

## SAMMENDRAG

<b>Tittel:</b> Ergoterapi, aktivitet og deltagelse for personer med demens	<b>Dato:</b> 12.05.2024
--	-------------------------

**Deltagere:** Lilya Roseane Purificacao Sanha og Mina Stenseth Olstad

**Veileder:** Marte Ørud Lindstad

**Nøkkelord:** Ergoterapi, demens, miljøbehandling, aktivitet og deltagelse

**Antall sider/ord:** 34/8655

**Antall vedlegg:** 4

**Innledning:** Andelen av personer med demens øker i Norge nå mer enn før. Ved denne økningen vil utfordringer oppstå for personer med demens, deres pårørende og helsepersonell. Miljøbehandling er en behandlingsmetode som kan brukes for personer med demens og oppgaven vil basere seg på hvordan denne type behandling kan fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens ut ifra et ergoterapeutisk perspektiv.

**Hensikt:** Hensikten i denne oppgaven er å finne ut hvilke erfaringer ansatte har med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens. Samtidig utforske hvordan ergoterapeuters kompetanse kan bidra.

**Forskningsspørsmål:** Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt lavterskeltilbud med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens?

**Metode:** Kvalitativt forskningsintervju ble anvendt som metode i studien. Kvale og Brinkmann sine syv stadier i et forskningsintervju ble benyttet som fremgangsmetode. Det ble gjennomført tre semistrukturerte forskningsintervju og litteratursøk for å samle inn relevante data. Braun og Clarke sin analysemetode ble benyttet for å analysere innsamlede data.

**Resultat:** Hovedfunnene i resultatene ble inndelt i fire forskjellige kategorier: miljøbehandling og erfaringer, fremme aktivitet og deltagelse, demensvennlig samfunn og ergoterapeutisk kompetanse. I resultatene kom det frem mange ulike måter det blir jobbet med miljøbehandling og demens.

**Konklusjon:** Hovedfunnene fra resultatene viser at måten de arbeider med miljøbehandling har en positiv innvirkning på å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens. Det kommer også frem at ergoterapeuter spiller en stor rolle i samarbeidet med demens og miljøbehandling. Med sin kompetanse om samspillet person, aktivitet og omgivelser kan ergoterapeuter tilpasse og tilrettelegge aktiviteter og omgivelser for personer med demens som vil kunne øke aktivitet og deltagelse. Det ansees som et behov for mer forskning på dette feltet.

### ABSTRACT

<b>Title:</b> Occupational therapy, activity and participation for people with dementia	<b>Date:</b> 12.05.2024
---	-------------------------

**Participants:** Lilya Roseane Purificacao Sanha and Mina Stenseth Olstad

**Supervisor:** Marte Ørud Lindstad

**Keywords:** Occupational therapy, dementia, non-pharmacological treatment, activity and participation

**Number of pages/words:** 34/8655

**Number of appendixes:** 4

**Background:** The proportion of people with dementia is increasing more than before. With this increase, challenges will arise for people with dementia and their caregivers. Non-pharmacological treatment is a treatment that can be used for people with dementia. This bachelor will be based on how this treatment can promote activity and participation for people with dementia.

**Purpose:** The purpose of this project is to find out what experiences employees have with using non-pharmacological treatment to promote activity and participation for people with dementia. At the same time explore how occupational therapists' expertise can contribute.

**Research question:** What experiences do employees in municipal low threshold services have with using environmental treatment to promote activity and participation for people with dementia?

**Method:** A qualitative research interview was applied as the method in this study. Kvale and Brinkmann's seven stages of qualitative interview were used. Three semi-structured interviews and a literature search were conducted to collect relevant data. Braun and Clarke's analysis method was used to analyze the collected data.

**Result:** The main findings in the results were divided into four different categories: non-pharmacological treatment and experiences, promotion of activity and participation, dementia friendly society and occupational therapy competence. The results revealed many ways of working with non-pharmacological treatment and dementia.

**Conclusion:** The main findings from the results show that the way they work with non-pharmacological treatment has a positive impact on promoting activity for people with dementia. It also emerges that occupational therapist play a major role in working with dementia and non-pharmacological treatment. With their expertise in interaction between person, activity and surroundings, occupational therapists can adapt and arrange activities for people with dementia that will be able to increase activity and participation. It is considered a need for more research on this topic.

## **Forord**

Vi ønsker å takke våre informanter for at de ville delta i forskningsprosjektet vårt og dermed delta i intervju og dele sine erfaringer. Videre ønsker vi å takke vår veileder Marte Ørud Lindstad som har kommet med gode anbefalinger under dette prosjektet. Vi vil også takke hverandre for et godt samarbeid og utarbeiding av denne oppgaven.

## **Innholdsfortegnelse**

<b>1.0 Introduksjon</b> .....	7
<b>1.1 Tema og relevans for ergoterapi</b> .....	8
<b>1.2 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	9
<b>1.3 Tidligere forskning</b> .....	9
<b>1.4 Hensikt og forskningsspørsmål</b> .....	10
<b>1.5 Teoretisk perspektiv</b> .....	11
<b>1.6 Verdenssyn</b> .....	12
<b>1.7 Struktur for oppgaven</b> .....	12
<b>2.0 Metode</b> .....	12
<b>2.1 Forforståelse</b> .....	12
<b>2.2 Valg av forskningsmetode</b> .....	13
<b>2.3 Valg av informanter</b> .....	13
<b>2.4 Forberedelse til intervju</b> .....	14
<b>2.5 Gjennomføring av intervju</b> .....	14
<b>2.6 Transkribering</b> .....	15
<b>2.7 Analyse</b> .....	15
<b>2.8 Validitet og reliabilitet</b> .....	16
<b>2.9 Etiske overveielser</b> .....	17
<b>3.0 Resultater</b> .....	18
<b>3.1 Miljøbehandling og erfaringer</b> .....	18
<b>3.2 Fremme aktivitet og deltagelse</b> .....	20
<b>3.3 Demensvennlig samfunn</b> .....	21
<b>3.4 Ergoterapeutisk kompetanse</b> .....	22
<b>4.0 Diskusjon</b> .....	23
<b>4.1 Person</b> .....	24
<b>4.1.1 Tverrfaglig samarbeid</b> .....	24

<b>4.1.2 Vaner, rutiner og struktur .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1.2 Brukermedvirkning .....</b>	<b>25</b>
<b>4.1.3 Veiledning og rådgivning .....</b>	<b>25</b>
<b>4.2 Aktivitet .....</b>	<b>26</b>
<b>4.2.1 Tilrettelegging for aktivitet .....</b>	<b>26</b>
<b>4.3 Omgivelser.....</b>	<b>26</b>
<b>4.3.1 Tilrettelegging av omgivelser .....</b>	<b>26</b>
<b>4.4 Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser.....</b>	<b>27</b>
<b>4.5 Metodediskusjon .....</b>	<b>28</b>
<b>4.6 Relevans for praksis .....</b>	<b>30</b>
<b>5.0 Konklusjon.....</b>	<b>30</b>
<b>6.0 Referanseliste.....</b>	<b>32</b>

## 1.0 Introduksjon

Andelen av personer i Norge med demens øker betydelig (FHI, 2021). I dag lever om lag 101.000 nordmenn med demens og beregninger forventer at antallet fordobles innen 2050 i takt med den økende andel av eldre i befolkningen (FHI, 2021). Demens er en progressiv sykdom som kan forekomme av ulike årsaker. De vanligste typer av demens er Alzheimers sykdom, demens med Lewy legemer, Parkinsons og Vaskulær- og Frontotemporallappdemens (Nasjonalforeningen for folkehelsen, u.å.). Vanligvis er demens en samlebetegnelse på irreversibel kognitiv svikt, som innebærer at man har dårligere evner til å utføre ADL (Aktiviteter i Daglige Liv) og kan endre den sosiale atferden (Tretteteig, 2016, s.13).

Ved økning i andelen av personer med demens forekommer flere utfordringer for de med demens og deres pårørende, men også for offentlige helsetjenester, da antallet behandlere ikke vil kunne øke i takt med økende antall eldre og som trenger behandling og helsehjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 26).

Utsikten med mangel på helsehjelp til et økende antall eldre, krever at man må jobbe annerledes ved å finne andre måter å dekke behovene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 26). Nye metoder og tiltak må til for å unngå at helsevesenet fremover vil bli overbelastet og bryte sammen. Dette er videre ikke minst viktig for at de som rammes, slik at de kan få den behandlingen de trenger for å bevare best mulig helse, samt leve et godt liv lengst mulig. Eksempelvis kan man ved å utnytte ressursene i omgivelsene rundt en demensrammet person på ulike måter finne nye løsninger for å imøtekomme eldrebølgens største utfordringer fremover (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 26).

Etter Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for demensomsorgen oppfordres Norges kommuner til å utvikle og spre miljøbehandlingstjenester i arbeidet rundt personer med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87). Miljøbehandling står sentralt beskrevet i oppfordringene da personer med demens har krav på meningsfulle aktiviteter og har etter loven krav på dagtilbud tilpasset den enkeltes behov (Helsedirektoratet, 2022). Videre handler miljøbehandling i demensomsorgen om å tilrettelegge den demens rammedes fysiske, psykiske og sosiale omgivelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87). Det er i den forbindelse et stort omfang av tiltak som kan iverksettes for å forebygge, forbedre eller opprettholde funksjon i ADL ved hjelp av miljøbehandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87). Behandlingen er satt opp for at individet som er rammet av demens kan ta sine

ressurser i bruk på en måte som fremmer individets selvfølelse og mestring i aktivitet. I tillegg kan miljøbehandling bidra til å minske angst og uro for personer med demens (Tretteteig, 2016, s. 291).

Demenssykdommen påvirker mennesker ulikt og de som rammes av sykdommen utøver forskjellige personligheter og en varierende mestringsevne i hverdagslivet (Aldring og helse, u.å.-b). På grunnlag av dette mener Aldring og Helse (u.å.-b) at individuelt tilpasset miljøbehandling, kan nå og hjelpe mange. Miljøbehandling utelukker ikke medisiner, men har sitt hovedfokus på en annen type tilnærming ved hjelp av klientsentrerte undersøkelser som avdekker pasientens ressurser og ønsker (Utviklingssenter, 2022).

Struktur i hverdagen er viktig for personer som har demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 17). Dette for at eldre med demens skal kunne klare å opprettholde sin funksjonsevne så lenge som mulig. I Helsedirektoratet (2022) er det skrevet at bruk av tilbud som ivaretar sosiale og fysiske behov vil gi eldre med demens mer struktur på dagene sine.

Miljøbehandling legger til rette for dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 87).

Bonsaksen et al. (2018) sier at miljøbehandling blir anvendt med en terapeutisk tilnærming gjennom deltagelse i aktiviteter i sosiale miljø for å utvikle pasientens relasjonelle kompetanse og mestring.

Ifølge undersøkelser og forskning gir meningsfulle aktiviteter en mening til livet og øker vårt selvstendighetsnivå (Aldring og helse, u.å.-a; Tuntland, 2014, s. 36). Dette er viktig for personer med demens ettersom de fleste ønsker å fortsette å bo hjemme etter de får diagnosen samtidig som de lever et aktivt og meningsfullt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 5, s. 8).

Fokuset i denne bacheloroppgaven handler om hvordan miljøbehandling kan fremme aktivitet og deltagelse hos personer med demens, og tar derfor utgangspunkt i miljøbehandling innenfor kommunal helsetjeneste.

## **1.1 Tema og relevans for ergoterapi**

Ergoterapeuter har som kjernekompetanse å fremme aktivitetsutførelse, tilrettelegge aktiviteter og utvikle inkluderende omgivelser (Ergoterapeutene, 2017a, s. 15). De jobber for å minske gapet mellom samfunnets forventninger til individet og hva individet klarer å utføre



i hverdagen med mål om å fremme meningsfulle aktiviteter og deltagelse (Tuntland, 2014, s. 38-39; Ergoterapeutene, 2017a, s. 5).

Demensplanen for 2025 beskriver et demensvennlig samfunn som et samfunn som iverksetter inkludering, likeverd og forståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7). Gjennom sin kompetanse om samspillet: person, aktivitet og deltagelse kan ergoterapeuter være et stort bidrag i kampen til et mer demensvennlig samfunn (Ergoterapeutene, 2019). Ofte når det snakkes om miljøbehandling snakker det også om de forholdene som ligger nærmest individet, eksempelvis hjem, behandlingsplass og/ eller andre steder individet utfører ADL (Bonsaksen et al., 2018, s. 3).

En ergoterapeut som jobber med miljøbehandling, vil ofte jobbe for å endre på samspillet mellom fysiske og relasjonelle forhold som har direkte innvirkning på individets utførelsesmulighet i ADL (Bonsaksen et al., 2018, s. 3).

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

En av studentene har tidligere tilknytning til arbeid innen demensomsorgen gjennom sin praksisperiode og har innhentet erfaringer der de jobbet med miljøbehandling. Stedet hadde mye kompetanse på feltet og det var tydelig at de hadde fokus på å tenke nytt for å bidra til å løse eldrebølgens utfordringer. Den andre studenten viste i tillegg interesse og nysgjerrighet for temaet. Ut ifra dette var det ønskelig å utforske mer rundt miljøbehandling og demens. Videre ble tema drøftet og studentene ble enige om å utforske det ut ifra hvordan ergoterapeuter med sin kunnskap kan inndra samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser i et miljø der man benytter denne type behandling.

## **1.3 Tidligere forskning**

For å finne frem til tidligere forskning på demens, miljøbehandling og ergoterapi anvendte vi PICO-skjema for å finne oppdatert og relevant forskning under det systematiske litteratursøket (Helsebiblioteket, 2021). Søket ble utført for at vi skal kunne gi den beste begrunnelsen på forskningsspørsmålet vårt, basert på resultatene vi fikk (Sverdrup, 2020, s.24). Først ble et PICO-skjema på norsk (vedlegg 1.1 og 1.2) fylt ut med søkeordene: Demens OR Ergoterapi AND Miljøbehandling AND Inkludering OR Fremme aktivitet og deltagelse. Deretter ble søkeordene oversatt til engelsk og disse ble: Dementia OR People

with dementia AND Cognitive behavioral therapy OR Occupational Therapy OR Non-Pharmacological treatments AND Inclusion in society OR Activity and participation in society OR More participation in society OR More occupation (vedlegg 1.3 og 1.4).

Et systematisk review forteller om resultatene til ikke-medikamentell behandling for personer med demens med Lewy legemer (Connors et al., 2018, s. 1756). Forskningen viser at generelt sette hadde alle ikke-medikamentelle behandlinger som er med i forskningen, en positiv effekt på forskningsdeltakere. Blant alle typer behandlingstyper i forskningen, var området fysisk aktivitet, inkludert gangfunksjonstrening en av de som er relevant for denne oppgaven. Forskningen sier at å bruke fysisk aktivitet som behandling for personer med demens minsker uro og bedrer funksjonsevner blant forskningsdeltakerne. I tillegg viste det seg at bruk av musikk som behandling hadde også en positiv innvirkning på uro hos personer med demens og at det minsker symptomer på psykose. Connors et al. (2018) viser også at å gi opplæring til pårørende gir positiv endring både i de pårørende og personen med demens sine liv.

Da det var vanskelig å finne et ord som best beskriver miljøbehandling på engelsk valgte vi å finne andre stikkord som ville kunne øke funn av relevant litteratur. På tross av dette ga det fortsatt få resultater av artikler som fremstod som relevant til oppgaven ble fortsatt begrenset. Stikkordene som ble valgt var bl.a.: «Non-pharmacological treatment AND dementia» søkt i databasen PubMed. Gjennom sist nevnte søk fant vi artikkelen «Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series» (Abraha et al., 2017, s. 22). Artikkelforfatterne tok for seg et systematisk litteratursøk av systematiske overskrifter som omhandlet ikke-medikamentelle behandlinger for atferdsforstyrrelser på pasienter med demens. Resultatene viser at av alle intervensjonene som ble med i artikkelen, var musikkbasertmiljøbehandling og teknikker for atferds håndtering de to mest effektive intervensjonene som ble brukt for å minske atferdsforstyrrelser hos pasienter med demens.

#### **1.4 Hensikt og forskningsspørsmål**

Valgt forskningsspørsmål for denne bacheloroppgave er: «Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt lavterskeltilbud med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens?».

Hensikten med tema og forskningsspørsmålet er å finne ut av hvilke erfaringer ansatte i et kommunalt lavterskeltilbud, har ved å benytte miljøbehandling for å fremme aktivitet og

deltagelse i demensomsorg. Videre på bakgrunn av forundersøkelsene og innhenting av informasjon på området vil vi benytte kunnskap fra tidligere forskning og resultatene fra artiklene vi fant til å undersøke området som handler om ergoterapi, aktivitet og deltagelse for personer med demens i et miljøbehandlingsperspektiv. Samspillet mellom miljøbehandling og ergoterapi vil derfor stå sentralt i bacheloroppgaven. På grunnlag av dette håper vi kunne finne frem til ny kunnskap som kan gi grunnlag eller bedre forståelse for ergoterapeuters måte å arbeide på og bidrar i et tverrfaglig miljø med miljøbehandling som tilnærming i møte med personer med demens.

Tidligere i oppgaven ble det nevnt at meningsfulle aktiviteter og opplevelser i hverdagen gjenspeiler et bedre hverdagsliv (Aldring og helse, 2020). Videre sier Aldring og helse (2020) noe om at dette innebærer viktige områder som å fortsette å være sosial, opplever stor glede gjennom musikk, være fysisk aktiv eller kommer seg ut i naturen. Til slutt ønsker vi å få mer innsikt på hvordan ergoterapeuters kompetanse kan bidra til at personer med demens har en mer aktiv og meningsfull hverdag gjennom miljøbehandling og om det kan avdekkes om ergoterapeuters måte og arbeide på kan ha positiv effekt på områder det ikke er så mye kunnskap på fagfeltet om fra før.

### **1.5 Teoretisk perspektiv**

På bakgrunn av forskningsspørsmålet vårt har vi valgt å bruke Model of Human Occupation (MOHO) som teoretisk perspektiv for oppgaven. I forskningsspørsmålet har vi valgt å sette søkelys på aktivitet og deltagelse i sammenheng med miljøbehandling og demens. MOHO er en modell som er klientsentrert og setter pasientens eller brukerens behov og ønsker først (Taylor, 2017, s. 13). Med andre ord er brukermedvirkning svært viktig i denne modellen. Noen sentrale begreper i modellen er person, aktivitet og omgivelser og dermed samspillet mellom disse (Taylor, 2017, s. 27). Disse begrepene henger godt sammen med det som man vil forsøke å avdekke i bacheloroppgaven.

Aktivitet og deltagelse ligger i forskningsspørsmålet og blir lagt vekt på når man benytter MOHO. Modellen forklarer samspillet mellom aktivitet, omgivelser og person samt hvordan disse faktorene kan være med på å hemme og/eller fremme aktivitet og deltagelse hos personer med demens. På bakgrunn av dette blir aktuelle begreper fra MOHO anvendt for å få en videre forståelse i temaet.

## **1.6 Verdenssyn**

Oppgaven baserer seg på å innhente opplysninger om erfaringer og meninger om bruk av miljøbehandling rettet mot hjemmeboende personer med demens, fra personer ansatt i et tverrfaglig team som benytter seg av metoden. Overordnet vil dette gi et sosialt konstruksjonistisk verdenssyn (Creswell & Creswell, 2018, s. 7-10). Dette verdenssynet innebærer å søke etter subjektive meninger og erfaringer innen et gitt tema eller dilemma. Målet med et slikt verdenssyn er å støtte seg på de subjektive meningene og erfaringene informantene har.

## **1.7 Struktur for oppgaven**

Videre i oppgaven vil en presentasjon av metode kommer først etterfulgt av en forforståelse at tema. Deretter vil det kort begrunnes valg av forskningsmetode. Beskrivelse av framgangsmåte inneholder valg av informanter, forberedelse og gjennomføring av intervju samt transkribering. Etter det vil analyse av innhentet data basert på Braun og Clarke (2008) beskrives. Validitet og reliabilitet kommer der etter. Metode kapitlet avsluttes med en refleksjon over etiske overveielser. I neste del av oppgaven vil en presentasjon av resultat som baseres på analyse bli fremlagt. Etter fremleggelse av resultat vil diskusjonen basert på resultat og teori presenteres. Følgende kapitler er diskusjon av metode og relevans for praksis. Avslutningsvis vil en konklusjon bli fremstilt.

## **2.0 Metode**

Kvale og Brinkmann (2015) sine syv stadier i et forskningsintervju vil i denne oppgaven bli benyttet som fremgangsmetode. Metoden vil presenteres systematisk gjennom de syv stadiene i avsnitt nedenfor og vil gi leseren en bedre forståelse av arbeidsprosessen og grunnlaget for innholdet i oppgaven. For å gjøre en systematisk analyse ble Braun og Clarke (2008) sin analysemetode benyttet.

### **2.1 Forforståelse**

En av studentene har tidligere erfaring med behandlingsmetoden miljøbehandling i arbeid med personer med demens og har fått en forståelse for at miljøbehandling har en positiv effekt for denne målgruppen, noe også tidligere forskning viser (Abraha et al., 2017, s. 22; Connors

et al., 2018, s. 1756). Det viser seg å være lite kunnskap eller beskrivelser av hvordan ergoterapeuter med sine ergoterapi kunnskaper og forforståelser benytter denne metoden i et tverrfaglig team. Selv om en av studentene har noe erfaring fra området, vil man prøve å unngå at disse forkunnskapene påvirker forståelsen av oppgaven.

## **2.2 Valg av forskningsmetode**

Da studentene ønsket å undersøke hvilke erfaringer ansatte som i et kommunalt lavterskeltilbud har med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens, ble et kvalitativt forskningsintervju ansett som mest hensiktsmessig for å kunne svare på forskningsspørsmålet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 355). Et kvalitativt forskningsintervju setter deltagerne sine erfaringer og opplevelser i fokus, dette var ønskelig i studien.

## **2.3 Valg av informanter**

Det var ønsket å finne personer som jobber med miljøbehandling og demens. Dette avgrenset søket etter aktuelle informanter. En av studentene hadde kontaktet på et tidligere praksissted og det var naturlig å kontakte disse slik at det ble en relativt enkel og kort prosess å få tak i aktuelle informanter. Tre forskjellige ansatte med forskjellig utdanningsbakgrunn, inkludert en ergoterapeut, ble kontaktet. Studentene valgte i denne oppgaven å ha ekstra oppmerksomhet på opplysninger som ble utgitt av informanten med ergoterapi som utdanningsbakgrunn for å få svar som er relevante for oppgaven. De aktuelle ble kontaktet per telefon og e-post. Av andre faggrupper var det en barnehagelærer og en vernepleier. Vi vurderte alle til aktuelle intervjuobjekter uavhengig av at kun en av disse var ergoterapeut. Alle hadde mye erfaring i bruk av miljøbehandling gjennom mange år der de har vært ansatt som miljøkoordinatorer i demensomsorgen (Sverdrup, 2020, s. 74).

Grunnet rådighet av tid og størrelse på oppgaven ble det vurdert at tre intervjuer var nok til å innhente og analysere data godt nok. Dette understøttes av Kvale og Brinkmann (2015) som også forklarer at for mange informanter i en studie kan gi utilstrekkelig med tid og igjen kan medføre risiko for at analysene ikke gjennomføres grundig og godt nok.

## **2.4 Forberedelse til intervju**

Etter å ha kontaktet informantene ble det sendt ut et informasjonsskriv via e-post om hva de takket ja til ved å delta i undersøkelsen, se vedlegg 2. Det var svært viktig å sikre at de overordnede kravene om anonymisering og sikring av konfidensialitet ble overholdt hele veien, dette forklares også i Kvale og Brinkmann (2015). Informantene signerte etterfølgende avtalen og det ble satt opp tidspunkter for hvert intervju gjennom e-post.

I forkant av intervjuene ble en intervjuguide utarbeidet, se vedlegg 3. Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) kan en intervjuguide være med å strukturere intervjuet. Ved utarbeiding av intervjuguiden ble det holdt fokus på formuleringen av spørsmålene etter hva studentene ønsket svar på. Kvale og Brinkmann (2015) mener at spørsmålsformuleringen er en avgjørende faktor for hvilke svar man får. Etter godkjent intervjuguide ble det gjennomført et pilotintervju med en bekjent av en av studentene. Etter gjennomført pilotintervju fikk studentene tilbakemeldinger som var med på å forme utførelsen av de faktiske intervjuene. Studentene var veldig oppmerksom på å ha ergoterapi samt aktivitet og deltagelse i fokus ved utarbeidelse av spørsmålene. I tillegg ble det kontrollert at spørsmålene i intervjuguiden samsvarte med forskningsspørsmålet.

## **2.5 Gjennomføring av intervju**

Den opprinnelige planen var at hvert intervju skulle være individuelt og at disse skulle gjennomføres med fysisk tilstedeværelse på informantenes arbeidsplass. Planen måtte endres grunnet avstand, samt vanskeligheter med å finne tidspunkt som passet både for informantene og studentens hensyn til undervisning. Senere i oppgaven drøftes eventuelle fordeler og ulemper med å ha intervjuene digitalt. Intervjuene var fortsatt individuelle, men ble gjennomført digitalt via Teams. Studentene sendte Teams innkallingen til informantene på e-post.

Dagene intervjuene ble utført satt begge studentene i et grupperom på campus og informantene satt i et rom uten støy på sin arbeidsplass. Intervjuguide ble brukt av studenter som veiledning fra intervjuenes oppstart til deres. Studentene drøfter senere i metodediskusjonskapitlet fordeler og ulemper med å ha intervjuene digitalt. Studentene delte spørsmålene og lagde en plan om hvem skulle spørre hva. Det ble også utarbeidet en muntlig plan mellom studentene for hvem som skulle lede hvilket intervju.

Intervjuguiden ble benyttet av studentene som en sikkerhet på at spørsmålene ble stilt på riktig måte og for å sikre at forskningens mening og mål var opprettholdt. Intervjuguiden var til nytte fra begynnelsen til slutten av hvert intervju. Studiegruppen satte lydopptak på, men gjenga beskjed om dette til informanten før opptaket startet. Deretter ble det gitt informasjon om anonymitet og taushetsplikt.

## **2.6 Transkribering**

Etter gjennomført intervju ble innhentede data transkribert. Det var tenkt å gjennomføre transkripsjon etter hvert enkelt intervju, men ble ikke gjort da intervjuene ble gjennomført med to stykker etter hverandre på en dag og det tredje intervjuet dagen etter. Gjennom intervjuene ble det tatt opptak på to telefoner for å sikre god lyd og at ingen data ble borte (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205-206).

Transkriberingen av innhentede data ble gjennomført litt annerledes enn planlagt. I utgangspunktet var det meningen at en skrev mens den andre startet og stoppet lydopptaket, men denne metoden gjorde det vanskelig for den som skrev å henge med (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 206-207). Istedenfor byttet studentene på at en både lyttet og transkriberte og stoppet eller satte i gang lydopptaket selv. Underveis hørte den andre på, samtidig som den rettet skrivefeil. I forkant ble det enighet om å omgjøre muntlig språk til skriftspråk slik at begge transkriberte på lik måte for å unngå at unødvendige utfordringer ikke skulle oppstå knyttet til språk i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 204-205). Før transkribering ble studentene enige om at muntlige uttrykk som eksempelvis lyder som tydet på tvil ville bli utelatt.

## **2.7 Analyse**

I arbeidet med analysering av denne bachelor oppgaven har studentene valgt en tematisk analyse som analytisk metode (Braun & Clarke, 2008, s. 77). Tematisk analyse gir en bredere mulighet til å ha en mer organisert og detaljert analyse av informasjonen som er innhentet (Braun & Clarke, 2006, s. 79). For gjennomføring av analyse ble Braun & Clarke (2008) sine seks faser for tematisk analyse anvendt. Dette fordi den ga en mer organisert struktur på analyseprosessen.

Å bli kjent med data er første fase i Braun og Clarke (2008) sin analysemetode. I denne oppgaven ble det gjennom lesing av transkribering. Deretter drøftet studentene, hvilke aktuelle koder som kunne være i 2. fase av tematisk analysering (Braun & Clarke, 2008, s. 88-89). En induktiv tilnærming bidro til å velge temaer som har stor tilknytning til data (Braun & Clarke, 2008, s. 83, s. 88-89). I tillegg valgte studentene å analysere transkripsjonene på et latent nivå (Braun & Clarke, 2008, s. 84). Dette betyr at temaene blir valgt gjennom en nærmere analyse av blant annet underliggende mening, ideer og antakelser i innhentet data (Braun & Clarke, 2008, s. 88-89). For denne oppgaven var fem gitte koder valg: miljøbehandling; effekt; aktivitet og deltagelse; tilrettelegge og tilpasse; strategier og metoder. Det ble utarbeidet et fargekodesystem og deretter gjennomgikk studentene transkripsjonene og fargekodet disse (Braun & Clarke, 2008, s. 88-89).

Tredje steget i analysen var å finne temaer som var relevante for oppgaven (Braun & Clarke, 2008, s. 89-91). Senere ble innhentede data gjennomgått på nytt og holdt opp mot temaene for å sikre at temaene var relevante for oppgaven (Braun & Clarke, 2008, s. 91-92). Revurdering av temaene er det fjerde steget i analysen. Neste steg var å bestemme og navngi temaer for resultatene (Braun & Clarke, 2008, s. 92-93). Studentenes fire valgte temaer er miljøbehandling og erfaring; fremme aktivitet og deltagelse; demensvennlig samfunn; og ergoterapeutisk kompetanse. Temaene ble valgt da de skilte seg ut ved at de ble gjentatt og lagt vekt på under intervjuene. Den siste fasen er å skrive ned resultatene (Braun & Clarke, s. 2008, s. 93).

## **2.8 Validitet og reliabilitet**

Reliabilitet og validitet ble vurdert gjennom hele prosessen ved Kvale og Brinkmann (2015) sine syv faser i forskningsintervju.

Validitet handler om å vurdere gyldighet og å kritisk vurdere valgene som tas gjennom hele arbeidsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276-279). I tillegg satt studentene ekstra fokus på kritisk vurdering ved gjennomføring av intervjuanalyse. Å vurdere på en kritisk måte var viktig for å sikre validiteten. Studentene leste gjennom transkripsjonene gjentatte ganger, for å kunne oppnå lik forståelse på hva som ble sagt. Kritisk vurdering ble også gjennomført ved at eksempelvis studentene gikk tilbake til transkripsjonene og lydopptakene dersom det var tvil i det som hadde blitt analysert.



Reliabilitet omhandler troverdigheten til resultatene fra intervju (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 211). Studentene var bevisste på å ikke stille ledende spørsmål, og hatt grundig gjennomgang av spørsmålene før og etter piloten. Svarene til informantene var troverdige, og vi har grunn til å tro at man ville fått tilnærmet samme svar om man hadde spurt andre de samme spørsmålene. Det var flere likheter og gjenkjennbare temaer ved ulike spørsmål som gikk igjen i de 3 intervjuene, hvilket tyder på at spørsmålene ble forstått og svart på innenfor temaet.

## **2.9 Ethiske overveielser**

Kvale og Brinkmann (2015) forteller at gjennom hele forskningen må det tas hensyn til de etiske problemstillingene. Gjennom syv stadier fortsetter de å fortelle om noen etiske problemstillinger som kan forekomme under undersøkelsen. Overordnet sett synes studien vår å kunne rettferdiggjøres etisk ut fra dens forventning om nytteverdi. Samfunnsmessig handler studien om en stor og voksende pasientgruppe som har et økende behov for omsorg og tjenester og man kan se for seg at studien vil kunne bidra med positiv effekt på kostnader og ressursbruk knyttet til helseomsorgen for personer med demens (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97; NOU 2005: 1, s. 41). Studentene var også oppmerksomme på ergoterapeutiske yrkesretningslinjer (Ergoterapeutene, 2017b). Disse ble brukt blant annet ved valg av tema og relevans av valgt forskning om Ergoterapi.

Før studentene gikk i gang med intervju, ble det drøftet hvem de aktuelle intervjudeltakere kunne være (NOU 2005: 1, s. 41-43) og som tidligere nevnt fikk informantene et infoskriv. Infoskrivet informerte intervjudeltakere om forskningsprosjektet, hva det innebar å stille opp til intervju samt opplysninger om hvordan man skulle sikre deres anonymitet og personvern (NOU 2005: 1, s. 81). Ved valg av kvalitativ metode med intervju av ansatte i kommunehelsetjenesten er det viktig å ivareta følgende punkter. Alle personsensitive data som rapporteres i intervju skal anonymiseres; eksempelvis navn, bosted og alder som eventuelt ville kunne medføre identifisering av enkeltpersoner. Alle informantene leste og skrev under infoskrivet. Dette for å ivareta krav om personvern for personer med demens som drøftes. I tillegg ble alle intervjuene og transkripsjoner oppbevart på et sikkert sted (NOU 2005: 1, s. 41-42).

De syv stadiene som ble presentert i Kvale og Brinkmann (2015) ble brukt i hele prosessen med utarbeidelsen av oppgaven for å kunne ivareta de etiske problemstillingene og sikre at

forskningen er etisk og faglig forsvarlig (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 97; NOU 2005: 1, s. 13).

### 3.0 Resultater

I denne delen av oppgaven vil resultatene fra studien presenteres. Etter gjennomført intervjuanalyse ble fire overordnede koder valgt. Disse vil presenteres i oppgaven som hovedfunnene. Erfaringer fra informantene vil trekkes frem ved hjelp av direkte sitater fra transkripsjonen etter intervjuene.

Informantenes erfaringer med å bruke miljøbehandling for personer med demens			
Miljøbehandling og erfaringer	Fremme aktivitet og deltagelse	Demensvennlig samfunn	Ergoterapeutisk kompetanse

**Tabell 1:** Koder.

### 3.1 Miljøbehandling og erfaringer

Informantene startet innledningsvis å fortelle om at lavterskeltilbudet de har er et åpent sted for alle eldre, men hovedsakelig personer med demens. I begrepet lavterskel la informantene til at tilbudet ikke er vedtaksbasert og med andre ord kan alle som ønsker benytte seg av tilbudet. En informant sa:

*Vår målgruppe er personer med demens og gjerne tidlig inn eller i forebyggende fase. Vi vet at det å ha fallrisiko, å være ensom, sliter med kost og ernæring eller å ha depresjon ofte kan være en forløper til demens eller utvikling av demens.*

Gjennom intervjuene påpekte informantene at alt de gjør på arbeidsplassen omhandler miljøbehandling. Dette gjelder også ute i sivilsamfunnet. En informant sa: «miljøbehandling er å finne ut hva de liker å gjøre og bruke dette for at de skal føle mestring og at de nyttes til noe». Å tilrettelegge for at personer med demens skal kunne leve i trygge omgivelser er blant annet noe det settes fokus på, dette både i arbeidsplassen, men også ute i omgivelsene. Informantene fortalte at det de gjør ved hjelp av miljøbehandling legger til rette for aktivitet som øker mestringsfølelsen blant de som benytter seg av tilbudet. En av informantene fortalte: «vi har fokus på den enkelte og vi tenker alltid at den tanken den enkelte har, har sannsynligvis flere».

Innenfor miljøbehandlingen tilbyr de forskjellige aktiviteter og de er lagt opp på faste tidspunkter hver dag for at det skal være forutsigbart for deltakerne. En informant fortalte:

*Vi har åpent hver dag fra mellom 11:30 og 14:30, hvor det er arrangementer kl. 12 hver dag. Dette er for å gjøre det så forutsigbart som mulig. Det er balansetrening 2 ganger i uka og det er 2 musikkarrangementer på tirsdag og på torsdag som er salmeskatten og slagertime. Onsdag har vi åpen dag med forskjellige arrangementer som spill og kanskje noen konserter.*

Informantene jobber i et tverrfaglig team der ansatte har ulike yrkes- og utdanningsbakgrunn både innen og utenfor helse. Blant ansatte er ergoterapeut, vernepleier, sykepleier, men også musikk lærer og snekker. Det tverrfaglige arbeidet skjer ikke bare mellom ansatte, men også med sykehjem, frisklivs- og frivilligsentralen, og andre faggrupper som fysioterapeuter.

I teamet tilrettelegger de ansatte for økt aktivitet og deltagelse for personer med demens. Det blir sett på hva hver enkelt trenger når det gjelder å kunne leve et mer aktivt og meningsfullt liv. Som en del av miljøbehandlingen tilbyr de veiledning og rådgivning, i tillegg til egen koordinator som deltager og pårørende kan ha samtaler med angående sykdommen eller andre ting de ønsker.

Brukermedvirkning er et viktig fokus for de ansatte som arbeider ved lavterskeltilbudet. De ivaretar dette ved å tilpasse aktivitetene etter deltakernes ønsker samt ved å skape et trygt og forutsigbart miljø for alle deltagere. En informant fortalte:

*Det var en deltager som flere år tilbake snakket om å ha dårlig balanse og burde begynne å trene på dette, enda en nevnte det samme om dårlig balanse og kunne tenkt seg å trene på dette også. Dermed utviklet vi dette som et behandlingstilbud og dette er nå kjempepopulært. Det er mellom 15 og 20 deltagere to ganger i uka.*

Det ble erfart av en informant at balansetreningen de har øker deltagelse i aktivitet og skaper mer sosialt samvær. Samme informant sa at oppstarten av balansetrening har ført til økt besøk av deltakere.

En annen informant fortalte: «Det er et åpent sted for alle, men siden hovedgruppa vår er mennesker med kognitiv svikt, er det også viktig at man skal kunne være trygg i miljøet man er i».

### 3.2 Fremme aktivitet og deltagelse

Informantene påpekte at formålet med tilbudet er å få personer med demens til å holde seg aktive og sosiale så lenge som mulig. Dette fordi det bidrar til et bedre hverdagsliv for den enkelte, men også fordi informantene erfarte at ved å holde seg fysisk aktiv og sosial er miljøbehandling forebyggende for utviklingen av demens. En informant sa: *«Med et større perspektiv jobber vi forebyggende, det vi gjør her tenker vi er forebyggende for demens»*

Som en del av miljøbehandling ønsker de ansatte at deltakerne skal ha et meningsfullt liv der de fortsatt gjør aktiviteter de ønsker. Alle informantene nevnte at de så endringer i atferden til deltakerne etter en periode med tilbudet. I forbindelse med turgruppen sa en informant: *«Noen snakker bedre da de går ettersom språket og motorikken henger sammen. Vi tar de ut på tur og man kan se at de er i en annen form da de kommer inn igjen.»*

En annen informant sa:

*I starten er vi veldig på for å trygge dem inn, finne ut hvem de er, hva de liker og bli kjent med dem. Etter en tid merker vi at de blir mer åpne og mer sosiale og at de kan være seg selv uten å måtte prestere.*

Videre sa informanten:

*Vi merker at de trives og deltar, det har vært personer her som har veldig lite språk og plutselig ser vi at de synger melodiene på slagertimen. Vi merker at de tar mer initiativ og at de kommer flere og flere dager.*

Vaner og struktur blir ansett som svært viktig for personer med demens, hvilket man ved lavterskeltilbudet legger opp til at dagene blir strukturert og forutsigbare for deltakerne. De ansatte vet at dette er en brukergruppe hvor det kan være utfordrende å endre vaner, men de så at de fleste kommer tilbake og får dette som en vane. En informant ga et anonymisert eksempel på en deltaker som i starten hadde godt språk og deltok i miljøet, men som etter en kort periode hadde demensen utviklet seg fort. Deretter sa informanten: *«Likevel klarte deltakeren å gå 2km hjemmefra og komme hit og delta på sangtimene, balansetrening og var med å oppfange hva deltakeren kunne. Deltakeren hadde fine dager her flere dager i uken og gikk hjem igjen».*

Musikkbasert miljøbehandling er blant de aktiviteter som inngår i behandlingen ved lavterskeltilbudet. En informant fortalte om at det også er mulighet for å kartlegge musikk hos den enkelte og at musikken kan brukes som en type medisin. Videre sa informanten: «*Musikk hjelper å aktivere de cellene i hjernen som ikke er i bruk på personer med demens. Dermed kan de mestre mer og livet blir mer meningsfullt med sykdommen*». Informanten fortalte at personer med demens kan bli aggressive på bakgrunn av at de blir fort slitne og mente videre at musikken hjelper med å få personer med demens til å roe seg ned og at det kan erstatte bruk av medisin. Informanten fortalte videre at personer med demens kan dra nytte av å våkne opp til musikken de er glade i, de kan være mer rolige og føle seg trygge.

Alle informantene satte søkelys på viktigheten av å være i et trygt miljø samtidig som man er sosial og i aktivitet. En informant sa: «*Vi er opptatte av at de ikke skal sitte alene i hjemmene sine og ikke få noen impulser til hjernen, det er kjempeviktig. Vi mennesker er sosiale og trenger stimuli til hjernen*». Informantene forklarte at de prøver å få personene med demens ut av huset ettersom de blir oftere sykere når de blir sittende hjemme. Informanten mener sang og musikk er en god behandling for folk flest, dette er de spesielt opptatte av og har mye fokus på.

### **3.3 Demensvennlig samfunn**

Å jobbe for at samfunnet blir mer demensvennlig er noe de jobber med i miljøbehandling. En informant sa: «*Miljøbehandlingsteamet er et kompetansesenter for å ivareta demens og hvordan vi skal møte de utfordringene som kommer med at folk lever lenger*». Samme informant påpekte at de har samarbeid med flere instanser rundt. Informanten sa:

*Vi jobber både med sivilsamfunnet og kommunen, dette for å lage og skape arenaer som er trygge og bra for dem med demens. Vi har også undervisning i Demensvennlig samfunn, slik at samfunnet lærer seg å inkludere og hjelpe mennesker med demens.*

De bedriftene eller stedene som har blitt undervist i demensvennlig samfunn har i tillegg blitt fulgt opp ytterligere i etterkant av undervisningen for å se om de kan bidra enda mer i tilretteleggingen for at de med demens er aktive ute i samfunnet.

I arbeidet mot et mer demensvennlig samfunn kunne de ansatte også dra på hjemmebesøk til deltakerne der de hjelper dem med å ivareta eller reetablere nettverk, trygge dem i overganger

til ulike aktiviteter eller hjelpe med å tilpasse og tilrettelegge hjemmet. En informant fortalte: «Vi prøver å tilrettelegge for at de skal kunne bo hjemme lengst mulig, mestre ADL så lenge som mulig, dette gjør vi på ulike måter». Informanten tok også med et eksempel på dette:

*Hjemme hos en deltaker var alle dører og vegger helt hvite, så de valgte å male døren blå slik at deltakeren kunne finne veien ut og fortsette å være i aktivitet og deltagelse I tillegg har vi jobbet med velferdsteknologi der GPSer, trygghetsalarmer og døralarmer har blitt brukt for å skape trygghet.*

### **3.4 Ergoterapeutisk kompetanse**

En informant fortalte om sine erfaringer og kunnskaper vedkommende har opparbeidet seg gjennom arbeidet med demens innenfor miljøbehandlingen. Informanten dro frem sine ergoterapeutiske kunnskaper og hvordan dette bidrar til å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens. Informanten sa:

*Jeg tror jeg bidrar mye med å ha ett brett, åpent og holistisk blikk som ser på muligheter og løsninger. Jeg tror jeg også er flink på å oppdage ting og vite hvordan jeg skal ta det videre. Jeg ser på hvilke muligheter som er der og tilrettelegger det sosiale for at folk er aktive og sosiale og det er veldig vi.*

Videre fortalte informanten om hvordan ergoterapeuten kan bruke kunnskapene i samarbeid med personer med demens, informanten sa:

*Hvis noen med demens sier at han eller hun ikke vil noe eller vil ingenting så er jeg flink til å finne måter å inkludere eller sette den personen i aktivitet. Som ergoterapeut jobber jeg for å få en relasjon til deltager og det gjør en stor forskjell.*

En annen informant sa: «Hun har dette synet med tilgjengelighet og tilrettelegging og vi har det vi andre også, men, hun har enda mer fokus på dette. Det er også fint å ha noen vi kan spørre om hjelpemidler».

## 4.0 Diskusjon

Resultatene viser informantenes subjektive erfaring med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens. Videre i diskusjons kapitlet vil resultatene diskuteres på bakgrunn av forskningsspørsmålet: «Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt lavterskeltilbud med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens?».

MOHO er det teoretiske perspektivet oppgaven baserer seg på, dermed vil resultatene diskuteres opp mot denne. Diskusjonen vil struktureres etter tre sentrale begreper i MOHO som er person, aktivitet og omgivelser (Taylor, 2017, s. 27). Ulike temaer vil trekkes frem innenfor disse begrepene. Begrepene ble valgt på bakgrunn av MOHO som er en ergoterapeutisk modell (Taylor, 2017, s. 11). Under person er temaene tverrfaglig samarbeid; vaner, rutiner og struktur, brukermedvirkning; og veiledning og rådgivning. Under aktivitet blir det ett tema som er tilrettelegging for aktivitet. Til slutt vil tema under omgivelser være tilrettelegging av omgivelser. Diskusjonen vil foregå fra et ergoterapeutisk ståsted og vil inneholde teori og forskning samt egne synspunkter for å drøfte oppgavens hovedfunn.

<b>Informantenes erfaringer med å bruke miljøbehandling for personer med demens</b>				
<b>KODER</b>	Miljøbehandling og erfaringer	Fremme aktivitet og deltagelse	Demensvennlig samfunn	Ergoterapeutisk kompetanse
<b>TEMAER</b>	<u>Person</u> Tverrfaglig arbeid Vaner, rutiner og struktur Brukermedvirkning Veiledning og rådgivning	<u>Aktivitet</u> Tilrettelegging for aktivitet	<u>Omgivelser</u> Tilrettelegging for aktivitet	

*Tabell 2: Temaer.*

## **4.1 Person**

### **4.1.1 Tverrfaglig samarbeid**

Forskning sier at å drive en tjeneste på en tverrfaglig måte øker sjansene for bedre kvalitet i tjenestene som tilbys (Galvin et al., 2014, s. 455). Det er kjent at demens er en progressiv sykdom gjør at personer med demens kan ofte trekke seg tilbake og få opplevelser av angst, depresjon, og irritasjon (Tretteteig, 2016, s. 35-36). Forskningen videre sier at personer med demens som er deltagende i tjenester som drives av tverrfaglige team har flere positive innvirkninger (Galvin et al., 2014, s. 463.). Mange blir mindre stresset i forhold til sine hukommelsesvansker, de føler de kan mer om sin sykdom og er mindre depressive. På bakgrunn av dette kan det tenkes at å drive et slik lavterskeltilbud på en tverrfaglig måte gjør at personer med demens føler seg tryggere og har mer tillit til ansatte. Dette kan videre føre til at deltagere blir mer åpne for å kommunisere med ansatte om sine hverdagslige utfordringer (Taylor, 2017, s. 449). Eide og Eide (2017) forklarer at trygghet og tillit er spesielt viktig for eldre og sårbare. Videre kan det drøftes at ettersom deltagere er i trygge rammer vil de være mer villige til å delta i aktivitet. Det kan derfor tenkes at aktivitet og deltagelse fremmes.

### **4.1.2 Vaner, rutiner og struktur**

Taylor (2017) forklarer at rutiner kan være koblet til ulike sykluser som er koblet til våre roller i samfunnet. Den forklarer videre at rutiner gir struktur og forutsigbarhet til livet og at etter en tid blir dagliglivet vårt formet av disse rutinene (Taylor, 2017, s. 97). Når en funksjonsnedsettelse oppstår kan rutiner være med å fremme eller hemme den rammedes aktivitet og deltagelse (Taylor, 2017, s. 98). Resultatene fra intervjuene setter fokus på et slikt eksempel. En informant fortalte at det er vanskelig for personer med demens å endre vaner, men at likevel det er mange som får det å delta i aktivitetene de tilbyr som en vane. Forskning tilsier at tiltak og intervensjoner som har faste tider burde bli ført tidlig i forløpet til personer med demens ettersom det kan øke sjansen for at utførelsesevnen på personer med demens varer lengre (Dahlberg et al., 2023, s. 8-9). På bakgrunn av det kan det tenkes at dette skyldes rutiner og vaner som er dannet i forkant av sykdomsutviklingen som gir mer forutsigbarhet og struktur i hverdagen (Taylor, 2017, s. 97). Dette kan føre til en økning i deltagelse i aktivitet og sosialt samvær.



### **4.1.2 Brukermedvirkning**

Brukermedvirkning og den enkeltes ønsker og behov er noe de ansatte også har fokus på i lavterskeltilbudet. Taylor (2017) beskriver brukermedvirkning som å sette deltager og deltagers ønsker i fokus. Dette gjøres uten at behandlerens fagligansvar fratas (Tretteteig, 2016, s. 202). Videre sier Taylor (2017) at å fremme brukermedvirkning er startpunktet til forandring. Informantene fortalte om at målet deres er å få personer med demens til å kunne kjenne på glede ved å delta i aktiviteter og å være i et sosialt samvær. En informant ga et eksempel på måter de ivaretar brukermedvirkning. Informanten fortalte om at balansetreningstilbudet ble utviklet på bakgrunn av at en deltager uttrykte negative følelser i forhold til balansen og etter hvert det viste seg at det var flere som uttrykte det samme. Å endre planer etter deltagers ønsker, hvis mulig er også noe de gjør for å ivareta brukermedvirkning. Forskning viser at å fremme brukermedvirkning for personer med demens er avgjørende for deltagers egen deltagelse (Slettebø & Strøm, 2021, s. 846). Det kan tenkes at deltagers interesse for å delta i aktivitetene øker ettersom de kan være med å påvirke til en viss grad hvordan dagens aktivitet blir. Videre kan det drøftes at dette utfallet vil gjenspeiles i hverdagen i form av mer deltagelse og aktivitet.

På en annen side kan det drøftes at det er vanskelig å oppfylle brukermedvirkning for alle til enhver tid (Haak et al., 2018, s. 106). Det er en variasjon fra dag til dag på hvor mange deltagere som benytter seg av tilbudet, så det kan tenkes at for de ansatte vil det kunne være vanskelig å oppfylle alle sine ønsker.

### **4.1.3 Veiledning og rådgivning**

Veiledning og rådgivning for både personer med demens og deres pårørende er også en del av tilbudet. I tillegg tilbyr de oppfølgingssamtale og koordinatører for deltagere hvis det er ønskelig. Tretteteig (2016) forteller at i tilfellene der det er mangel på informasjon vil både personer med demens og deres pårørende kunne kjenne på mangelfull oppfølging. Som resultat omtales denne perioden som tungt og frustrerende (Tretteteig, 2016, s. 95). Det tenkes at rådgivning og veiledning er brukt i lavterskeltilbudet som en strategi for å skape mer trygghet og sikkerhet. Dette er noe som kan føre til bedre kommunikasjon i det terapeutiske relasjonen mellom helsepersonell og deltageren (Taylor, 2017, s. 449). Videre kan det drøftes at ettersom deltagere er i trygge rammer vil de være mer villige til å delta i aktivitet. På bakgrunn av dette kan aktivitet og deltagelse fremmes for deltagere.

## **4.2 Aktivitet**

### **4.2.1 Tilrettelegging for aktivitet**

Tilrettelegging for og av aktivitet er noe informantene satte stort fokus på under intervjuene. Resultatene viser til forskjellige metoder og strategier de ansatte bruker for å kunne tilrettelegge der det er behov. Aktivitetsadaptasjon sier noe om viktigheten av å tilrettelegge for aktivitet (Taylor, 2017, s. 53). Taylor (2017) forklarer videre at aktivitetsadaptasjon er en sammensetning av aktivitetsidentitet og aktivitetskompetanse. Identiteten gjenspeiler livserfaringer og kompetansen omhandler deltagelse i aktivitet som speiler identiteten (Taylor, 2017, s. 167-168). Aktivitetsadaptasjonen blir påvirket av omgivelsene i form av muligheter og begrensninger som er satt (Taylor, 2017, s. 168). Forskning sier at musikk behandling og fysisk aktivitet er to av de mest effektive typer behandlinger for personer med demens (Abraha et al., 2017, s. 22; Connors et al., 2018, s. 1765). Informantene fortalte at musikkbasert miljøbehandling og gå grupper er blant dem aktivitetene som tilbys i lavterskeltilbudet. I tillegg får deltagere tilbud om musikk kartlegging. Disse aktivitetene er tilpasset og tilrettelagt for målgruppen. Det kan tenkes at ved å tilby tjenester som er demensrettet og gjennom tilrettelegging av aktivitet vil aktivitetskompetansen endre seg og deretter aktivitetsidentiteten (Taylor, 2017, s. 167-168). For personer med demens vil dette kunne endre aktivitetsmønsteret i form av mer aktivitet og deltagelse. På bakgrunn av dette kan det tenkes at deltagelse i fysisk aktivitet og musikkbasert miljøbehandling gir deltageren mestringsfølelse som gjør at de ønsker å delta mer i aktivitet.

## **4.3 Omgivelser**

### **4.3.1 Tilrettelegging av omgivelser**

Taylor (2017) forklarer at omgivelser er mer enn fysiske rom vi oppholder oss i, det innebærer også de sosiale og kulturelle omgivelsene samt økonomiske. Videre blir det forklart at de omgivelsene rundt skaper både muligheter og begrensninger for den enkelte (Taylor, 2017, s. 138). Informantene fortalte at de jobber med demensvennlig samfunn ved å tilrettelegge omgivelsene. De arbeidet mot dette ved å eksempelvis undervise om demensvennlig samfunn og følge opp de som blir undervist. I tillegg samarbeider de med samfunnet og utvikler ulike tilrettelagte tilbud for personer med demens. Forskning sier at å undervise samfunnet om demensvennlig samfunn øker kjennskap og bevissthet som gir en positiv holdningsendring (Berndt et al., 2021, s. 4). Det kan tenkes at gjennom deres kontinuerlige kontakt med de som

er opplært kan det bidra til å gi et enda bredere spredning av denne kunnskapen. Dette kan videre føre til at samfunnet tar mer ansvar og at omgivelsene tilrettelegger for et mer demensvennlig samfunn. Berndt et al. (2021) sier at å tilrettelegge omgivelser etter behovet til personer med demens og deres pårørende kan føre til et meningsfullt bidrag i det demensvennlige samfunnet. Det tenkes også at det blir mer samarbeid med ulike tjenester og personer som ikke tror de har mye å bidra med, i tillegg til at flere tilrettelagte tilbud for personer med demens blir utviklet. Gjennom måten de tilnærmer seg samfunnet om et demensvennlig samfunn, er det tenkt at de tar et steg videre som vil resultere i mer aktivitet og deltagelse for personer med demens.

#### **4.4 Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser**

MOHO beskriver samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser på bakgrunn av vilje, vanedannelse, utøvelseskapasitet og omgivelser (Taylor, 2017, s. 45). Videre forklares det at en forandring i disse elementene kan føre til en endring i deltagerens følelser, tanker, mestring og utøvelse av aktiviteter (Taylor, 2017, s. 48).

Når deltagers behov og ønsker er iverksatt og deltagerer får delta i aktiviteter som er til deres interesse kan det øke mestringsfølelse. Med dette kan det være større sjanse for at en rutine i hverdagen blir dannet. Tidligere i oppgaven er det nevnt om hvor viktig det er for personer med demens å ha struktur i hverdagen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 17). På bakgrunn av dette kan det tenkes at dersom deltagerne finner mestring i noen aktiviteter, kan de bli mer deltagende i andre aktiviteter, dette kan føre til mer selvstendighet i hverdagslivet. Det kan tenkes at det samme gjelder med veiledning og rådgivning. Veiledning og rådgivning kan gi deltagerer og pårørende en større mulighet til å bli hørt og gjennom det kan tilrettelegging av aktivitet føre til enda mer deltagelse i aktiviteter og i samfunnet (Tretteteig, 2016, s. 95; Taylor, 2017, s. 449).

Ved å ha en slik tankegang kan det tenkes at personer med demens kjenner på økt mestringsfølelse ved å kunne gjennomføre aktiviteter de ikke klarte før. Når deltagerer får delta i kjente aktiviteter vil selvstendighetsnivå i utførelsen kunne økes etter en tid, dette identifiseres som aktivitetskompetanse (Taylor, 2017, s. 49). Dette vil kunne føre til mer deltagelse i aktivitet og sosiale omgivelser, som videre vil kunne bidra til at de er friskere og kan bo hjemme lenger (Gausdal et al., 2015). MOHO identifiserer dette utfallet som

aktivitetsskifte; en endring i aktivitet som kommer av samspillet mellom vilje, vaner og aktivitetskapasitet (Taylor, 2017, s. 49).

#### **4.5 Metodediskusjon**

I denne delen av oppgaven vil styrkene og svakhetene ved gjennomføring av prosjektet bli lagt frem.

Prosjektplanen ble utarbeidet i begynnelsen av dette prosjektet. Planen ble fulgt godt i begynnelsen, men ble etter hvert anvendt mindre. Det ble tenkt at planen var realistisk i forhold til tidspunkt for seminar, men ble etter hvert justert da vi så at deler av oppgaven tok lengre tid enn planlagt. I tillegg måtte planen leveres en andre gang for å justere og gjøre hensikten med prosjektet enda mer tydelig, dette ble det brukt en del ekstra tid på. Uavhengig av dette ble alle frister overholdt, og oppgaven ble ferdig i tide.

Intervjuguiden er noe vi ser på både som en styrke og en svakhet. Intervjuguiden ble grundig gjennomført i forhold til hva vi ønsket svar på, men derimot senere i prosjektet skulle vi ønske vi satte enda mer fokus på hva ergoterapeutene kan bidra med i miljøbehandling. Uavhengig fikk vi gode svar og tolket resultatene ut ifra et ergoterapeutisk perspektiv som gjorde at oppgavens endelige resultat satte fokus på ergoterapien (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 162).

Tidligere forskning og litteratur er noe det kunne blitt brukt mer tid på. Søket ble gjennomført systematisk med hjelp av PICO søk (Helsebiblioteket, 2021). Derimot kunne det bli satt mer fokus på å finne ut engelske begreper på miljøbehandling for å finne mer relevant og oppdatert forskning på dette feltet. Til slutt ble det funnet relevante artikler, men det var ønskelig å få et større omfang litteratur rundt miljøbehandling og demens i forbindelse med ergoterapi.

Før intervjuene med informantene ble det gjennomført et pilotintervju. Pilotintervjuet ble utført på en nær person til den ene studenten. Informanten som deltok i pilot intervju var hverken ergoterapistudent eller ergoterapeut, men ga studentene en tilbakemelding på spørsmålsutforming og tema. Studentene fikk positive tilbakemeldinger på spørsmålene, hvordan de ble stilt og at det gikk fint å utføre det digitalt. De eneste endringene som ble gjort i etterkant var at studentene selv ble oppmerksomme på at vi manglet noen spørsmål og at rekkefølgen til fordel kunne endres. På dette grunnlag ble det vurdert et godt nok grunnlag til å begynne intervjuene.

Fra starten av var planen å gjennomføre intervjuene fysisk på arbeidsplassen til informantene. Derimot ble ikke dette mulig. Ukene fremover mot intervju gikk utrolig fort og grunnet påskeferie om seminar måtte intervjuene bli gjennomført digitalt. Dette fordi det var ønskelig med å ha innhentet noen resultater til seminaret som tok sted rett etter påskeferien. Informantene hadde ikke mulighet til å bli intervjuet i påsken, dermed ble intervjuene gjennomført før påskeferien. Det ble drøftet fordeler og ulemper ved å gjennomføre intervjuene digitalt. En fordel er at digitale intervjuer ikke krever forflytning til arbeidsplassen som igjen ikke går utover økonomien som er en grunn til at digitalt intervju ble vurdert som passende. Dette utgjorde også en forskjell på transkripsjonen. Utgangspunktet var å transkribere etter hvert enkelt intervju, men grunnet kort tid ble transkripsjonen gjennomført uken etter intervjuene.

Intervjuene fungerte fint digitalt, men det kan tenkes at digitalt intervju kan påvirke oppfatningen av ansiktsuttrykk, kroppsspråk og meningen av det som blir sagt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161). I tillegg ble det opplevd noe ustabil nettværk på alle tre intervjuene som oppleves negativt da studentene kan ha mistet noe viktig informantene sa, derimot gjentok alle seg når nettværket var stabilt igjen. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer at kvaliteten på intervjuene er en avgjørende faktor for at analysen ender opp med bra kvalitet. Uavhengig av at intervjuene ble digitale mener studentene at kvaliteten fremsto som bra og at det ikke skal ha påvirket analysen senere.

Lydopptaket ble gjennomført ved at begge studentene brukte telefon. Dette fungerte veldig fint selv om intervjuene ble digitalt. Lydkvaliteten på opptakene opplevdes som god og det var ingen problemer med å kunne tyde det som ble sagt. Ved å bruke lydopptak kan man ha full konsentrasjon om intervjuets hovedpoeng og fullstendig få frem deltagerne sine erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 205). Transkripsjonen ble gjennomført på en god måte, uavhengig av at planen var å transkribere etter hvert enkelt intervju i tillegg til oppsettet av transkripsjonen. En student skulle stoppe og starte lydopptaket mens den andre skulle skrive. Dette ble prøvd ut, men ble raskt erfart at fungerte ikke veldig bra da man måtte si ifra hver gang den skulle stoppes. Derimot ble det gjennomført ved at den som skrev startet og stoppet lydopptaket mens den andre fulgte med både på skriving og opptaket slik at begge fikk bekreftet underveis at det ble lik oppfatning av innsamlede data. Begge studentene opplevde denne løsningen som fin.

## **4.6 Relevans for praksis**

Ergoterapeuter sitter med mye kompetanse om tilrettelegging og tilpassing av hverdagslivet samt omgivelsene rundt (Ergoterapeutene, 2017a, s. 15). Det er nevnt i resultater at ergoterapeuten i lavterskeltilbudet bidrar med å se på muligheter og løsninger med et åpent, brett og holistisk syn. Det at ergoterapi har lignende trekk til miljøbehandling gjør at ergoterapeuter kan ha en stor rolle i utvikling av miljøbehandling i demensomsorgen (Bonsaksen et al., 2018, s. 10). Dette ved at ergoterapeuter bruker tilrettelegging og tilpassing av aktivitet og miljøet ved å se på: hva deltagerer liker å gjøre, hvordan deltageren fungerer i aktiviteter og finne ressurser som gjør aktivitetene enklere. Ergoterapeuter kan bruke det holistiske synet om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser for å se på den enkeltes deltagelse i aktivitet i miljøbehandling (Bonsaksen et al., 2018, s. 10). Gjennom dette arbeidet kan ergoterapeuter bidra til at personer med demens bor hjemme lengst mulig (Gausdal et al., 2015, s. 36). Dermed kan de også bidra til et mer demensvennlig samfunn.

## **5.0 Konklusjon**

Følgende forskningsspørsmålet har blitt utforsket:

«Hvilke erfaringer har ansatte i kommunalt lavterskeltilbud med å bruke miljøbehandling for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens?»

Hovedfunnene fra resultatene som baserer seg på erfaringer fra ansatte sier at miljøbehandling har en positiv innvirkning i og fremmer aktivitet og deltagelse for personer med demens.

Deres arbeid innebærer å tilrettelegge aktivitet og omgivelser, å veilede og gi råd og å fremme forutsigbarhet, struktur i hverdagen og brukervedvirkning i et tverrfaglig team. I tillegg er det å jobbe for et mer demensvennlig samfunn et av deres arbeidsoppgaver. Som det videre ses i diskusjonsdelen, har alle disse faktorene en positiv innvirkning på å fremme aktivitet og deltagelse hos personer med demens.

Det ses at ved å jobbe med samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser kan ergoterapeuter ha en stor rolle i miljøbehandling (Bonsaksen et al., 2018, s. 10). I arbeidet deres kan ergoterapeuter anvende kunnskapen om tilrettelegging og tilpassing av både aktivitet og omgivelser for å fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens.

Gjennom utarbeidelse av denne bacheloroppgaven har studentene opparbeidet ny kunnskap om hvordan ergoterapeuter kan sammen med miljøbehandling fremme aktivitet og deltagelse for personer med demens.

På bakgrunn av dette anses forskningsspørsmålet og hensikten med tema som besvart. Selv om forskningsspørsmålet anses som besvart tenkes det at mer forskning på miljøbehandling og ergoterapi anses som et behov.

## 6.0 Referanseliste

- Abraha, I., Rimland, J. M., Trotta, F. M., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., & Cherubini, A. (2017). Systematic review of systematic reviews of non-pharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ open*, 7(3), e012759. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012759>
- Aldring og Helse. (u.å.-a). *Aktivitet er viktig*.  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/aktivitet-er-viktig/>
- Aldring og Helse. (u.å.-b). *Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen*.  
<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/strukturert-miljobehandling-i-demensomsorgen/>
- Aldring og Helse. (2020, 12. november). *Hvilke behov og ønsker har personer med demens*.  
<https://www.aldringoghelse.no/hvilke-behov-og-onsker-har-personer-med-demens/>
- Berndt, A., Gregorio, M., Horne, N., Hudson, A., Hung, L., Jackson, L., Mann, J., Phinney, A, Wallsworth, C. & Wong, L. (2021). Creating Dementia-Friendly Communities for Social Inclusion: A Scoping Review. *Gerontology & geriatric medicine*, 7, 23337214211013596. <https://doi.org/10.1177/23337214211013596>
- Bonsaksen, T., Sandberg, T.M., Soreskog, M & Ellingham, B. (2018). Aktivitet – ergoterapeuters sentrale bidrag til miljøterapi til miljøterapi. *Ergoterapeuten*.
- Braun, V & Clarke, V. (2008). Using thematic analysis in psychology, qualitative research in psychology, 3:2, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Connors, M. H., Quinto, L., McKeith, I., Brodaty, H., Allan, L., Bamford, C., Thomas, A., Taylor, J.-P. & O'Brien, J. T. (2018). Non-pharmacological interventions for Lewy body dementia: a systematic review. *Psychological Medicine*, 48(11), 1749–1758.  
<https://doi.org/10.1017/s0033291717003257>
- Creswell, J. W & Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. (5.utg). SAGE Edge.
- Dahlberg, L., Janeslätt, G., Löfgren, M, Möller, M., & Persson, A. C. (2023). Daily time management in dementia: qualitative interviews with persons with dementia and their significant others. *BMC geriatrics*, 23(1), 405. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04032-8>
- Eide, H & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling og etikk*. (3.utg.). Gyldendal akademisk.



- Ergoterapeuten. (2015). *Tilrettelagt aktivitet, tilpasset hver enkelt – i tide* [Brosjyre].
- Ergoterapeutene. (2017a, 1. november). *Alle skal kunne delta: Ergoterapeuters kjernekompetanse* [Brosjyre]. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
- Ergoterapeutene. (2017b) *Yrkesetiske retningslinjer*.  
<https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/yrkesetiske-retningslinjer/>
- Ergoterapeutene. (2019, 2. juli). *Hva kan og gjør ergoterapeuter? Og hvorfor? Hva kan og gjør ergoterapeuter? Og hvorfor? - Ergoterapeutene*
- Folkehelseinstituttet. (2021, 15.februar). *Demens*.  
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=>
- Galvin, J. E., Valois, L., & Zweig, Y. (2014). Collaborative transdisciplinary team approach for dementia care. *Neurodegenerative disease management*, 4(6), 455–469.  
<https://doi.org/10.2217/nmt.14.47>
- Gausdal, M., Michelet, M. & Skarpenland, T. (2015) *Utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens: - EN OPPGAVE FOR DEMENSTEAMENE OG EN ARENA FOR ERGOTERAPEUTER*. Ergoterapeuten.
- Haak, M., Iwarsson, S. & Kylberg, M. (2018). Research with and about user participation: potentials and challenges. *Aging clinical and experimental research*, 30(1), 105–108.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-017-0750-7>
- Helsebiblioteket. (2021, 19. september). *Kunnskapsbasert praksis*.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Helsedirektoratet. (2022, 3. mai). *Kommunen skal tilby dagaktivitetstilbud til personer med demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/miljorettede-tiltak-og-aktiviteter-ved-demens/kommunen-bor-tilby-dagaktivitetstilbud-til-personer-med-demens>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020, 2. desember). *Demensplan 2025*.  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>
- Kvale, S & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3.utg). Gyldendal.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (u.å.). *Ulike typer demens*. [Ulike typer demens \(nasjonalforeningen.no\)](https://www.nasjonalforeningen.no)
- NOU 2005: 1.(2004). *God forskning – bedre helse: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning, som involverer mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger (helseforskningsloven)*. Helse og omsorgsdepartementet.

- Slettebø, T. & Strøm, A. (2021). Factors affecting user participation for nursing home residents with dementia: a critical interpretive synthesis. *European Journal of Social Work*, 24(5), 828–851. <https://doi.org/10.1080/13691457.2021.1964442>
- Sverdrup, S. (2020). *Bachelor- og masteroppgaver i sosial- og helsefag: Råd og vink. Skritt for skritt*. CAPPELEN DAMM AKADEMISK.
- Taylor, R.R. (2017). *MOHO: Kielhofners model for menneskelig aktivitet*. (3. Utg). Munksgaard.
- Tretteteig (Red.). (2016). *Demensboka: Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Aldring og helse.
- Tuntland, H. (2014). *En innføring i ADL: Teori og intervensjon*. (2.utg). Høyskoleforlaget.
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2022, 14.mars). *Målrettet miljøbehandling*. <https://www.utviklingscenter.no/malrettet-miljobehandling/personsentrert-omsorg-en-vei-til-verdighet/malrettet-miljobehandling>