med demens muligheten til å utvikle nye relasjoner og vennskap, noe som igjen bidrar til økt livskvalitet (Annear et al., 2017). I følge Annear et al. kan samtalesituasjoner også redusere isolasjon og ensomhet og gi større mening i hverdagen (Annear et al., 2017). Deres studie bruker helsefagstudenter som en ressurs, noe som også kan gjøres med lærlinger og sykepleiestudenter på norske sykehjem. Kognitivt stimulerende samtalesituasjoner som valideringsterapi, realitetsorientering og reminisens kan i følge Dimitriou et al. og Hsu et al. bidra til å redusere irritabilitet (Dimitriou et al., 2022; Hsu et al., 2017), vrangforestillinger, depresjon, agitering, psykose, affektivitet, atferd og avvikende motorisk aktivitet (Hsu et al., 2017).

I følge Skropeta et al. kan samvær og fellesskap på tvers av generasjoner gi beboere med demens en opplevelse av mening og følelsen av å gi tilbake til samfunnet (Skropeta et al., 2014), i tillegg til nye relasjoner og vennskap som ved samtalesituasjoner. Samvær og fellesskap trenger ikke nødvendigvis å være med andre mennesker. I følge Buist et al. og Krüger et al. kan også samvær med dyr bidra til å redusere APSD (Buist et al., 2018; Krüger et al., 2022), men her kan allergi og redsel være en hindring. Hsu et al. og Dimitriou et al. viser at også musikk- og kunstterapi, aromaterapi og massasje reduserer APSD, blant annet agitering og irritabilitet, depresjon og vrangforestillinger (Hsu et al., 2017; Dimitriou et al., 2022).

Når det kommer til samhandlingssituasjoner, sier Buist et al. at husarbeid og matlaging kan gi beboerne følelsen av ansvar og mening (Buist et al., 2018). Chaudhury et al. bruker også matlaging som et eksempel på en miljøterapeutisk aktivitet for beboerne med demens (Chaudhury et al., 2013), og Hsu et al. viser at trening og hagearbeid reduserer APSD (Hsu et al., 2017).

Det er med andre ord en rekke ulike miljøterapeutiske aktiviteter som er vist å ha effekt på APSD hos sykehjemsbeboere med demens. I følge Buist et al. er det viktigste at aktivitetene tilpasses den enkelte beboers ønsker og behov for at de skal oppleve mening med det de gjør (Buist et al., 2018). Buist et al. sier også at muligheten til å velge mellom flere ulike aktiviteter hver dag vil gi beboerne større motivasjon til å delta på aktivitetene (Buist et al., 2018). Felles aktivitetstilbud kan dessuten oppleves som tvang, og det å ha muligheten til å ikke delta når man ikke vil er også viktig (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 272).

Stortingsmelding 15 (2017-2018) viser at det er mangel på individtilpasset aktivitet i demensomsorgen (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 82) og sier «*Bingo og andakt passer ikke for alle, selv om en har nådd en viss alder*» (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 79). Det at aktivitetene

er individuelt tilpasset er i tråd med både Orems egenomsorgsmodell og personsentrert omsorg, og innehar miljøterapeutiske prinsipper ved å ha fokus på medvirkning og deltakelse. Det siste er et eget kapittel i Regjeringens Demensplan 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 37).

Ettersom det er vist at et bredt utvalg av aktiviteter har effekt, bør det være mulig å tilpasse aktivitetstilbudet til faktorer som beboernes interesser, kommunens økonomi og tilgjengelige ressurser og tid på den enkelte avdelingen. Selv om det kan være negativt at miljøterapi ikke har en konkret definisjon, har det også en positiv side ved at det ikke finnes strenge føringer for hvordan miljøterapi skal se ut. Så lenge man ivaretar de generelle miljøterapeutiske prinsippene, er det bare fantasien som setter grenser for hvilke aktiviteter man kan finne på med beboere med demens.

Et annet aspekt av miljøterapi er det fysiske miljøet. Som nevnt tidligere sa Florence Nightingale allerede på 1800-tallet at det fysiske miljøet er viktig for pasientens helse (Nursing Theory, u.å.). I nyere tid har man på norske sykehjem gått fra en institusjonalisert utforming til et mer personsentrert miljø. Helse- og omsorgsdepartementet kom i 2003 med en forskrift som ga beboere på sykehjem rett til et skjermet privatliv, medbestemmelse og kontroll over sin egen livssituasjon (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, §3). I Stortingsmelding nr. 29 (2012-2013) ble det lagt fram en visjon om videreutviklingen av kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner, hvor prinsippene blant annet var små bofellesskap og tydelig skille mellom privat, felles og offentlig arena og sykehjem som en integrert del av nærmiljøet. Det skal også være plass til private møbler og tilgang til utemiljøet. Målet var å skape et miljø hvor beboerne føler seg hjemme og føler seg trygg for å bevare den enkeltes identitet (Meld. St. 29 (2012-2013), s. 20).

Ettersom tradisjonelle institusjoner kan føles lite menneskelige og skape en fremmedgjøringskultur, vil et sykehjem som legger til rette for at beboerne kan delta i livet utenfor sykehjemmet og gir plass til pårørende og frivillige, skape en mer personsentrert omsorg. Det fysiske miljøet bør også legge til rette for miljøterapeutiske aktiviteter. Et viktig element i det fysiske miljøet er både tilgangen på, og utformingen av uteområder. I tråd med det Nightingale sier, er det viktig for beboere at de har tilgang på frisk luft og sollys. Sansehager er et eksempel på en type uteområde med miljøterapeutiske prinsipper (Skovdahl, 2020, s. 430). Buist et al. sier at det er viktig med et aktiviserende miljø hvor beboere kan gå fritt inne og ute, i motsetning til sykehjem i urbane områder og avdelinger i høyden som forhindrer et terapeutisk miljø (Buist et al., 2018).

Når det kommer til miljøet innendørs, viser Buist et al. og Chaudhury et al. at et hjemlig miljø reduserer APSD og gir økt livskvalitet (Buist et al., 2018; Chaudhury et al., 2013). Chaudhury et al. sier også at det fysiske miljøet har stor betydning for matsituasjonen på sykehjemmet, hvor mindre rom dedikert til måltider hvor rullestoler har plass under bordkanten og distraherende lyder fra TV og radio skurs av, legger til rette for sosial kontakt og øker ernæringsinntaket hos beboere med demens (Chaudhury et al., 2013). I fellesarealer kan det være vanskeligere å skape et miljø som passer alle beboerne, ettersom de vil ha ulike preferanser, men planter, duker og bokhyller blir av Buist et al. og Chaudhury brukt som eksempler på ting som skaper et hjemlig miljø (Buist et al., 2018; Chaudhury et al., 2013). Begrensninger til det fysiske miljøet er for eksempel hygiene og sikkerhet hvor tekstiler må kunne vaskes og være brannhemmende, og ting ikke må stå i veien for muligheten til å orientere seg fritt både i enkelte rom og mellom rom og fellesarealer. Buist et al. foreslår at beboere på sykehjem bør kunne bevege seg fritt i hele bygget, også mellom de forskjellige avdelingene (Buist et al., 2018), men dette kan utgjøre en sikkerhetsrisiko i praksis. Buist et al. begrunner det derimot med at beboere med demens liker å være der det skjer ting i omgivelsene, for eksempel ved en hovedinngang, framfor å sitte i en isolert fellesstue (Buist et al., 2018), noe som kan være verdt å tenke på.

I oppgaven har jeg inkludert to studier om TID-modellen. TID-modellen er et eksempel på et verktøy som kan gjøre det lettere å bruke miljøterapi i praksis, ettersom den gir en oppskrift på hvordan man kan observere og kartlegge den enkeltes problemer og interesser, prøve ut ulike tiltak, inkludert miljøterapeutiske, og til slutt vurdere om de har effekt eller ikke (Lichtwarck et al., 2018, s. 27, Lichtwarck et al., 2019).

Bruken av miljøterapeutiske prinsipper på sykehjem er ifølge pensum, forskningen og norske retningslinjer viktig for å redusere APSD og øke livskvalitet hos beboere med demens. Hvordan er det derimot i praksis? Blir de miljøterapeutiske prinsippene ivaretatt, og hva er det isåfall som hindrer det?

Kampen mot den tradisjonelle omsorgen

Det er lett å si at demensomsorgen skal gå fra å være tradisjonell og institusjonalisert til å bli personsentrert, men hvor lett er denne overgangen i praksis? I dag skal alle eksisterende og nye sykehjem være utformet etter miljøterapeutiske prinsipper. Det er likevel viktig at man ikke bare tenker på utformingen, men også hvor brukervennlig det er.

Jeg jobbet en sommer på et nybygd sykehjem hvor det var høyt under taket, romslige enerom og en stor sansehage med stier, grønnsakshager og frittgående høner. Problemet var

bare at pårørende og andre besøkende brukte porter i gjerdet rundt sansehagen for å komme inn og ut av sykehjemmet, og siden portene var lette for beboerne med demens å komme seg ut gjennom, kunne de ikke være i sansehagen alene. Når vi var to ansatte på åtte pasienter, var det ikke alltid vi hadde mulighet til å følge de ut, og sansehagen ble derfor brukt mindre enn den kunne ha blitt. De store rommene så flotte ut, men man kunne bare henge opp bilder på en list på én av veggene, og noen av beboerne ble skremt av de store vinduene fordi de trodde de skulle falle ut. Dessuten var alle rommene møblert fra før med seng og stol, og ettersom det ikke fantes oppbevaring til standardmøblene var det ikke mulig for beboerne å bytte de ut med egne møbler hvis de ønsket det. Mens det i utgangspunktet var åpent mellom tre og tre avdelinger, var avdelingen jeg jobbet på låste dører fordi det var én beboer som var aggressiv. Dermed var de sju andre beboerne også adskilt fra resten av huset.

Det var rolig på avdelingen, og derfor mye dødtid. I stedet for å finne på ting med beboerne prøvde de ansatte å gjøre ting selv for å få timene til å gå. De kunne for eksempel ordne i blomsterkassene på balkongen og bake boller uten å inkludere beboerne, for de hadde jo ikke noen interesse av å vanne blomster, og det at beboerne skulle rulle bolledeigen ville utgjort en hygieniserisiko. Med andre ord var det ikke tid som var en hindring for miljøterapi i dette tilfellet. Selv var jeg akkurat ferdig med mitt første år på sykepleien og hadde aldri jobbet innenfor helse før. Jeg hadde ikke lært om personsentrert omsorg og miljøterapi ennå, og tenkte at det bare var sånn det var. Det er ikke før nå når jeg har satt meg mer inn i temaet at jeg tenker tilbake på sommerjobben og alt som kunne vært gjort annerledes for å gi beboerne en bedre hverdag. Som at jeg kunne ha hatt lengre samtaler med dem selv om de ikke visste hvilket år det var, eller at man kunne prøvd andre tiltak mot den aggressive beboeren for å få henne til å dusje enn å stå to ansatte og holde fast armer og bein mens en tredje spylte henne ned. Nå kan jeg ikke skjønne hvordan jeg tenkte at det var den beste løsningen, men når man ikke har noe kunnskap om det selv og lærer at det er sånn man gjør det her så stiller man ingen spørsmål heller. Doyle og Rubinstein trekker dette fram som en viktig hindring for personsentrert omsorg (Doyle & Rubinstein, 2014), nemlig mangel på kunnskap hos de ansatte. Når det kommer til sykepleiere sier Doyle og Rubinstein og Lichtwarck et al. at det er mangel på kompetanse i praksis, men også i sykepleieutdanningen (Lichtwarck et al., 2019; Doyle & Rubinstein, 2014).

For min egen del vil jeg ikke si at jeg *ikke* har hatt om miljøterapi, egenomsorg og personsentrert omsorg i utdanningsløpet, men samtidig har jeg fått mye større kunnskap og forståelse om temaet nå når jeg har jobbet med det på et bredere og dypere nivå. Selv om manglende kunnskap hos sykepleiere vil kunne forhindre miljøterapi på sykehjem, utgjør

sykepleieren som regel en liten del av personalet. Derfor kan et like stort problem være en situasjon hvor sykepleieren *har* god kunnskap om miljøterapi og personsentrert omsorg, men de andre ansatte mangler kompetanse. Ser man for seg en langtidsavdeling på et sykehjem hvor én sykepleier alene har ansvar for 24 pasienter, vil det være andre arbeidsoppgaver som må prioriteres. Hvis sykepleieren i den situasjonen sitter inne med kunnskap om miljøterapi og egenomsorg, men føler at han/hun ikke får brukt denne kunnskapen på grunn av mangel på tid kan det føre til en opplevelse av å ikke lykkes i jobben. Som sykepleier får man da ikke utøvet sykepleieansvaret sitt på den måten man skulle ønske.

Likevel skal man ikke undervurdere de andre yrkesgruppene på sykehjemmet, hvor spesielt vernepleiere har mye om akkurat miljøterapi i utdanningen. Det tverrfaglige samarbeidet vil kunne utgjøre en stor forskjell på kulturen på den enkelte avdelingen, og her har sykepleieren som en klinisk leder et ansvar for å delegerer oppgaver blant personalet. Da er det viktig at man deler kunnskapen sin og formidler viktigheten av å gjøre ting på nye måter. Lichtwarck et al. nevner også dette – at god opplæring i bruk av ulike tiltak er viktig for at den miljøterapeutiske måten å utøve omsorg på blir akseptert blant personalet (Lichtwarck et al., 2019). Hvis man vet at miljøterapeutiske tiltak kan redusere agitering hos en aggressiv beboer, vil det være lettere å ta bevisste handlinger i omsorgen til akkurat den beboeren. Det vil føre til en bedre kultur og et bedre psykososialt miljø både for de ansatte og beboerne.

For å gjøre endringer på systemnivå krever det en endring i kulturen på stedet (Kirkevold, 2020, s. 99), og en kulturendring gjøres ikke først og fremst av omgivelsene, men av personene selv. Når det kommer til de ansatte på sykehjemmet bør de i følge Lichtwarck et al., Buist et al. og Doyle og Rubinstein ha kompetanse, engasjement, være innovative og se muligheter for å kunne gå over til personsentrert omsorg (Lichtwarck et al., 2019; Buist et al., 2018; Doyle & Rubinstein, 2014). Ettersom sykepleieren har den høyeste kompetansen på et sykehjem, har den også ansvar for fagmiljøet (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 275).

Sykepleieren blir som sagt en klinisk leder som må sørge for tverrfaglig kommunikasjon og samarbeid med pårørende (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 274). Kulturendring er krevende fordi holdningene og handlingene til de involverte må endres, og en kulturendring forutsetter derfor også engasjerte og støttende ledere som involverer beboerne, de pårørende og de ansatte (Brodtkorb & Hauge, 2020, s. 273). Lichtwarck et al. og Buist et al. nevner også kvaliteter hos ledere som en faktor som kan fremme eller forhindre implementering av miljøterapi. En leder som setter av tid til opplæring og gjennomføring, som støtter de ansatte og viser engasjement og villighet legger et godt grunnlag for kulturendring (Lichtwarck et al., 2019, Buist et al., 2018).

Andre forhold som kan forhindre miljøterapi er tid og ressurser. Man hører ofte om både eldrebølgen og sykepleiemangel i media, og dersom det er få ansatte på jobb blir ikke miljøterapeutiske aktiviteter prioritert i løpet av arbeidsdagen. I tillegg er det ofte mer effektivt å overta omsorgsoppgavene for beboerne. Det går fortere å kle på en beboer enn å veilede de til å gjøre det selv. Problemet er at det skaper unødig hjelpeløshet og kan føre til at beboerne mister funksjon og evne til å utføre egenomsorg. Det kan også oppleves krenkende å ikke få mulighet til å bruke kompetansen sin. Å understøtte beboernes egenomsorg er et sykepleieansvar (Kirkevold, 2020, s. 103). Samtidig er bemanning og ressurser ting som går mer på et organisatorisk nivå, og er ikke nødvendigvis noe sykepleieren kan gjøre noe med alene. Det sykepleieren *kan* gjøre er å si ifra, og ta opp disse dilemmaene med lederen og de andre ansatte for å se om det er mulig å gjøre ting på en annen måte. Ettersom det er kommunene som har ansvar for sykehjem foreslår Buist et al. at kommunens beliggenhet og økonomi kan hindre miljøterapi (Buist et al., 2018). Buist et al. sier også at hensyn til sikkerhet kan forhindre miljøterapi. Samtidig sier Lichtwarck et al., Skropeta et al. og Buist et al. at en løsning på dette er at miljøterapeutiske tiltak blir integrert som en del av rutinen på sykehjemmet (Lichtwarck et al., 2019; Skropeta et al., 2014, Buist et al., 2018).

Doyle og Rubinstein viser et eksempel på et sykehjem hvor et dårlig psykososialt miljø har hindret implementering av personsentrert omsorg og miljøterapi (Doyle & Rubinstein, 2014). Sykehjemmet i studien hadde en sterk fremmedgjøringskultur og generell dårlig holdning til beboerne, hvor de ansatte omtalte enkeltpersoner som «han demente» og hadde en tendens til å tolke normal atferd som APSD (Doyle & Rubinstein, 2014). For eksempel kunne de ansatte si at en beboer hadde vandring som et symptom, når det viste seg at beboeren gikk mye fordi det var en aktivitet de likte å gjøre fra før. Doyle og Rubinstein og Buist et al. sier at kulturendringen fra tradisjonell til personsentrert omsorg må starte allerede i sykepleierutdannelsen (Doyle & Rubinstein, 2014, Buist et al., 2018).

Selv om jeg selv har dårlige erfaringer med manglende miljøterapi på sommerjobben, har jeg også sett eksempler på at det blir brukt og fungerer bra. På praksis på et Livsglede-sykehjem (Livsglede for eldre, u.å) opplevde jeg at de ansatte hadde stor bevissthet på bruken av miljøterapeutiske prinsipper og sørget for at alle beboerne ble tilbudt minst én meningsfull aktivitet hver dag. Siden det var en egen kode for Livsglede i journalsystemet, var det lett å dokumentere, i tillegg til at man tydelig kunne se det i beboernes journal hvis det ikke hadde blitt gjort tiltak. Et sykehjem som praktiserer personsentrert omsorg vil også få bedre arbeidsmiljø gjennom økt trivsel og mindre stress og misnøye hos personalet (Kirkevold, 2020, s. 100), og når man trives på jobb vil man ha motivasjon og kapasitet til å gjøre mer.

Bedre trivsel på jobb vil også forhindre sykemeldinger og at sykepleiere slutter i jobben og i verstefall slutter i yrket.

4.1. Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å undersøke om miljøterapeutiske prinsipper kan redusere APSD og hvilke faktorer som fremmer og forhindrer miljøterapi i praksis. Funnene i oppgaven viser tydelig at miljøterapi i form av fysisk miljø og miljøterapeutiske situasjoner kan redusere APSD på sykehjem, i tråd med pensumlitteratur, lovverk og norske retningslinjer for demensomsorg og sykehjem. Samtidig viser forskningen at organisatoriske faktorer, i tillegg til kunnskap og kvaliteter hos ledere og sykepleiere, kan forhindre implementeringen av miljøterapi i praksis. Dette har jeg også erfaring med selv, både som student og som ansatt. Det har vært interessant å skrive om temaet, og jeg har fått ny kunnskap både om hvordan man kan redusere APSD og om grunner til manglende miljøterapi i praksis selv om man vet at det fungerer. Jeg har funnet gode, nyere forskningsartikler om temaet både fra Norge og sammenlignbare land. En av faktorene som hindrer implementering i praksis er manglende kunnskap hos helsepersonell. Temaet bør derfor være interessant for helsepersonell som jobber med personer med demens. Det har også vært større oppmerksomhet på demens i media de siste årene, sist gjennom «Demenskoret» på NRK, og bruken av miljøterapi kan derfor være et interessant tema også for pasienter med demens, pårørende og andre i samfunnet.

Litteraturliste

- Annear, M. J., Elliott, K.-E. J., Tierney, L. T., Lea, E. J. & Robinson, A. (2017). "Bringing the outside world in": Enriching social connection through health student placements in a teaching aged care facility. *Health Expectations*, 20(5).
<https://doi.org/10.1111/hex.12561>
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 272-275).
- Buist, Y., Verbeek, H., de Boer, B. & de Bruin, S. R. (2018). Innovating dementia care; implementing characteristics of green care farms in other long-term care settings. *International Psychogeriatrics*, 30(7). <https://doi.org/10.1017/S1041610217002848>
- Chaudhury, H., Hung, L. & Badger, M. (2013). The Role of Physical Environment in Supporting Person-centered Dining in Long-Term Care: A Review of the Literature. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(5).
<https://doi.org/10.1177/1533317513488923>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal.
- Dimitriou, T., Papatrifiantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., Athanasiadis, L., Ioannidis, P., Koutsouraki, E., Tegos, T. & Tsolaki, M. (2022). Assess of Combinations of Non-Pharmacological Interventions for the Reductions of Irritability in Patients with Dementia and their Caregivers: A Cross-Over RCT. *Brain Sciences*, 12(6).
<https://doi.org/10.3390/brainsci12060691>
- Doyle, P. J. & Rubinstein, R. L. (2014). Person-Centered Dementia Care and the Cultural Matrix of Othering. *The Gerontologist*, 54(6). <https://doi.org/10.1093/geront/gnt081>
- Folkehelseloven. (2011). *Lov om folkehelsearbeid* (LOV-2011-06-24-29). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>

- Gonzalez, M. T. (2020). Miljøterapi og tilretteleggelse av terapeutisk miljø. I M. T. Gonzalez (Red.), *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming* (1. utg., s. 362). Gyldendal.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022). *Demens – Nasjonal faglig retningslinje*.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2020). *Demensplan 2025* (s. 37-48).
<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#KAPITTEL_5
- Hsu, T.-J., Tsai, H.-T., Hwang, A.-C., Chen, L.-Y. & Chen, L.-K. (2017). Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1). <https://doi.org/10.1111/ggi.13037>
- Kirkevold, M. (2020). Personsentret og individuelt tilpasset sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 99, 100, 103 og 104). Gyldendal.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling. I N. J. Kristoffersen, E.-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie bind 3 – Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 19). Gyldendal.
- Krüger, J., Izgi, R., Hellweg, R., Ströhle, A. & Jockers-Scherübl, M. C. (2022). Treating Agitation in Patients with Dementia with a Therapy Dog in a Milieu Therapy Setting on a Geropsychiatric Ward. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 50(6).
<https://doi.org/10.1159/000520881>
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og*

omsorgstjenestene. (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Lichtwarck, B., Myhre, J., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š. &

Bergh, S. (2019). TIME to reduce agitation in persons with dementia in nursing homes. A process evaluation of a complex intervention. *BMC Health Services Research*, 19(349). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4168-0>

Lichtwarck, B., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M. M., Benth, J. Š., Lindstrøm, J. C.

& Bergh, S. (2018). Targeted Interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), s. 25-38. <https://tidmodell.no/wp-content/uploads/2017/12/Lichtwarck-AMGP-2018.pdf>

Livsglede for eldre. (2023, 31. mai). *Livsgledehjem*.

<https://livsgledeforeldre.no/vart-arbeid/sykehjem/>

Lygre, A. L. (2010). Vi skal ikkje sova. I *Kjenn ditt hjarta falle – våre vakreste dikt* (s. 238).

Det Norske Samlaget.

Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>

Meld. St. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet .

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/?ch=3>

Nursing Theory (2023, 10. mai). Florence Nightingale – Nursing Theorist. *Nursing Theory*.

<https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Florence-Nightingale.php>

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H.

- Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 419, 423 og 430).
- Skropeta, C. M., Colvin, A. & Sladen, S. (2014). An evaluative study of the benefits of participating in intergenerational playgroups in aged care for older people. *BMC Geriatrics*, 14(109). <https://doi.org/10.1186/1471-2318-14-109>
- Strand, B. H, Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021). *Demens*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Universitetet i Agder (2023, 2. mai). MeSh på norsk – begreper innen medisin og helsefag. *MeSh UiA*. <https://mesh.uia.no/>
- WHO. (2005). *Constitution of the World Health Organization*. World Health Organization, s. 1. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

