



# Bachelor I Sykepleie

Å skape trivsel for personer med demens

*”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av miljøbehandling bidra til å skape trivsel for personer med demens på sykehjem?”*

Kandidatnummer: 344

Lovisenberg diakonale høgskole

Antall ord: 10 109

Dato: 14. april 2016



## **Det er så lite...**

Det er så lite som skal til  
for at en dag skal skinne.  
Et solstreif i form av et smil,  
så har du gleden inne.

Det er så lite som skal til  
for at en dag skal lute.  
Et syrlig ord som sår tvil,  
og så er gleden ute.

*(Ukjent)*



*(Privat)*

Tittel: Å skape trivsel for personer med demens

#### ABSTRAKT

##### Problemstilling

Hvordan kan sykepleier ved hjelp av miljøbehandling bidra til å skape trivsel for personer med demens på sykehjem?

##### Metode

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Det vil si at det er anvendt fag- og forskningslitteratur, samt egne erfaringer i teksten.

##### Teoretisk perspektiv

Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder er basis for denne oppgaven hvor sykepleie til personer med demens vil bli vektlagt og gjort rede for. Trivsel defineres og drøftes ut ifra trivselteorien presentert gjennom Ågot Bergland. Tom Kitwoods arbeid når det gjelder personsentrert omsorg er også relevant, og vil bli definert.

##### Drøfting

Drøftingen tar utgangspunkt i forskning av pasientenes erfaringer og opplevelser av trivsel på sykehjem. Teorien vil bli drøftet opp mot sykepleiers ansvar og funksjon for å skape trivsel for personer med demens. Sykepleiers funksjon vil bli drøftet ut ifra trivselteorien og videre i forhold til kartlegging for å fremme personsentrert omsorg ved anvendelse av miljøbehandling. Personsentrert omsorg står sentralt i sykepleiers rolle for å skape trivsel for personer med demens. Det drøftes også hvorvidt bruken av miljøbehandling, i form av aktiviteter og musikkbehandling, fremmer eller hemmer trivsel for personer med demens og videre viktigheten av at sykepleier har en sentral rolle i anvendelsen av miljøbehandling.

##### Konklusjon

Personer med demens har behov for en personsentrert tilnærming der sykepleieren har kjennskap til pasientens historie. God kartlegging er nødvendig for at trivsel skal oppnås, og har sammen med personsentrert omsorg en sentral rolle i bruken av miljøbehandling til personer med demens. Trivsel er imidlertid en tilstand som er vanskelig å definere og vurdere. Sykepleiers faglige kompetanse og erfaringsbaserte kunnskap er derfor svært viktig for å fremme trivsel for personer med demens på sykehjem.

**Nøkkelord:** Personer med demens, sykehjem, trivsel, miljøbehandling.

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>1 INNLEDNING.....</b>	<b>1</b>
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PROBLEMSTILLING .....	1
1.2 PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING .....	2
1.3 HENSIKTEN MED OPPGAVEN.....	2
1.4 AVGRENSNING .....	2
1.5 BEGREPSAVKLARING .....	3
1.6 OPPGAVENS OPPBYGNING .....	4
<b>2 METODE.....</b>	<b>5</b>
2.1 ANVENDT METODE OG BEGRUNNELSE .....	5
2.2 LITTERATURSØK .....	5
2.3 KILDEKRITIKK .....	7
2.4 ERFARINGSBASERT KUNNSKAP .....	8
<b>3 Å VÆRE RAMMET AV DEMENS.....</b>	<b>9</b>
3.1 ALZHEIMERS DEMENS .....	9
3.2 Å LEVE MED DEMENS .....	10
3.3 MILJØBEHANDLING .....	11
<b>4 SYKEPLEIEFAGLIG RAMMEVERK .....</b>	<b>15</b>
4.1 SYKEPLEIERS ANSVAR OG FUNKSJON .....	15
4.2 PERSONSENTRERT OMSORG.....	16
4.3 TRIVSELTEORI.....	17
<b>5 DRØFTING .....</b>	<b>19</b>
5.1 Å SKAPE TRIVSEL GJENNOM KARTLEGGING AV PERSONER MED DEMENS .....	19
5.2 Å SKAPE TRIVSEL I NYE OMGIVELSER PÅ SYKEHJEM.....	21
5.3 Å SKAPE TRIVSEL VED HJELP AV MILJØBEHANDLING .....	24
5.4 AKTIVITETER OG MUSIKK, ET BIDRAG TIL ØKT TRIVSEL?.....	25
<b>6 KONKLUSJON.....</b>	<b>29</b>
 <b>LITTERATURLISTE .....</b>	 <b>30</b>
<b>VEDLEGG 1.....</b>	<b>33</b>

# 1 Innledning

Remember that our odd behavior and memory difficulties are the result of a physical disease. (...) We need to be given the same choices as you, even though we cannot tell you clearly what choice we want to make (...). And, above all, please remember we are individual human beings. We have dementia, and you can't see the damage, so you don't know what it is like. Don't assume too much. Take us at face value, as a person, first and foremost, not a disease. Then help us to keep on achieving to our full potential (Bryden, 2005, s. 126-127).

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I Norge lever det over 71 000 mennesker med en demensdiagnose. Hvert år får ca. 10 000 nye personer i Norge sykdommen (Engedal & Haugen 2009). Beregninger viser at dersom levealderen i befolkningen fortsetter å øke like mye som nå i årene fremover, vil dette føre til at antall personer med demens i Norge i 2050 vil være fordoblet i forhold til hva det var i 2006 (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2014). Demens kan forekomme i aldersgruppen under 65 år, men de fleste personer med demens i Norge finnes i aldergruppen over 65 år. Det gjelder spesielt blant personer over 90 år hvor forekomsten er på ca. 40% (Engedal & Haugen, 2009).

Det er ofte en stor belastning for personen å leve med en demenssykdom. Følelsen av å miste hukommelsen vil kunne oppleves som svært tungt, uavhengig av alder. En person med demens vil i begynnelsen bare vise vage tegn på sykdommen. Etter hvert som tiden går, øker den kognitive svikten og personen går lenger tilbake i tid mentalt. Til slutt vil personen være kommet til et stadium hvor han eller hun kan være helt hjelpeløs (Engedal & Hauge, 2009). Det er derfor viktig at sykepleier bidrar til å ivareta pasientens interesser, autonomi og integritet når vedkommende rammes av demens.

Hos personer med en demenssykdom ser man ofte komplekse sykdomsbilder med funksjonssvikt på flere områder (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015).

Sykdomskomplikasjoner og en forverring av den kognitive svikten er ofte hovedgrunnen til at mange personer med demens etter hvert må flytte permanent til et sykehjem (Engedal, 2016). På dette stadiet kan det være viktig at sykepleier bidrar til å skape trivsel for pasienten, både i form av å være støttende og ved å bidra til deltakelse og initiativ i hverdagen (Rokstad, 2008).

Etter å ha arbeidet innen eldreomsorgen i over 4 år samt hatt et veldig nært forhold til min egen farfar som også hadde demens, har jeg med egne øyne sett hvor stort behovet for trivsel er. Jeg har erfart at ulike aktiviteter og bruk av musikk er av stor betydning for personer med demens. Pasienten oppleves for meg ofte mer ”levende” i slike situasjoner. Smilet kommer gjerne tydeligere frem, kanskje også en latter eller en historie fra tidligere opplevelser. Akkurat i slike øyeblikk kan en se at pasienten har det bra og trives.

På bakgrunn av egne erfaringer og en stor interesse for personer med demens, valgte jeg derfor å skrive om hvordan sykepleier kan bidra til å skape trivsel for denne pasientgruppen.

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Med bakgrunn i det ovennevnte kom jeg frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan sykepleier ved hjelp av miljøbehandling bidra til å skape trivsel for personer med demens på sykehjem?”

## **1.3 Hensikten med oppgaven**

Hensikten med denne oppgaven er å belyse sykepleierens funksjon i forhold til å skape trivsel for personer med en demenssykdom på sykehjem ved hjelp av miljøbehandling. I tillegg ønsker jeg å øke egne kunnskaper på dette området, samt bidra til at flere får økt kunnskap om miljøbehandling som en behandlingsmetode for personer med demens.

## **1.4 Avgrensning**

Jeg har valgt å avgrense oppgaven min til pasienter med Alzheimers demens, da denne demenstypen er den mest utbredte i Norge (Engedal & Haugen, 2009). I tillegg til at de ulike demenssykdommene har forskjellige behandlingsprinsipper. Jeg ønsker å ta for meg både kvinner og menn i alderen 65 år og oppover. Grunnen til at jeg har valgt å avgrense oppgaven på alder, er at demens er mest utbredt blant den eldre delen av befolkningen (Engedal & Haugen, 2009). Jeg har valgt å avgrense den kulturelle bakgrunnen til kun å gjelde personer med norsk opprinnelse, siden det er denne kulturelle bakgrunnen jeg selv har og har best

kjennskap til. Av hensyn til omfang er ikke pårørende inkludert i denne oppgaven, selv om de kan være sterke ressurser for personer med demens. Konteksten for denne oppgaven er lagt til et norsk sykehjem med bakgrunn i at 75% av alle pasienter ved norske sykehjem har en demenssykdom (Engedal & Haugen, 2009). Jeg har videre valgt å ta for meg miljøbehandling i form av aktiviteter og musikk. Musikk er i prinsippet en aktivitet, men med bakgrunn i at musikk har spesielt god effekt på Alzheimer pasienter (Myskja, 2006) har jeg valgt å ha dette som et eget punkt i oppgaven. Videre vil personer med Alzheimer demens bli referert til som personer med demens i store deler av oppgaven.

I drøftingen har jeg valgt å ta utgangspunkt i pasienter som er nyankommet til sykehjemmet og som har en moderat grad av demens med evnen til å føre en samtale i behold. Jeg har valgt å avgrense til en nyankommet pasient på bakgrunn av at jeg på denne måten får inkludert viktigheten av kartlegging. I tillegg tilsier mine egne erfaringer at behovet for å oppleve trivsel kan være stort i den fasen hvor pasienten går fra å være hjemmeboende til å bli en sykehjempasient. Miljøbehandling vil i drøftingen fokusere på aktiviteter (og musikk) som tar utgangspunkt i den enkelte pasients interesser og gleder.

## 1.5 Begrepsavklaring

I denne delen vil jeg definere noen av hovedbegrepene som brukes i oppgaven.

**Trivsel:** Defineres som hver enkelt person sin subjektive opplevelse av en situasjon. I norske ordbøker refereres det til en tilstand hvor vedkommende har det bra og liker seg. Til vanlig brukes ofte definisjonene å ha det bra, finne seg til rette og like seg mest (Bergland, 2012, s.22).

**Miljøbehandling:** Er en aktivitetsrettet behandlingsform som har som mål å bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. I tillegg til at behandlingsformen også bidrar til å styrke pasientens selvfølelse og bidrar til at pasienten opplever mestring (Rokstad, 2008, s.153).

**Personer med demens:** Er en ny og mer korrekt betegnelse på en person med en demenssykdom. Ved å bruke betegnelsen ”personer med demens” framfor ”demente” flyttes

fokuset vekk fra sykdommen og symptomene som medfølger. Fokuset rettes i stedet mot personen bak sykdommen og den enkeltes behov (Smebye, 2008).

**Moderat grad av demens:** Er betegnelsen på den fasen av demenssykdommen hvor symptomene på sykdommen kommer tydeligere frem og vedkommende begynner å få vansker med å fungere normalt i hverdagen. Vedkommende husker da blant annet mindre, spesielt nye hendelser og navn samt at daglige gjøremål ofte blir glemt eller vanskelig å gjennomføre (Engedal & Haugen, 2009).

## 1.6 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er videre bygd opp med en metodedel. Her vil jeg definere hva en metode er og deretter beskrive og definere metoden for denne oppgaven som er en litterær oppgave. I denne delen vil jeg også presentere fremgangsmåten i litteratursøkene jeg har utført, samt beskrive kildekritikk og bruk av erfaringsbasert kunnskap. Videre følger oppgavens teoridel som er todelt. Her vil kapittel tre omhandle teori med tilknytning til problemstillingen, mens kapittel fire omhandler de sykepleiefaglige rammeverkene for denne oppgaven. Problemstillingen vil bli presentert og drøftet i kapittel fem før jeg i kapittel seks avslutter oppgaven med en konklusjon.



## 2 Metode

Metoden blir ofte sett på som selve skjelettet i oppgaven. Grunnen til dette er at metoden er avgjørende for hvordan studenten skal innhente fagstoff og hvordan dette fagstoffet skal anvendes. Først og fremst for å belyse den valgte problemstillingen på en faglig og god måte, men også for å gi godt materiale til selve oppgaven (Dalland, 2012).

### 2.1 Anvendt metode og begrunnelse

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave. En litterær oppgave bygger på at det benyttes skriftlige kilder til å belyse problemstillingen. Oppgaven har en tematisk inndeling. Tema og problemstilling er ofte valgt med utgangspunkt i egenerfarte opplevelser eller spesielle interesser tilknyttet pensum eller faglitteratur (Dalland, 2012). Litterære oppgaver baserer seg på eksisterende kunnskap og viser hva den enkelte person har kommet frem til og videre hvordan den enkelte klarer å gjøre rede for hvordan litteraturen er benyttet i oppgaven (Dalland, 2012, s.228).

### 2.2 Litteratursøk

Søk etter fag- og forskningsartikler i denne bacheloroppgaven er gjort i databasene CINAHL og SveMed+, samt at det er benyttet både pensum og egenvalgt litteratur i oppgaven.

Søkingen etter artikler har hovedsakelig foregått i perioden 28.03.16 – 04.04.16. Jeg har anvendt PICO-skjema og skolens workshop som en ressurs i artikkelsøkene mine for å oppnå mest mulig relevante artikler (se vedlegg 1). Et PICO-skjema har som hensikt å fungere som et hjelpemiddel for å oppnå strukturerte søk som samsvarer med oppgavens problemstilling (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012).

Ettersom oppgaven tar for seg sykepleie til personer med demens, har det vært spesielt nyttig for meg å benytte "I" i PICO-skjema som står for "Intervention" og betyr tiltak. Her har jeg blant annet benyttet ordene "musikk" og "aktivitet" for å få søk som er mest mulig relevant for min problemstilling. Søkeordene jeg har benyttet i søkeprosessene har vært *dementia*, *nursing home*, *quality of life*, *music therapy*, *activities of daily living*, *exercise therapy*, *social participation*, *demens*, *trivsel*, *musikk*, *aktiviteter* og *sykehjem*. I søkeprosessen har jeg utført

søk med alle søkeordene i forskjellige søkekombinasjoner, men med bakgrunn i oppgavens omfang velger jeg å kun presentere de av søkene som har resultert i de artiklene som er benyttet i oppgaven.

I databasen SveMed+ benyttet jeg søkeordene *demens* og *trivsel* og kombinerte de med søkekombinasjonen AND som resulterte i tre artikler. Dette søket resulterte i en av de anvendte artiklene i oppgaven. Videre benyttet jeg også søkeordene *demens* og *musikk* og kombinerte de med AND, som resulterte i totalt 20 artikler. Av disse 20 artiklene leste jeg tre av artiklene, men endte til slutt opp med å velge kun en av dem. I tillegg til å søke i databasen SveMed+ har jeg også utført flere søk i databasen CINAHL. Her benyttet jeg blant annet søkeordene *dementia* og *nursing homes* og kombinerte disse enkeltsøkene med søkekombinasjonen AND. Dette resulterte i over 2000 treff. Jeg valgte derfor å spisse søket mitt mer og samtidig rette det mer opp mot problemstillingen. Jeg søkte derfor på *quality of life* og brukte søkekombinasjonen AND til å kombinere dette søket med mitt første kombinasjonssøk. Videre avgrenset jeg til engelskspråklige artikler innenfor de siste 10 årene. Dette resulterte i 160 treff, hvor jeg fant fire artikler med relevante sammendrag. Jeg valgte imidlertid kun å benytte en av disse, med bakgrunn i at resterende artikler hadde for liten relevans til problemstillingen.

For at valg av artikler skulle bli lettere har jeg i oppgaven benyttet ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier. Mitt første kriterium var at artiklene ikke skulle være eldre enn 10 år og være tilgjengelig i full tekst. Videre skulle artiklene være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk. Siden jeg i enkelte søk fikk mange relevante artikler, har det vært viktig for meg at artiklene hadde et sammendrag. Et relevant sammendrag førte til at jeg leste hele artikkelen. Dersom relevansen fortsatt var tilstede, ble artikkelen benyttet i oppgaven. Artiklene som er benyttet i oppgaven er valgt ut på bakgrunn av relevans til problemstillingen.

Opgaven tar utgangspunkt i fem fag- og forskningsartikler. Artiklene som er benyttet i oppgaven omhandler faktorer som bidrar til trivsel på sykehjem (Bergland, 2011), pasientens opplevelse av å trives på sykehjem (Sørbye, Gue & Vibe, 2011), viktigheten av å inkludere aktiviteter i hverdagen til personer med demens (Smit, de Lange, Willemse, Twisk & Pot, 2016), musikk som terapi i demensomsorgen (Myskja, 2009) og musikk som et terapeutisk hjelpemiddel på sykehjem (Myskja, 2005).

## 2.3 Kildekritikk

Kildekritikk er nødvendig for å vise et kritisk blikk til det som benyttes av litteratur og artikler i besvarelsen. Det skal også vise leseren hvilke krav som er stilt til det anvendte materialet. Hensikten med kildekritikk er at leseren skal ha mulighet til å delta i de refleksjonene og avgjørelsene som er gjort underveis i skriveprosessen, med bakgrunn i å belyse problemstillingen best mulig (Dalland, 2012).

I oppgaven har jeg benyttet litteratur som har relevans til min problemstilling. All litteratur som er benyttet er hentet fra skolens bibliotek eller fra eksterne kilder. Litteraturen som er benyttet i oppgaven er valgt ut med bakgrunn i anbefalinger fra biblioteket, eksterne kilder og relevans til problemstillingen.

I en litterær oppgave møter en fort på svakheter og styrker underveis i skriveprosessen. En svakhet er det å benytte litteratur som andre har tolket og gjort seg opp meninger om. Jeg har derfor vært opptatt av at mine kilder i hovedsak skal være primærlitteratur. Jeg har allikevel benyttet meg av sekundærlitteratur i enkelte deler av teksten. Et eksempel på dette er trivselteorien som både blir belyst og drøftet i denne oppgaven. Her har jeg benyttet Bergland (2012) sin presentasjon av trivselteorien med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. Dette fordi primærkilden ikke var mulig å innhente. Selv om det er en sekundærkilde, styrkes troverdigheten i teksten ved at Bergland aktivt henviser til primærkilden.

I oppgaven er det også benyttet forskningsartikler. Artiklene som er benyttet er innhentet via søk i databaser, med unntak av to artikler som er innhentet via søk etter tips fra veileder. I artikkelsøkene har jeg hovedsakelig benyttet søkedatabasen SveMed+. Dette kan være en svakhet i oppgaven min ved at jeg kun får forskningsmateriale fra land i Skandinavia og dermed ekskluderer forskning som er gjort internasjonalt.

En annen svakhet i oppgaven er min personlige mening om bruk av miljøbehandling i forhold til personer med demens. Basert på egne erfaringer har jeg fra tidligere en positiv innstilling til å ta i bruk miljøbehandling. Dette kan derfor ha hemmet oppgaven min ved at jeg i større grad har vektlagt de positive effektene fremfor de hemmende. Det har også vært utfordrende å vinkle drøftingen min mot Alzheimers demens ettersom både den anvendte litteraturen og artiklene baserer seg på trivsel og miljøbehandling i forhold til personer med demens på en generell basis.

## 2.4 Erfaringsbasert kunnskap

I oppgaven vil jeg benytte egne erfaringer, først og fremst fra praksis og jobb på sykehjem.

Jeg har jobbet mye med personer med demens. I tillegg hadde jeg også et veldig nært forhold til min egen farfar som fikk påvist demens de siste årene han levde. Jeg har også hospitert en dag på et sykehjem hvor fokuset på miljøbehandling i form av musikkbehandling og aktiviteter var sterkt vektlagt.

Erfaringene fra de avdelingene jeg har vært på, i tillegg til erfaringene fra hospiteringen har gitt meg en god forforståelse av litteraturen som vil bli diskutert i oppgaven.

### 3 Å være rammet av demens

Demens er en fellesbetegnelse på flere beslektede tilstander som er forårsaket av ulike organiske sykdommer. Demens kjennetegnes ved at det eksisterer en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre aktiviteter i hverdagen, samt en endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2009). For å kunne påvise demens hos en person, er det et krav at det alltid foreligger en hukommelsesreduksjon hos pasienten. Videre må det kunne påvises eller antas at det eksisterer en organisk sykdom i hjernen som danner grunnlaget for sykdommen. Det må utføres en vurdering for å utelukke demens som følge av delirium, forgiftning eller som en bivirkning av legemidler. Demens er vanligst hos eldre, men rammer også mennesker helt ned til 35-40 års alderen (Engedal & Haugen, 2009). Symptomene på sykdommen varierer etter hvilken type demenssykdom som er aktuell og hvilken del av hjernen som er skadet. I tillegg varierer de ut fra miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier (Berentsen, 2008b, s.355).

#### 3.1 Alzheimers demens

Det er vanlig å dele inn demenssykdommer i tre grupper. Degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (Engedal & Haugen, 2009). Alzheimers demens er en degenerativ hjernesykdom. Det vil si at celler i hjernen tilbakedannes og dør. Hjerneceller som tilbakedannes vil etter hvert føre til at symptomer blir synlige. Disse symptomene er karakteristiske ut ifra hvilke områder i hjernen som er skadet (Berentsen, 2008a, s. 74). Av alle demenssykdommene er Alzheimers demens den mest vanlige sykdommen med en forekomst på ca. 60% av alle pasientene med en demenssykdom. Alzheimers demens forekommer både hos personer under 65 år og hos eldre over 65 år. Hos den yngre pasientgruppen er sykdommen like utbredt hos kvinner som hos menn, mens den etter fylte 65 år oftere forekommer hos kvinner. Grunnen til dette skyldes i stor grad at kvinner i dagens samfunn lever lengre enn menn, men også fordi Alzheimers demens forekommer hyppigere hos kvinner (Engedal & Haugen, 2009). Hos den eldre pasientgruppen utvikler sykdommen seg over lang tid, og sviktende hukommelse er lenge hovedproblemet for pasientene. Etter hvert vil symptomer som redusert ordforråd og afasi (tale og språkvansker) bli synlige. Personer med Alzheimers demens er også ofte plaget med apraksi. Det innebærer at evnen til å utføre handlinger blir svekket (Berentsen, 2008a). Dette preger pasienten ved at hverdagslige gjøremål blir vanskeligere å utføre etter hvert som sykdommen utvikler seg

(Engedal og Haugen, 2009). En del pasienter viser også manglende innsikt i egen situasjon. I tillegg får mange symptomer som motorisk uro eller aggressivitet, endret sosial atferd og personlighetsendringer. Andre vanlige symptomer er angst, depresjon, hallusinasjoner og apati som går ut på at vedkommende har en manglende evne til å uttrykke følelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I dag er det ingen sikker årsak til hvorfor Alzheimers demens oppstår. Derfor er det også vanskelig å iverksette forebyggende tiltak å finne en kur mot sykdommen. Det finnes likevel tiltak som kan være helsefremmende. Medisiner som bremser ned sykdomsprosessen og lindring av symptomer kan i mange tilfeller ha en stor innvirkning på den enkeltes livskvalitet i hverdagen (Engedal & Haugen, 2009). I tillegg til medikamentell behandling er det også i dagens samfunn flere hjelpemidler tilgjengelig. Dette kan være ulike typer miljøbehandling og tilbud som gjør hverdagen lettere og mer meningsfull for pasientene.

### 3.2 Å leve med demens

Det er ofte vanskelig for sykepleier å vite hvordan hver enkelt pasient opplever å ha en demenssykdom, siden opplevelsen ofte varierer fra person til person. Alzheimers demens med sen debut er ofte en sykdom hvor pasienten gradvis blir dårligere og hvor det kommer flere og flere symptomer etter hvert som ytterligere områder i hjernen blir skadet. Sykdomsutviklingen kan imidlertid variere ut ifra hvor fort skadene i hjernen utvikler seg (Engedal, 2016). I en tidlig fase av sykdommen kan de fleste merke at noe ikke stemmer og prøver derfor ofte å skjule og kompensere for symptomene. Andre igjen forstår ikke hva som skjer og vil derfor vise synlige symptomer på sykdomsutviklingen (Berentsen, 2008a).

Det å leve med demens oppleves som sagt forskjellig fra person til person. Likevel er det mange som forteller at de opplever sykdommen som en stor påkjenning som blant annet medfører mye angst og usikkerhet i hverdagen. Mange bruker også ordene forvirring og frykt. Frykten over hvor mye svikten og sykdommen vil påvirke livene deres og frykten for å miste seg selv. Usikkerheten og angsten disse menneskene føler påvirket ofte selvbildet, og mange av pasientene blir ofte deprimerte og lukker seg inne. Likevel er mestringsferdighetene og viljen til disse menneskene veldig imponerende (Rokstad, 2014). I boken *Dancing with*

*Dementia* (Bryden, 2005) skildrer forfatteren opplevelsen av å leve med demens. Bryden fikk selv Alzheimers demens tidlig i livet og i boken skriver hun følgende:

How you relate to us has a big impact on the course of the disease. You can restore our personhood, and give us a sense of being needed and valued. There is a Zulu saying that is very true, *“A person is a person through others”*. Give us reassurance, hugs, support, a meaning in life. Value us for what we can still do and be, and make sure we retain social networks. It is very hard for us to be who we once were, so let us be who we are now – and realize the effort we are making to function. If you could see the damage inside our head, you would be amazed at the way we are managing despite missing bits in our brain (Bryden, 2005, s. 127).

Selv om sykdommen kan påvirke og forandre personen, så skriver Bryden at det er viktig å ikke glemme at dette mennesket fortsatt er en person. Personer med demens har ulike behov som må ivaretas og de innehar en del ressurser og ferdigheter. De ønsker ofte å bidra og bli inkludert. Demens er en sykdom som påvirker hjernen (Engedal & Haugen, 2009), men med den rette tilretteleggingen kan personer med demens fortsatt opprettholde sine ressurser og interesser. Pasienten må ofte lære seg å leve med sykdommen og de utfordringene den gir.

### 3.3 Miljøbehandling

Miljøbehandling blir i følge Rokstad (2008, s. 153) definert som en behandlingsform som vektlegger terapeutiske prosesser som kan utføres og iverksettes i miljøet pasienten befinner seg. Behandlingsformen går ut på å tilrettelegge pasientens omgivelser ved hjelp av de forholdene som har innvirkning på vedkommende sitt dagligliv. Miljøbehandling er en behandlingsform som retter seg mot aktiviteter som skal bedre pasientens kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter. Samtidig er det også ønskelig at behandlingen skal bidra til å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring. I forhold til personer med Alzheimers demens, er det først og fremst viktig å bruke egne ressurser og bidra til å opprettholde selvstendigheten så lenge som mulig. I tillegg til at miljøbehandling også i mange tilfeller har som mål å bidra til å skape trivsel og glede for pasienten (Rokstad, 2008).

Miljøbehandlingen skal være et tiltak som sykepleier iverksetter for å redusere negative følelser hos pasienten og bidra til at han eller hun får en opplevelse av å ha en bedre hverdag (Rokstad, 2008). De som er rammet av en demenssykdom har ofte mange følelser relatert til sykdommen, som blant annet følelsen av å være mislykket og uten verdi. Miljøbehandling har

et bredt spenn av tiltak, alt fra mindre fysiske tiltak til større og mer omfattende tiltak som omfavner hele miljøet. Sammen eller alene skal disse tiltakene forebygge negative følelser og dermed også fremme trivsel. Miljøbehandling fungerer både som et tiltak tilpasset hver enkelt pasient, og som et tiltak tilpasset en hel gruppe pasienter. I sistnevnte tilfelle er tiltakene valgt ut med bakgrunn i at de skal ha en positiv effekt på pasienter med demens på generell basis (Engedal & Haugen, 2009). På samme måte som medikamentell behandling, kan heller ikke miljøbehandling kurere eller stoppe sykdomsutviklingen. Behandlingsmetoden kan i stedet bidra til å bremse utviklingen og bidra til å bedre den enkelte pasientens psykiske og fysiske tilstand på enkelte områder (Engedal & Haugen, 2009). Eksempler på dette kan være at ”en person med demens, når forholdene legges til rette, blir mer selvhjulpen under måltider og påkledning” (Engedal & Haugen, 2009, s. 293).

Videre i denne teoridelen vil miljøbehandling i form av aktivisering og bruk av musikk bli beskrevet og gjort rede for. Disse to metodene vil så bli drøftet opp mot problemstillingen senere i drøftingsdelen.

### **Aktiviteter**

Aktiviteter er en naturlig del av behandlingsmiljøet for personer med demens, først og fremst siden det utgjør en så stor del av hverdagen til mennesker generelt. Aktiviteter kan knyttes til alt en person gjør til daglig. Det er da mulig å koble inn pasientens interesser eller gjøremål som har mer spesifikk nytteverdi i aktivitetene (Rokstad, 2008), som for eksempel å brette kluter.

Mennesker har alltid vært aktive av natur, men for en person med demens vil denne evnen i stor grad bli påvirket av sykdommen. Behovet om å være aktiv eksisterer fremdeles hos pasienten, men kroppen og hjernen samarbeider ikke lenger om handlingen. Personer med demens trenger derfor hjelp til å få dekket behovet for aktivisering, og med å få muligheten til å benytte egne resurser alene og sammen med andre i trygge og positive omgivelser. I tillegg til hjelp til aktivisering, vil også personer med demens ha behov for hjelp til å gjennomføre og beherske aktivitetene siden sykdommen påvirker deres evne til å involvere seg i hendelser og andre mennesker (Rokstad, 2008). Personer med Alzheimers demens kan som følge av sykdommen få vansker med å danne overblikk over situasjoner (Engedal og Hauge, 2009) og de er derfor avhengig av at sykepleier bistår med dette (Rokstad, 2008). Som de fleste andre mennesker, har personer med demens også et behov for en pause fra stimuleringen



aktivitetene gir. Det er viktig at sykepleier er oppmerksom på dette, da det på sykehjem kan være mange mennesker og mye lyd som stjeler oppmerksomheten til pasientene. Dette kan bidra til overstimulering og er i mange tilfeller like uheldig som mangel på stimuli hos personer med demens (Rokstad, 2008).

## **Musikk**

I følge Myskja (2006) blir musikkterapi definert som *”anvendelse av musikk og musikkaktiviteter ved fagpersoner med spesiell trening innen musikk for å oppnå individuelle ikke-musikalske mål for en klient eller gruppe”* (Myskja, 2006, s. 22). Når musikk brukes av fagpersoner uten spesiell utdanning, brukes ofte betegnelsen musikkbehandling. Innenfor miljøbehandling er det stor variasjon i hvordan musikk anvendes. Det kan være alt fra profesjonell bruk som for eksempel aktiv deltakelse i sang til mindre aktiviteter som generell lytting til musikk. I nyere tid har det også blitt mer og mer vanlig å bruke musikk som passiv lytting i medisinsk behandling, eksempelvis for å lindre smerte, angst og depresjon hos pasientene (Rokstad, 2008).

Målet med å benytte musikk i miljøbehandling er at pasienter med demens skal bli stimulert til sosial deltakelse. Musikk har også som mål å fungere som en distraksjon fra kjedsommelighet, samt å bidra til å motvirke ensomhet og isolasjon. Videre kan stress og uro reduseres og musikken kan bidra til positive opplevelser og reminisens (Rokstad, 2008). Reminisens betyr minnearbeid eller minnegjenkalling og tar ofte utgangspunkt i evnen til å gjeninnhente personlige og meningsfulle minner fra tidligere perioder i livet som er bevart i langtidshukommelsen (Wogn-Henriksen, 2008). Hos enkelte pasienter med Alzheimers demens kan musikalske ferdigheter være intakt, selv om den verbale hukommelsen og talen nærmest er borte. Dette skyldes at det cerebrale området som tolker og verdsetter musikk hos Alzheimer pasienter fremdeles er funksjonell. Musikk har derfor også god effekt på tale og språkfunksjonene hos pasienter med Alzheimer, siden musikk kan bidra til å gi språklig stimuli (Myskja, 2006).

Det er vanligvis to metoder som benyttes under musikkbehandling for personer med demens. Musikken kan benyttes til å øke aktivitetsnivået hos passive og nedstemte pasienter eller som allerede nevnt, benyttes for å motvirke uro, angst og stress. Når det er snakk om musikkaktivisering, refereres det gjerne til gruppebruk hvor musikk kombineres med bevegelser og dans, samt et aktivt fokus på å vekke minner hos pasientene. De rytmiske

elementene i musikken har som hensikt å bidra til økt våkenhet hos pasientene. Musikk til avspenning har best effekt på små grupper eller som en-til-en behandling. I slike tilfeller velges det musikk som skal redusere aktivitetsnivået og bidra til å skape trygghet og velvære for pasienten (Rokstad, 2008).

## 4 Sykepleiefaglig rammeverk

I denne delen av oppgaven vil jeg belyse hva som danner grunnlaget for god og forsvarlig sykepleie. Videre vil jeg belyse sykepleierens ansvars- og funksjonsområder i forhold til personer med demens. Jeg vil også belyse personsentrert omsorg og en teori som tar utgangspunkt i trivsel.

### 4.1 Sykepleiers ansvar og funksjon

En sykepleier har fire grunnleggende ansvarsområder: Å fremme helse, å forebygge sykdom, å gjenopprette helse, samt å lindre lidelse. Sammen danner disse områdene grunnlaget for sykepleierens fundamentale plikt (Norges Sykepleierforbund, 2011). Sykepleierens ansvars- og funksjonsområder sett i sammenheng med de yrkesetiske retningslinjer og det norske lovverket danner derfor fundamentet i god sykepleie.

En sykepleier har fagspesifikke funksjoner og ansvar som avgjør hvordan hun skal møte og ivareta pasienter. I disse fagspesifikke funksjonene inngår det oppgaver som både direkte og indirekte omhandler pasienten, men som uavhengig av funksjon er likeverdige for å utøve god og forsvarlig sykepleie. Disse ansvars- og funksjonsområdene innebærer sykepleiers helsefremmende og forebyggende funksjon, sykepleiers behandlende funksjon, sykepleiers lindrende funksjon, sykepleiers rehabiliterende/habiliterende funksjon, sykepleiers undervisende funksjon og sykepleiers administrative funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2010). Alle disse ansvars- og funksjonsområdene er viktig i forhold til omsorgen en sykepleier gir til en person med demens. Jeg ønsker likevel å trekke frem sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon og sykepleierens behandlende funksjon som spesielt viktige for ivaretagelsen av personer med en demenssykdom.

Sykepleierens helsefremmende og forebyggende funksjon innebærer blant annet å fremme helse ved å styrke pasientens egne ressurser og dermed bidra til at pasienten opplever mestringsfølelse. Den behandlende funksjonen innebærer å observere og vurdere pasientens symptomer ut ifra de erfaringer og den kompetansen den enkelte sykepleier har for å ivareta pasientens behov. Det må også planlegges og gjennomføres tiltak og behandlinger, samt å evaluere og dokumentere den pleien og omsorgen som blir gitt (Nortvedt & Grønseth, 2010).

Hos personer med Alzheimer demens er disse to sykepleierfunksjonene viktige. Dette først og fremst fordi sykdommen medfører mange negative tanker og plager hos pasientene (Engedal & Haugen, 2009), men også fordi personer med Alzheimer demens ofte har komplekse sykdomsbilder som fører til funksjonssvikt på flere områder i kroppen (Helse-og omsorgsdepartementet, 2015). Dette krever at hver enkelt sykepleier holder seg faglig oppdatert på den nyeste forskningen (Norges Sykepleierforbund, 2011) og følger de retningslinjene som er satt i forhold til at sykepleieutøvelsen skal være i tråd med de faglige, etiske og juridiske retningslinjene. Dette innebærer blant annet at sykepleier skal utføre arbeidet sitt i samsvar med de krav som er satt i forhold til faglig forsvarlighet og omsorgsfull helsehjelp (Helsepersonelloven, 2001). Kompetansen og kunnskapen hver enkelt sykepleier har legger videre grunnlaget for hvor god evne den enkelte sykepleier har til situasjonsbasert forståelse - som igjen viser hvor god evne vedkommende har til å se og møte den enkelte pasient og deres behov (Holter, 2011).

#### **4.2 Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg stammer fra Carl Rogers arbeid med klientsentrert terapi og har videre blitt koblet mot personer med demens av professor Tom Kitwood (Brooker, 2013, s.10). Kitwood har fortalt at (referert til i Brooker, 2013) hensikten med å føre disse begrepene sammen, var fordi han ønsket at gode relasjoner og god kommunikasjon mellom pasient og sykepleier skulle danne grunnlaget for en god demensomsorg (Brooker, 2013). Årsaken var at det tidligere var et stort fokus på selve demenssykdommen. Pasientene ble da ofte behandlet som en sykdom og ikke som et enkeltindivid. Kitwood sitt arbeid har derfor lagt det teoretiske grunnlaget for den personsentrerte omsorgen i praksis. I følge Kitwood (presentert via Brooker, 2013) var det viktig at sykepleier gikk bort fra fokuset på selve demenssykdommen. Han ønsket i stedet at fokuset skulle være på den enkelte pasients opplevelse og mestring i livet med en demenssykdom (Brooker, 2013).

Personsentrert omsorg bygger i følge Kitwood (presentert via Brooker, 2013, s. 11) på at sykepleier må ta hensyn til viktigheten av å bevare det personlige individ, den utvidede modellen for personer med demens, hensynet til virkningene av ondartet sosialpsykologi, viktigheten av å se pasientperspektivet og beskrivelsen av den nye pleiekulturen.

Den første faktoren viser til viktigheten av å vise respekt og tillit ovenfor pasienten. Det viktigste målet for personsentrert omsorg er vern om det personlige individ på tross av de kognitive funksjonene. I personsentrert omsorg er det en forutsetning at alle personer med demens har evnen til å oppleve trivsel og mistriksel. En viktig sykepleiefunksjon blir derfor å ivareta det personlige individ og støtte opp om dette. Kitwood mente (referert til i Brooker, 2013) at omsorgsmiljøer hvor det personlige individ ikke blir ivaretatt fremmer negativ oppførsel og negative tanker hos pasientene og at det i omsorgsmiljøer som støttet dette, også eksisterte en større opplevelse av trivsel. Den andre faktoren bygger på en modell som tar hensyn til faktorene som påvirker hvordan den enkelte pasient opplever demenssykdommen, for eksempel i forhold til livshistorie og sosialt miljø (Brooker, 2013). Den tredje faktoren innebærer å forebygge bruk av ondartet sosialpsykologi. Det omhandler episoder hvor den enkelte pasient for eksempel blir barnliggjort, gitt kallenavn, tvunget og ignorert. Dette er hendelser som finner sted uten at sykepleier med hensikt ønsker å gjøre det mot pasienten, men samfunnsverdiene og andres holdninger påvirker her den enkelte ubevisst (Brooker, 2013). I den fjerde faktoren blir perspektivet til pasienten med demens vektlagt. Denne faktoren innebærer i stor grad at Kitwood ønsket at den enkelte sykepleier skal vise empati ved å forsøke å sette seg inn i pasientens situasjon og se sykdommen og omsorgen gjennom pasientens øyne. I den femte og siste faktoren er det pleiekulturen som blir vektlagt. Denne faktoren tar for seg hvordan den enkelte sykepleier skal møte pasientene og hvordan pleiekulturen skal være for å fremme helse, trivsel og trygghet (Brooker, 2013).

### 4.3 Trivselteori

Trivsel er et begrep som ofte varierer i betydning fra person til person. Trivsel refererer i følge norske ordbøker til en tilstand hvor den enkelte person har det godt eller liker seg i de omgivelsene vedkommende befinner seg i (Bergland, 2012).

I 2002 kom de amerikanske sykepleierne Haight, Barba, Tesh og Courts ut med ”The theory of thriving” (referert til i Bergland, 2012). Dette var en teori som i hovedsak bygget på at de mente det eksisterte et behov for en mer helhetlig og tverrfaglig aldringsteori i helsevesenet. Trivselteorien de utarbeidet bygger på tre sentrale faktorer hvor det første punktet i teorien omhandler personen. Dette går i korte trekk ut på hvordan hver enkelt person oppfatter, vurderer og håndterer sin egen livssituasjon. Måten dette håndteres på har i følge Haight et.al.

(referert til i Bergland, 2012) stor innvirkning på hvordan vedkommende vil trives i hverdagen. Her vektlegges hver enkelt sine forventninger til hvordan livet skal være. En person som har forventninger som ikke blir møtt, vil som følge av dette oppleve mistriksel (Bergland, 2012).

Den andre faktoren i trivselteorien omhandler hvilke relasjoner vedkommende har til menneskene rundt seg (Bergland, 2012). Alle mennesker har behov for å trives med de personene en omgås med. Dette gjelder også for de som bor på sykehjem. Trivselteorien henviser først og fremst til viktigheten av å ha familie og venner rundt seg, men vektlegger også at det for enkelte er viktig å ha gode og nære relasjoner til de ansatte og til de andre medpasientene (Bergland, 2012). I den siste og tredje faktoren vektlegges det fysiske miljøet rundt pasienten. Denne faktoren innebærer at pasientene må tilpasse forventningene sine til sykehjemmet og akseptere at sykehjemmet er deres nye hjem. Mange ser på det å forlate hjemmet sitt som en stor sorg (Engedal, 2016), og kan ha problemer med å slå seg til ro på sykehjemmet. Tilpassing av forventninger og godtagelse av livssituasjon er derfor sentrale hovedpunkter i trivselteorien. Trivsel kan i følge trivselteorien (referert til i Bergland, 2012) bare eksistere dersom det er et velfungerende forhold mellom alle tre faktorene.

## 5 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg belyse problemstillingen min ”*hvordan kan sykepleier ved hjelp av miljøbehandling bidra til å skape trivsel for personer med demens på sykehjem?*” først og fremst ved hjelp av fag- og forskningslitteratur, men også ved hjelp av erfaringsbasert kunnskap. I drøftingen vil det bli nevnt områder som er relevant for annet helsepersonell, men dette vil ikke bli vektlagt i denne oppgaven.

### 5.1 Å skape trivsel gjennom kartlegging av personer med demens

I følge Nortvedt og Grønseth (2010) er det å dekke pasientens grunnleggende behov et viktig fokus i all sykepleie. Dette er spesielt viktig i sykepleie til personer med Alzheimers demens på sykehjem. Personer med Alzheimers demens har som følge av den kognitive svikten et stort behov for hjelp til å ivareta sine grunnleggende behov, enten ved tilrettelegging eller ved full bistand. Sykepleierens ansvar og funksjonsområder står derfor sentralt i omsorgen til personer med en demenssykdom og spiller også inn på den enkelte pasients opplevelse av det å trives på sykehjemmet.

Det er tidligere nevnt at ikke alle pasienter på sykehjem er like. De er like forskjellige som resten av samfunnet og har ulike personligheter, interesser, livshistorier og meninger. Når sykepleier skal skape trivsel for disse personene, mener jeg at det derfor er viktig at vedkommende benytter seg av personsentrert omsorg. Dette understøttes også av Kitwood (referert til i Brooker, 2013) i hans litteratur om personsentrert demensomsorg. Kitwood (referert til i Brooker, 2013) sier videre at evnen den enkelte sykepleier har til å vise empati ovenfor pasienten er viktig for å etablere en god relasjon. Videre er det viktig at denne relasjonen fremmer trygghet og respekt. At sykepleier mestrer dette er i mange tilfeller avgjørende for hvor gode resultater kartleggingen gir (Brooker, 2013). Hos personer med Alzheimers demens kan situasjoner hvor sykdomsutviklingen er stor, innebære å inkludere pårørende for å innhente informasjon om personens nåværende og tidligere liv.

Hukommelsestapet hos personer med en moderat grad av demens er i følge Engedal og Haugen (2009) ofte betydelig svekket, spesielt i forhold til korttidshukommelsen og hendelser som har hendt i nyere tid.

Når pasienten er nyankommet til sykehjemmet, er det vanlig at en innkomstsamtale finner sted kort tid etter ankomst. Hensikten med en slik samtale er å innhente informasjon som kan bidra til at sykepleier kan skape trivsel, trygghet, god pleie og et egnet miljø på sykehjemmet for pasienten. I arbeidet med å kartlegge den nye pasienten er det viktig at sykepleier har en sentral rolle. Dette fordi det er viktig at den som innhenter informasjon fra pasienten har den faglige kompetansen som kreves for å stille de riktige spørsmålene slik at pleien og omsorgen til pasienten følger de etiske og juridiske retningslinjene. Dersom samtalen ikke tilpasses personen, vil vedkommende kunne få en følelse av mistriivsel og kanskje også føle seg mislykket på grunn av manglende mestring av samtalen.

For å bevare informasjonen og for at det skal bli lettere å finne tilbake til den, kan sykepleier opprette en tiltaksplan for pasienten. Dette er noe som jeg av erfaring har sett er vanlig i praksis. I følge Kitwood (referert til i Brooker, 2013) bør en tiltaksplan ta utgangspunkt i personsentrert omsorg. Planen bør derfor inkludere områder som pasientens kognitive funksjoner og hvilken evne pasienten har til sosial deltakelse. Sykepleier bør videre innhente informasjon om pasientens livshistorie. Dette kan for eksempel være informasjon om pasientens bakgrunn, utdannelser, interesser og opplevelser som har hatt en positiv innvirkning på pasienten tidligere (Brooker, 2013). En slik opplevelse kan for eksempel være en konsert med en tidligere favorittartist. På den måten får sykepleier også informasjon om hvilken type musikk pasienten liker. Informasjon om pasientens gleder og interesser kan uansett være hensiktsmessig for sykepleier å innhente allerede ved innkomsten fordi det blant annet er nødvendig ved bruk av miljøbehandling. Dette bekreftes også av Rokstad (2008).

Brooker (2013) viser videre til at det i en tiltaksplan også bør eksistere informasjon knyttet til pasientens personlighet og nåværende interesser. Engedal og Haugen (2009) sier videre at det hos personer med en moderat grad av demens er viktig at sykepleier innhenter informasjon på et tidlig stadium. Først og fremst fordi det er viktig for å skape trivsel, men også fordi sykdomsutviklingen hos personer med demens varierer. Hos noen pasienter skjer utviklingen fort, mens den hos andre kommer snikende over tid. Dette kan sykdommen gjøre ofte hos eldre pasienter med Alzheimer demens (Engedal & Haugen, 2009). I følge Brooker (2013) er det derfor en sentral sykepleieroppgave å foreta regelmessige evalueringer av tiltaksplanen og pasienten, slik at tiltaksplanen hele tiden er oppdatert i forhold til hvor pasienten er i sykdomsforløpet.



## 5.2 Å skape trivsel i nye omgivelser på sykehjem

Bergland (2012) viser som nevnt til at trivsel er et lite diskutert begrep innenfor sykepleien. Trivsel blir i stedet ofte brukt som en målsetting i form av at sykepleier skal bidra til at den enkelte pasient skal ha det godt eller så godt som mulig, med den enkelte pasients situasjon tatt i betraktning (Bergland, 2012, s.22). Hos pasienter med demens som er nyankommet til sykehjemmet er det spesielt viktig å bidra til å skape trivsel. Personlig har jeg erfart at det å for eksempel ønske pasienten velkommen og presentere seg selv har en god effekt i forhold til å fremme trygghet når pasienten ankommer sykehjemmet.

Det å måtte gi opp det livet de hadde hjemme er ofte tungt og sårt. I tillegg kan enkelte føle at de mister en trygghet i hverdagen siden omgivelsene nå blir nye og ukjente (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Ofte kan mange med et perspektiv utenfra tenke at siden pasienten har demens, så vil han eller hun uansett ikke forstå hva som skjer (Engedal, 2016). At de uansett vil glemme at de har flyttet etter hvert. På bakgrunn av egne erfaringer og som Engedal (2016) også forteller å ha erfart, er dette ofte feil. Når det har kommet nye pasienter med demens til min avdeling, har setningene ”*når kan jeg få dra hjem igjen?*” eller ”*vet du når jeg blir hentet i dag?*” ofte kommet opp. Pasienten har i enkelte tilfeller klart å slå seg til ro med tanken på å være på sykehjemmet. Andre pasienter tror at oppholdet er midlertidig, og jeg har opplevd at de ofte har vansker med å forstå at dette er en permanent løsning. I forhold til Haight et.al (referert til i Bergland, 2012) sin første faktor i trivselteorien som innebærer å akseptere at livssituasjonen er forandret og at sykehjemmet nå er den beste muligheten, kan dette bli vanskelig å mestre for enkelte personer med demens på egenhånd. Av erfaring har jeg sett at avledning og realitetsorientering blir mye brukt i den moderate fasen hos personer med Alzheimers demens. Hos enkelte har dette tiltaket hatt en positivt effekt i form av at pasienten har blitt mindre rastløs og har evnet å slå seg til ro. Hos andre har det derimot gjort situasjonen verre, for eksempel ved å bygge opp under den allerede oppståtte angsten.

For personer med demens kan virkeligheten ofte virke skremmende og truende, siden evnen til å forstå situasjoner blir svekket. Dette er spesielt reelt ved flytting til institusjon. Rokstad (2008) viser til at en person med demens kan ha vansker med å ta initiativ til å skape trivsel. Å fremme trivsel for den enkelte pasient blir derfor en viktig sykepleierfunksjon. Nortvedt og Grønseth (2010) viser til viktigheten av at sykepleier utformer helsefremmende og forebyggende tiltak som bidrar til at grunnleggende behov som det å trives og ha det bra i hverdagen blir dekket. Trivsel er som sagt et lite anvendt ord innenfor sykepleien. Det er

derfor lite forskning som retter seg spesifikt mot begrepet. Mange benytter i stedet ord som glede og trygghet. Når trivsel er så lite brukt, kan det som sykepleier fort bli vanskelig å vite hvordan han eller hun kan gå frem for å fremme dette, og ikke minst vite hvilke faktorer som må vektlegges. Personlig har jeg ofte erfart at det å være imøtekommende, rolig og hyggelig kan ha en god effekt hos pasienter med Alzheimers demens.

Sørbye et.al. (2011) presenterer en brukerundersøkelse om trivsel på sykehjem hvor det blir presentert ulike faktorer som enten fremmer eller hemmer trivsel. Bergland (2012) underbygger dette med sin presentasjon av Haight et.al. sin trivselteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. Totalt sett ser en fort at det er stor variasjon i hva som gir den enkelte en følelse av trivsel. Det vil derfor være avgjørende å bruke tid på å bli kjent med den enkelte pasient og finne ut av hva som er viktige faktorer for at vedkommende skal trives og oppleve en mening i livet. Egne erfaringer tilsier at måten vi møter pasienten på har mye å si. Først og fremst i forhold til hvilke holdninger vi bestemmer oss for å ha og hva slags pleiekultur vi som sykepleiere ønsker å bidra med. Hvordan vi snakker til pasienten, graden av empati vi viser og hvilke forventninger vi har til pasienten har i følge Kitwood (referert til i Brooker, 2013) en betydning for pasientens opplevelse og mestring av situasjonen. Jeg mener derfor at dersom vi legger en innsats i å få pasienten til å føle seg godt ivaretatt allerede fra starten av, så vil dette danne et godt grunnlag for den videre relasjonen mellom pasient og pleier. Dette støttes også av litteraturen til Kitwood (referert til i Brooker, 2013). Den tar utgangspunkt i at omsorgen sykepleier gir til pasienten skal bygges på en god relasjon dem i mellom (Brooker, 2013). Relasjonen pleier har til pasienten er også i følge trivselteorien en av tre avgjørende faktorer som må være tilstede for at trivsel skal være mulig (Bergland, 2012). Sørbye et.al. (2011) underbygger dette ved å vise til at kravene som stilles til denne relasjonen ofte er varierende fra hva hver enkelt pasient ønsker. Noen ønsker at sykepleier skal fungere som en venn, mens andre igjen er fornøyd så lenge hjelpen de får er forsvarlig og god. Det er uansett viktig å ha en hyggelig og imøtekommende tone ovenfor pasienten. Dette viser at du som sykepleier ønsker å bidra til fremme tillitsforholdet mellom deg selv og pasienten. Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) understøtter dette ved å vise til at en sykepleier skal fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Dette bekreftes også av Bergland (2012).

Flytting til et sykehjem fører til en forandring i omgivelsene. Sykepleier må derfor etterprøve å finne tiltak som ikke krever mye tid og ressurser slik at pasienten får en opplevelse av å

trives i miljøet og føle at sykehjemmet er et hjem. Dette underbygges også av Haight et.al. (referert til i Bergland, 2012) sin tredje faktor i trivselteorien som omhandler miljøet rundt pasienten og pasientens forventninger til dette. På et sykehjem er ofte rommene og gangene laget slik at de skal være nøytrale å gi minst mulig unødvendig stimuli. Det å sette kjente ting som har en verdi for pasienten inn i miljøet kan derfor bidra til at pasienten lettere tilpasser seg og dermed også trives. Dette er også noe jeg selv har erfart at har en positiv effekt når pasienten forsøker å tilpasse seg det nye miljøet. Slik det fremkommer av både Bergland (2012) sin presentasjon av trivselteorien opp mot to forskningsundersøkelser og brukerundersøkelsen til Sørbye et.al. (2011) så var familien veldig viktig for de fleste av beboerne. Det å kunne ha bilder av familien på rommet og ha besøk av dem var derfor svært viktig for at de skulle trives. Dette underbygges også i egenerfarte opplevelser med at pasientene alltid "lyser opp" når de får besøk av familien sin. Videre mente mange at måltidene var en viktig del av hverdagen. Rokstad (2008) viser til at måltidene utgjør en unik mulighet for personer med demens siden de først og fremst fremmer trivsel ved at det foregår i et sosialt fellesskap, men også fordi måltidene bidrar til aktivisering og mestringsfølelse dersom de blir tilrettelagt for den enkelte pasient med hensyn til deres behov og funksjonsnedsettelse. Dersom måltidene ikke blir tilrettelagt, kan de få en hemmende effekt på pasienten. Istedenfor å styrke pasientens ferdigheter, så hemmer en manglende tilrettelegging pasientens funksjonssvikt (Engedal & Haugen, 2009).

Den vanskelige delen i forhold til å skape trivsel blir i midlertidig å vite hvordan man kan se om pasienten trives eller ikke. Trivsel er ikke noe som kan måles eller en følelse som kommer tydelig frem. Trivsel kan imidlertid være fravær av symptomer på negative følelser som angst, usikkerhet, forvirring, frykt, depresjon og uro (Brooker, 2013). Dette blir derfor noe den enkelte sykepleier må vurdere ut ifra erfaringer og kunnskaper om den enkelte pasient. Det vil med andre ord i mange tilfeller bli en utfordring og kreve at sykepleier både benytter seg av kommunikasjonsferdigheter og observasjon for å tolke de signalene pasienten formidler. Det er viktig å etterprøve og tolke pasienten da dette vil hjelpe sykepleier å evaluere om tiltakene fremmer eller hemmer trivsel og helse.

### 5.3 Å skape trivsel ved hjelp av miljøbehandling

Miljøbehandling er en behandlingsform som innebærer at sykepleier må benytte personsentrerte aktiviteter og tiltak for å bedre pasientens selvfølelse og opplevelse av mestring (Rokstad, 2008). Dette underbygges av Demensplanen 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015), hvor det kom frem at flere av personene med demens opplevde at det var vanskelig at sykdommen påvirket de allmenne menneskelige behovene og verdiene deres. Det var spesielt vanskelig at den kognitive svikten hadde såpass stor innvirkning på livene. Intervjuobjektene trakk blant annet frem følelsen av å miste tilhørigheten, manglende mestringsfølelse og manglende evne til medvirkning i eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Når sykdommen rører ved så mange viktige faktorer i livet, kan det fort bli vanskelig å holde humøret oppe å føle trivsel og velvære i hverdagen. Miljøbehandling vil derfor være et viktig tiltak i hverdagen for en sykepleier. Først og fremst fordi at miljøbehandling er en ikke farmakologisk behandlingsmetode. Det betyr at den i forhold til medikamentell behandling som medfører større risiko for bivirkninger, er bedre egnet for bruk i eldreomsorgen (Myskja, 2005). I følge Myskja (2009) er også bruk av miljøbehandling, da spesielt musikkbehandling, en behandlingsform som ikke trenger å kreve mye tid og ressurser fra personalet og sykehjemmet. Han presiserer derimot viktigheten av at behandlingsmetoden blir anvendt på riktig måte. Det gjør at effekten ikke blir hemmende på pasientene. Dette blir også bekreftet i forskningen til Smit et.al. (2016). Her blir det også presisert at det er viktig med personsentrerte aktiviteter som er tilpasset hver enkelt pasients funksjoner. På den måten unngår sykepleier at aktivitetene bidrar til å styrke negative tanker (Smit et.al., 2016), som for eksempel sorg over tapte funksjoner.

Engedal og Haugen (2009) viser til at miljøbehandling videre også skal bidra til økt trivsel i hverdagen ved hjelp av de tiltakene/aktivistene som iverksettes. I følge Bergland (2012) er det viktig at omgivelsene rundt pasienten har et tilpasset nivå av stimuli, slik at overstimulering blir unngått. Myskja (2006) bekrefter dette. For å skape trivsel må enkelte personer med demens ha hjelp til å få variasjon i stimuliene de får i løpet av en dag. Miljøbehandling i form av aktiviteter kan i følge Bergland (2012) bidra til at pasienten oppnår gode stimuli og på den måten oppnår trivsel. På en annen side er det viktig at sykepleier er observant i forhold til feilstimuli og overstimulering av pasienten. Sykepleier har derfor en sentral rolle i bruk av miljøbehandling på personer med Alzheimers demens. Først og fremst fordi sykepleier har en

faglig kompetanse om Alzheimers demens og innehar et helhetlig og overordnet klinisk blikk. Derfor har en sykepleier også et godt grunnlag for å observere pasienten, blant annet fordi en sykepleier lettere kan se symptomer på overstimulering eller mistriivsel (Rotegård & Solhaug, 2011).

## 5.4 Aktiviteter og musikk, et bidrag til økt trivsel?

### Aktiviteter

Aktiviteter har gjennom hele livet vært en viktig del av hverdagen vår. Alt fra hverdagslige gjøremål til lek, sang og musikk. Hos en person med demens vil evnen til å utføre aktiviteter bli svekket som følge av sykdommen. Engedal og Haugen (2009) viser til at dette blant annet kan innebære at hukommelsen er blitt såpass svekket at vedkommende ikke husker hvordan aktivitetene skal utføres. Rokstad (2008) bekrefter dette og visere videre til at dette også kan innebære at demenssykdommen svekker andre funksjoner som påvirker hvordan vedkommende fungerer sosialt, psykisk og fysisk (Rokstad, 2008). En person med demens vil derimot fremdeles ha behov for å være i aktivitet, på samme måte som alle andre i samfunnet. For å tilrettelegge aktiviseringen for pasienten på best mulig måte, må sykepleier derfor først og fremst ta hensyn til hvor den enkelte pasient er i sykdomsstadiet. En pasient med mild grad av demens vil i følge Engedal og Haugen (2009) for eksempel ha flere funksjoner i behold og ha evnen til å mestre mer enn hva en pasient med langtkommet demens vil mestre.

En nyankommet pasient med Alzheimer demens vil ofte ha en moderat grad av sykdommen. Han eller hun vil derfor ha en betydelig svikt i hukommelsen. Svikten vil i hovedsak gå utover korttidshukommelsen. Vedkommende kan derfor i følge Engedal og Haugen (2009) ha vansker med å utføre handlinger uten hjelp. Pasienten husker imidlertid hendelser som er lagret i langtidshukommelsen godt (Engedal & Haugen, 2009). Med bakgrunn i egenerfarte opplevelser mener jeg derfor at det er viktig å etterspørre hva pasienten har hatt interesse av tidligere i livet, da både i form av aktiviteter og musikksmak. Pasienten husker kanskje ikke de interessene han har hatt i nyere tid, men ting som å for eksempel hugge ved eller lage mat kan derfor tiltale pasienten mer og kanskje også bidra til å vekke gode minner fra tidligere hendelser i livet. Engedal og Haugen (2009) presiserer imidlertid viktigheten av at sykepleier er klar over at ikke alle tiltak som tar utgangspunkt i tidligere interesser er positive. Dersom en setter en eldre dame med demens til å gjøre hagearbeid, noe som hun tidligere har

hatt glede av, vil det ikke gi et positivt utslag dersom den eldre damen oppfatter seg selv som mislykket fordi hun ikke lenger mestrer denne ferdigheten (Engedal & Haugen, 2009). Det underbygges blant annet av en personlig erfaring jeg hadde med min egen farfar. Farfar hadde alltid stor glede av å hjelpe oss barnebarna med å reparere småting som vi med tiden klarte å ødelegge. Etter at han fikk demens mistet han derimot evnen til å klare dette. Gleden han tidligere hadde hatt av å hjelpe oss med slike ting ble derfor heller en sorg over å ikke lengre mestre ferdigheten til å reparere ting.

I følge Rokstad (2008) er aktivisering likevel bra for personer med demens. Først og fremst fordi det fremmer livskvalitet, trivsel og velvære, men også fordi det opprettholder og i enkelte tilfeller bedrer de fysiske, psykiske og sosiale funksjonene. Dette bekreftes også av Engedal og Haugen (2009) og i forskningen til Smit. et.al. (2016). Aktiviteter som arrangeres i felleskap med andre kan spesielt bidra til dette. Felles aktiviteter bidrar til å øke engasjementet hos personer med demens. Dette gjør at spesielt sosiale funksjoner styrkes, noe som igjen kan bidra til at pasienten lettere trives på sykehjemmet. Dette bekreftes også i brukerundersøkelsen til Sørbye et.al. (2011) hvor enkelte av pasientene svarte at det å ha relasjoner til de andre medpasientene var viktig for å trives, ettersom tiden på sykehjemmet fort kunne føles lang og kjedelig. I denne undersøkelsen (Sørbye et.al. 2011) kom det også frem at muligheten til å kunne delta på aktiviteter som ble arrangert, samt det å få lov til å lytte til radio og musikk var en stor glede for mange av pasientene.

I aktivisering av personer med Alzheimers demens er det visse hensyn som må tas av sykepleier for at aktivitetene skal ha en positiv effekt. Ved aktiviteter til personer med demens er det viktig at det ikke er mange faktorer som virker forstyrrende på pasienten og som bidrar til å skape uro. En person med demens har i følge Engedal og Haugen (2009) en svekket evne til å ha oversikt over flere faktorer samtidig. Dersom forstyrrende elementer i miljøet rundt pasienten fjernes, vil det derfor fremme mestring ved at pasienten har færre faktorer å rette fokuset sitt mot (Engedal & Haugen, 2009). Rokstad (2008) presiserer at det også er en viktig sykepleieroppgave å ta hensyn til at miljøet rundt aktivitetene fremmer trygghet og mestring ut ifra pasientens individuelle behov. Rokstad (2008) presiserer videre at det også er viktig at den enkelte sykepleier er motivert for å benytte aktiviteten som et tiltak for den enkelte pasient, da sykepleiers holdning ofte smitter over på pasienten. Med utgangspunkt i egne erfaringer har jeg også selv sett at det er viktig for pasienten å føle en relasjon til det nye miljøet og til personene han eller hun skal dele det med, noe som også støttes opp av Bergland

(2012) og Sørbye et.al. (2011). På sykehjemmet hvor jeg arbeider er det blant annet mye lettere å motivere til sosiale deltakelse dersom pasienten har opparbeidet en god relasjon til en eller flere av de andre pasientene som også skal delta på aktiviteten. Haight et.al. (referert til i Bergland, 2012) presiser også at disse relasjonene er en viktig faktor for å skape trivsel. Sykepleier bør derfor etterprøve å vektlegge disse faktorene.

## **Musikk**

Sykepleier kan også velge å benytte musikk som et tiltak for å skape trivsel og for å fremme funksjoner hos pasienten. Rokstad (2008) viser til at målet med å bruke musikk som et tiltak til personer med demens er å stimulere til sosiale deltagelse, redusere stress og uro, samt å skape glede og trivsel (Rokstad, 2008). Musikk kan også benyttes som et tiltak for å bedre pasientens språkfunksjon. Musikk kan i følge Myskja (2006) være et godt hjelpemiddel for å lære og bedre språk- og talefunksjonen hos en pasient med demens. Han presiserer at musikk spesielt er aktuelt for personer med Alzheimers demens. Det er fordi de i stor grad har det cerebrale grunnlaget for å sanse og verdsette musikk intakt (Myskja, 2006, Myskja, 2009). Musikk kan med andre ord hjelpe pasienten på flere områder. Det er på en annen side avgjørende at sykepleier bruker den på riktig måte. Sykepleier må blant annet unngå overstimulering og bruk av musikk og lyder som kan gi stimuli i perioder hvor det ikke er ment som et helsefremmende tiltak (Rokstad, 2008). Et eksempel på dette som jeg selv har erfart, er når fjernsynet blir satt på fordi de ansatte ønsker å se på et program. Musikk og lyd kan i slike tilfeller bli en hemmende faktor for pasienten da dette eksempelet trolig ikke fører til trivsel. Rokstad (2008) viser til at pasienten i slike tilfeller kan bli overstimulert. Dette vil blant annet være synlig i form av uro, irritasjon, rastløshet og utagering (Rokstad, 2008).

Når det benyttes musikk som et tiltak, er det også enkelte hensyn som må opprettholdes for at effekten skal være helsefremmende. Dette inkluderer blant annet å ta hensyn til den enkelte pasients hørselnedsettelse og justere volumet etter hva vedkommende ønsker. I følge Myskja (2006) viser undersøkelser at eldre med redusert hørselsfunksjon foretrekker et normalt til lavt volum. Dette gjelder både når de lytter til musikk og under kommunikasjon med andre. Dette er også noe jeg har erfart når jeg har arbeidet med pasienter med nedsatt hørsel. Jeg arbeidet en gang med en eldre dame som nektet å benytte høreapparat. Helt naturlig tenkte jeg da at jeg måtte snakke høyt for at hun skal høre meg. Da jeg stilte henne et spørsmål, holdt hun seg imidlertid til ørene og sa ”*det skjærer sånn i ørene mine når du snakker så høyt*”. Hun foretrakk altså at jeg heller snakket til henne med en lav, tydelig og rolig stemme siden hun da

lettere fikk med seg det som ble formidlet. Ved bruk av musikk er det videre viktig at det ikke er mange forstyrrende faktorer rundt pasienten. I følge Myskja (2006) er det viktig å velge sanger ut ifra hvor pasienten er i sykdomsutviklingen i forhold til hukommelse og minner. Musikksjangeren bør derfor ofte velges ut ifra pasientens tidligere musikksmak (Myskja, 2006). På den annen side nevner Rokstad (2008) at sanger som ikke vekker interesse istedenfor å være helsefremmende kan bidra til å skape negativ atferd hos pasienten (Rokstad, 2008). Kartlegging og personsentrert omsorg er derfor sentrale faktorer ved bruk av miljøbehandling.



## 6 Konklusjon

Hensikten med denne bacheloroppgaven har vært å se på hvordan sykepleier ved hjelp av miljøbehandling kan bidra til å skape trivsel for personer med en demenssykdom på sykehjem. I omsorgen til personer med Alzheimer demens er det mange hensyn en sykepleier må ta stilling til og sykepleiers ansvar og funksjonsområder har derfor en viktig og i mange tilfeller avgjørende rolle i demensomsorgen. Sammen med miljøbehandling og personsentrert omsorg kan dette derfor bidra til at den enkelte pasient føler seg godt ivaretatt og trives på sykehjemmet.

Slik det fremkommer av trivselteorien til Haight et.al. (referert til i Bergland, 2012, s. 24), er en person som trives en person som lever livet til det fulle. Tolkningen av dette blir opp til hver enkelt. Jeg tolker det derimot til at det må eksistere en glede eller noe som gjør vedkommende lykkelig for at livet skal være fullkomment og for at den enkelte skal trives med det livet han eller hun har. Trivsel skapt ved å benytte interesser og aktiviteter som styrker positive følelser i pasienten som glede og velvære er derfor et fint verktøy for å skape trivsel når en pasient flytter på sykehjem. Sykepleier må kanskje i mange tilfeller ta utgangspunkt i å skape glede for pasientene og stole på faglig kompetanse, erfaringer og innhentet bakgrunnsinformasjon. For at miljøbehandling skal ha en positiv effekt på pasienten og bidra til å skape trivsel er det videre viktig at sykepleier vurderer, evaluerer og dokumenter effekten av hvert enkelt tiltak. På den måten får hver enkelt pasient en tilpasset individuell plan som viser til informasjon om den enkelte pasients behov, interesser, styrker og svakheter.

Avslutningsvis konkluderer jeg med at miljøbehandling i form av aktiviteter og musikk, kan bidra til å skape trivsel for personer med demens på sykehjem. Dette under forutsetning av at tiltakene blir benyttet riktig og målrettet, samt at den enkelte sykepleier foretar en god og informativ kartlegging av pasienten.

## Litteraturliste

- Berentsen, V. D. (2008a). *Demensboka – Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Berentsen, V. D. (2008b). Kognitiv svikt og demens. I: M.Kirkevold, K.Brodtkorb & A.H.Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 350-382.
- Bergland, Å. (2012). Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem?. *Geriatrisk sykepleie*, 4(1), 22-28. Hentet fra: [https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/hvilke\\_faktorer\\_kan\\_bidra\\_til\\_trivsel\\_i\\_sykehjem.pdf](https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/electronic-issues/articles/hvilke_faktorer_kan_bidra_til_trivsel_i_sykehjem.pdf)
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Bryden, C. (2005). *Dancing with Dementia – My Story of Living Positively with Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Engedal, K. og Haugen P. K. (2009). *Lærebok demens: Fakta og utfordringer* (5.utg.). Tønsberg: Aldring og helse.
- Engedal, K. (2016). *En bok om demens: Husk meg når jeg glemmer*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020, ”Et mer demensvennlig samfunn”. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell m.v.*  
Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>

- Holter, I. M. (2011). Sykepleierprofesjonens kjernekompetanse. I: I.M. Holter og T.E. Mekki. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 139-148.
- Myskja, A. (2005). Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(11), 1497-1499.  
Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/article/1200212>
- Myskja, A. (2006). Den siste sang: Sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Bergen: Fagbokforlaget.
- Myskja, A. (2009). Musikk som terapi i demensomsorg og psykisk helsearbeid med eldre. *Universitetsforlaget, Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6(2), 149-158.
- Nasjonalt Folkehelseinstitutt. (2014). *Folkehelse rapporten 2014, Helsetilstanden i Norge* (2014:4). Hentet fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- Norges Sykepleierforbund. (2011). *Sykepleierens yrkesetiske retningslinjer*. Oslo: NSF.  
URL: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)
- Nortvedt, P & Grønseth, R. (2010). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I: H.Almås, D-G.Stubberud & R.Grønseth (red.). *Klinisk sykepleie bind 1, 4. utgave*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 17-32.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2. utg. Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20bruker>
- Rokstad, A. M. M. (2008). Miljøbehandling. I: A.M.M.Rokstad & K.L.Smebye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS, s. 152-179.

- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Rotegård, A. K. & Solhaug, M. (2011). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I: I.M. Holter og T.E. Mekki. (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1*. 4. utg. Oslo: Akribe AS, s. 190-212.
- Smebye, K.L. (2008). Å møte personer med demens. I: A.M.M.Rokstad & K.L.Smebye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS, s. 13-26.
- Smit, D., de Lange, J., Willemse, B., Twisk, J. & Pot, A. M. (2016). Activity involvement and quality of life of people at different stage of dementia in long term care facilities. *Aging & Mental Health*, 20(1), 100-109. doi: 10.1080/13607863.2015.1049116
- Sørbye, L. W., Grue, E. W. & V, O. (2011). Trives på sykehjem. *Sykepleien*, 99(8), 68-71. doi: 10.4220/sykepleiens.2011.0126
- Ukjent. (Ukjent årstall). [DIKT]. Hentet fra: <http://www.mariepedersen.com/dikt3.html>
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I: A.M.M.Rokstad & K.L.Smebye (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*. Oslo: Akribe AS, s. 87-113.

## Vedlegg 1

### PICO-skjema

	<b>P</b> Patient <i>Pasient</i>	<b>I</b> Intervention <i>Intervensjon</i>	<b>C</b> Comparison <i>Sammenligning</i>	<b>O</b> Outcome <i>Utfall</i>
<b>Norsk</b>	Demens Eldre Dementia	Musikk Aktivitet	X	Trivsel
<b>Subject Heading</b> <i>Emneord</i>	Sykehjem Nursing home	Music therapy Exercise therapy Activities of daily living Social participation		Quality of life