

BACHELOROPPGAVE

Jeg gikk meg over sjø og land; *Fysisk aktivitet og musikk i demensomsorgen på sykehjem*

«Hvordan bruke miljøbehandling for å ivareta pasientenes ressurser»

Av

Kandidatnummer : 15

Navn: Trine Heggheim

Bachelor i sykepleie

SK. 152

November, 2016

Antall ord: 6995

Rettleier: Toril Midtbø



Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer: 15, navn: Trine Heggheim

JA: X NEI ____

Sammendrag

Tittel

Jeg gikk meg over sjø og land; *Fysisk aktivitet og musikk i demensomsorgen på sykehjem*

Bakgrunn for valg av tema

Jeg er opptatt av at pasientene skal få gjøre mest mulig selv, og at vi som sykepleiere skal legge til rette for dette. Derfor vil jeg lære mer om hvordan jeg som sykepleier kan ivareta ressursene til pasientene lengst mulig ved hjelp av miljøbehandling, i form av fysisk aktivitet og musikk. Gjennom praksis på skjermet avdeling observerte jeg at hverdagen til pasientene var fylt med mye sitting inne på stuen og hviling gjennom dagen.

Problemstilling

Hvordan bruke miljøbehandling for å ivareta pasientenes ressurser?

Fremgangsmåte

Dette er et litteraturstudie som bygger på faglitteratur og forskning. Jeg har gjort et systematisk søk i ulike databaser for å finne fram til litteratur jeg mener er med på å belyse problemstillingen min, samt å sett på pensumlisten fra de tre studieårene. Videre har jeg tolket og analysert stoffet jeg har funnet og sortert ut det som ikke var relevant. Teorien har jeg så brukt videre i drøftingsdelen der jeg har drøftet den i lag med egne erfaringer fra praksis.

Oppsummering

Fysisk aktivitet er ett av menneskenes grunnleggende behov. Dersom pasientene ikke får beveget seg mister de sakte men sikkert sine fysiske funksjoner. Miljøbehandling kan være med på å øke den fysiske aktiviteten, samtidig som den skal gi pasientene glede og trivsel. Behandlingen skal ta utgangspunkt i pasientenes egne ressurser og funksjonsnivå, for å kunne bevare ressursene deres lengst mulig.

Pasientene må kartlegges slik av vi finner ut hvilke ressurser og funksjonsnivå de har. Sykepleierne har en viktig rolle i arbeide om å ivareta ressursene til pasientene. Ved hjelp av kartlegging, sette mål sette i gang tiltak og spille på pasientenes egne ressursen kan sykepleierne legge til rette for pasientene, slik at de kan klare å fungere best mulig i hverdagen.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 Presentasjon av tema i ett samfunns- og sjukepleierfaglig perspektiv	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema	1
1.3 Problemstilling med avgrensning	2
2.0 Metode	3
2.1 Søke- og utvalgsprosess	3
2.1.1 Artikkelsøk	3
2.1.2 Litteratursøk	4
2.1.3 Kildekritikk	5
3.0 Teori	6
3.1 Demens	6
3.2 Miljøbehandling	6
3.2.1 Individuell miljøbehandling	7
3.3 Sykepleieansvar for å fremme ressurser	7
3.4 Fysisk aktivitet	8
3.4.1 Presentasjon av artikler	8
3.5 Musikk	9
3.5.1 Presentasjon av artikler	10
4.0 Drøfting	12
4.1 Sykepleieansvar for å fremme ressurser	12
4.2 Musikk og fysisk aktivitet for å ivareta pasientens ressurser	13
5.0 Konklusjon	17
Bibliografi	18

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema i ett samfunns- og sjukepleierfaglig perspektiv

I dag er det over 70 000 nordmenn som har demens, og hvert år er det minst 10 000 nye tilfeller av demente (Aldring og Helse, 2016). Antall personer som får demens vil også stige betraktelig de neste 20 årene. I følge Kunnskapssenteret (2014) vil det i 2040 være om ca. 140 000 mennesker med demenssykdom (Dahm, Dalsbø, Håvelsrud, & Reinart, 2014), dette fordi økonomien er god og levealderen øker. I demensplanen 2020 (2015) står det at personer med demens skal bli møtt med respekt og forståelse. Videre står det at demens angår hele samfunnet og det skal være tilrettelagt slik at de får muligheten til å opprettholde et aktivt og selvstendig liv lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

1.2 Bakgrunn for valg av tema

I praksis på skjermet avdeling fikk utdelt en primærpasient som jeg skulle sette i gang tiltak for. I følge pårørende var dette en pasient som gjorde veldig mye selv når hun bodde hjemme, og likte å ha noe å gjøre på. Etter at pasienten kom på sykehjemmet ble vedkommende mer passiv. Kom til dekket bord til hvert måltid og kunne bare gå når pasienten var ferdig. Jeg begynte å ta pasienten med på å dekke på bordene, rydde av bordet, fikk vaske litt på kjøkkenet. Jeg så en glede som oppsto. Pasienten følte seg nyttig igjen, bruke sine ressurser som vedkommende alltid hadde hatt. Etter dette har jeg reflektert litt over denne situasjonen og stilt meg noen spørsmål, om hvordan jeg som fremtidig sykepleier kan jobbe for å få pasientene til å ta mer del i egen hverdag. Hvordan kan vi opprettholde disse? Kan vi gjøre noen enkle grep som kan gi pasientene en meningsfull hverdag, gi de økt selvfølelse, og at de fremdeles kan gjøre noe nyttig gjennom dagene?

For meg er musikk og fysisk aktivitet en viktig del av hverdagen, og det har det alltid vært så lenge jeg kan huske. Det gir meg glede, latter, energi, overskudd og styrke. Det er med meg i glede og sorg, kan hjelpe meg opp når jeg er nede. I mine øyner henger disse to sammen, men kan også brukes hver for seg. Jeg observerte i praksis at når sangboken kom frem og alle pasientene sang ble det en så harmonisk og herlig stemning på avdelingen. Alle tok del i en sosial kontekst og det ble så rolig. Pasientene slappet av, smilte og koste seg, og ikke minst at de deltok. De satt ikke bare til pynt og ventet på at maten skulle bli servert eller at vi skulle ha tid til dem. De deltok aktivt i noe selv. Jeg sang ofte «jeg gikk meg over sjø og land» med pasientene. Det er en av mange sanger med bevegelser til, og både jeg og pasientene hadde det kjempe artig.

1.3 Problemstilling med avgrensning

Hvordan bruke miljøbehandling for å ivareta pasientenes ressurser?

I denne oppgaven vil jeg ha fokus på miljøbehandling i form av fysisk aktivitet og musikk for pasienter som bor på en skjermet avdeling. Hovedfokuset mitt er miljøbehandling i form av fysisk aktivitet, men jeg ville også ha med litt om musikk som behandlingsform. Dette fordi jeg gjennom teorien har sett at effekten av fysisk aktivitet og musikk har mange likhetstrekk, og velger derfor å se mer på disse to. Musikken kan også brukes til å motivere til fysisk aktivitet gjennom sanger med bevegelser til. Jeg vil finne ut av hvordan sykepleierne kan bruke denne behandlingsmetoden for å ivareta pasientenes egne ressurser lengst mulig. Aldersgruppen er pasienter over 65 år. Jeg vil kun se på tiltak som kan utføres uten at noe spesialkompetanse hos sykepleierne må være til stede. Grunnet at da kan alle gjennomføre disse tiltakene.

2.0 Metode

For å velge den metoden som passer best til formålet, må en tenke på hvilke metode som kan gi oss best mulig datasamling til det vi vil forske på (Dalland, 2012). Jeg har valgt litteraturstudie for å kunne besvare min problemstilling. Et litteraturstudie vil si å prøve å finne svar gjennom allerede gjennomførte studier (Dalland, 2012). Når jeg har funne forskning som jeg mener kan være relevant for min oppgave må jeg analysere den grundig. Jeg må da finne ut hva materialet har å fortelle og om jeg kan bruke dette videre (Dalland, 2012).

Teorien jeg har valgt å bruke i oppgaven er teori som jeg mener er relevant for problemstillingen. Hvordan jeg har kommet fram til hvilke teori, både skjønnlitteratur, artikler og faglitteratur jeg har valgt vil jeg beskrive i punktene under.

Oppgaven er bygd opp i APA-6th stil og er delt inn i fem hoveddeler. Oppgaven starter med ett lite sammendrag. Dette skal gi deg som leser en kort oversikt over det viktigste innholdet i oppgaven. Det første punktet er innledningen, deretter kommer metodedelen. Videre i oppgaven vil du finne underkapittel *Teori* der jeg legger fram teori som jeg mener er relevant for problemstillingen min. Teorien bruker jeg videre i del 4.0, der jeg vil drøfte teorien jeg har valgt opp mot egne erfaringer fra praksis. Denne delen er delt inn med to underkapittel for å gjøre den oversiktlig. Den siste delen, 5.0 inneholder konklusjonen min. Denne skal være en kort oppsummering som er gjort på bakgrunn av teorien og drøftingen. Her vil jeg komme med svar på min problemstilling min.

2.1 Søke- og utvalgsprosess

I dette underkapittelet vil jeg beskrive hvordan jeg søkte for å finne artikler/litteratur som er relevant for å gi meg svar på problemstillingen min.

2.1.1 Artikkelsøk

Jeg startet med å finne gode søkeord som var knyttet til min oppgave. Engelske søkeord som jeg brukte: *Dementia, Physical activity, Elderly, Mental health, Music therapy, Millieu therapy, Resource, Increase*. Norske søkeord: *Miljøterapi, Miljøbehandling, Demens, Musikk terapi, Ressurser*. Disse søkeordene brukte jeg i ulike databaser som ligger på hjemmesiden til skolebiblioteket, Høyskolen i Sogn og Fjordane. Jeg startet søke i SveMed+ der jeg brukte søkeordene *Demens* og fikk 1819 treff, jeg leste over alle overskrifter og fem av artiklene men fant ingen som var relevante. Videre søkte jeg i databasen Ebscohost som gir meg søk i Academic search elite, Cinahl med full tekst og Medline. Jeg startet søke med søkeordet «*dementia*» og fikk 31877 treff, så søkte jeg *depression* og fikk 73225 treff, så brukte jeg søkeordet *physical activity* og fikk 35676 treff. Jeg kombinerte disse tre og søkte på *Dementia AND Depression AND Physical acticity* og fikk 103 antall treff. Jeg leste overskriftene og fant en artikkel som jeg valgte å ta med

videre *A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adult with dementia in nursing home.*

Jeg søkte på Uni.no og brukte søkeordet *demens*. Der fikk jeg fram *Musikkterapi demper atferd hos personer med demens*. Dette var ett sammendrag av en forskning. Linken til forskningen fant jeg i kildelisten. Denne forskningsartikkelen brukte jeg videre i oppgaven *Individual music for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial.*

Jeg søkte videre på sykepleien.no med søkeordet *demens* og *musikkterapi*. Der fikk jeg opp to litteraturstudie; *Individualisert musikk for personer med demens* og *Meningsfull aktiviteter på sykehjem og Glimt av glede* som jeg valgte å bruke videre.

2.1.2 Litteratursøk

For å finne litteratur som var relevant for min oppgave søkte jeg på Oria som er skolebibliotekets database. Her brukte jeg søkeord som *Miljøbehandling, Demens, Metode, Oppgaveskriving*. Jeg var også på skolebiblioteket og folkebiblioteket å lette etter bøker som kunne være relevante. Veilederen min har kommet med noen tips om skjønnlitterære bøker som jeg kunne bruke, jeg valgte å ikke ta med noen av disse. Videre har jeg sett over pensumlisten for disse tre årene på skolen for å se om noen av disse var relevant.

I metodekapittelet bruke jeg *Metode og oppgaveskriving* av Dalland (2012). For å beskrive hva demens er har jeg brukt Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff (2014) *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten*, Knut Engedal (2008) *Lærebok alderspsykiatri i praksis* og Torgeir Bruun Wyller (2015) sin bok *Geriatri; en medisinsk lærebok*. Teori jeg har valgt for å beskrive miljøarbeid i form av fysisk aktivitet og musikk er permen som er utarbeidet av Aldring og Helse (2012) *Demensomsorgens ABC; miljøbehandling*. Her har jeg valgt å bruke studiehefte nr. 1 *Før du starter; personsentrert omsorg for personer med demens*, studiehefte nr. 7 *Bruk av musikk*, og studiehefte nr. 6 *Fysisk aktivitet; behovet for bevegelse*

For å finne sykepleieteoretiker som jeg mener er relevant for oppgaven min, søkte jeg på Oria. Der fant jeg boken til Marit Kirkevold (1998); *Sykepleieteorier- en analyse og evaluering*. Denne brukte jeg for å få en oversikt over de ulike sykepleieteoretikerne. I oppgaven valgte jeg å bruke *Dorothea Orems egenomsorgsteori*.

2.1.3 Kildekritikk

Artikler som jeg har brukt i oppgaven kan jeg ha tolket det ulikt fra det forskerne mener eller det kan være elementer jeg kan ha oversatt, dette kan gjøre oppgaven min svakere. I følge Dallan (2012) skjer tolking delvis ved å sammenligne likheter og forskjeller i data som er hentet inn (Dalland, 2012). Videre skriver han at det ikke alltid vil være fullt samsvar mellom egne tolkninger og fra innsamlet data (Dalland, 2012). I de to engelske artiklene jeg har brukt i oppgaven min kan det være en svakhet at jeg har valgt å bruke Google oversetter til deler av teksten for å oversette. Dette kan gjøre til at noe er blitt oversatt feil som gjør til at jeg kan ha oppfattet viktige elementer feil. Jeg valgte å bruke Google oversetter da jeg ikke føler meg trygg nok på mine engelske kunnskaper til å kunne oversette selv.

Jeg fant få forskningsartikler om fysisk aktivitet som ga meg noen relevant informasjon om effekten av fysisk aktivitet hos demente. Dette kan være en svakhet i oppgaven, men jeg har funne mye god teori. I etterkant av at oppgaven var ferdig ser jeg at jeg kun skulle tatt med fysisk aktivitet og ikke musikk. Dette fordi begge feltene i grunn var større enn jeg trodde, og siden oppgaven ikke er så stor begrenset dette meg i å gå mer i dybden enn jeg skulle ønske. Dette kan være en svakhet i oppgaven min.

3.0 Teori

I denne delen vil jeg belyse teorien jeg har valgt å ha med i bacheloroppgaven min. Delen starter med fakta om demens, dette for å kunne gi leseren litt kunnskap om hva demens er. Videre har jeg delt inn oppgaven i miljøbehandling, individuell miljøbehandling, miljøbehandling i form av fysisk aktivitet og musikk. Jeg har mest fokus på fysisk aktivitet i oppgaven da jeg tror det kan bidra i en større grad til å ivareta ressursene til pasientene. Musikken har jeg tatt med fordi jeg har observert at den kan motivere og brukes i lag med fysisk aktivitet. Litteraturen vil danne grunnlaget for drøftingsdelen min.

3.1 Demens

Demens er ikke en sykdom i seg selv men et syndrom. Det er en ansamling av symptomer som kan komme av ulike sykdommer (Wyller, 2015). De vanlige årsakene til demens for mennesker over 65 år er Alzheimers sykdom, demens med lewylegemer, frontotemporallapps-demens og alkoholisk demens (Wyller, 2015). Demens har tre stadier; Mild-, moderat- og alvorlig grad (Roksta, 2008). Ved mild grad merker personene endringer som får innvirkning på dagliglivet. Ved moderat grad vil gjøremålene i hverdagen bli vanskeligere å gjøre, personene trenger mer hjelp gjennom veiledning og konkrete gjøremål. Alvorlig grad har pasienten har betydelig handlingssvikt, hjelpeløshet og klarer seg ikke alene (Roksta, 2008).

Den er kronisk og rammer den kognitive funksjonen, svikt av emosjonell kontroll og redusert funksjonsevne i dagliglivet (Engedal, 2008). Det er en progredierende sykdom, som betyr en sykdom som forverrer seg og ikke går an å kurere (Skovdahl & Berentsen, 2014). Det finnes ingen varig medikamentell behandling mot demens i dag. Den mest brukte behandlingen til nå er ikke-medikamentelle tiltak som miljøbehandling. Denne behandlingen skal hjelpe pasientene til å kunne leve et så godt liv som mulig, samt å kunne opprettholde funksjonsnivået sitt lengst mulig (Wyller, 2015). Videre skriver Wyller (2015) at denne behandlingen kan inneholde musikk og sang, fysisk aktivitet, tilrettelegging av måltider, tilpasset hjelp til av- og påkledning og personlig hygiene og ulike hjelpemiddel (Wyller, 2015). Demens rammer personer ulikt. Hos noen utvikler den seg fort, hos andre kan den strekke seg over lang tid, inntil 10-20 år (Roksta, 2008).

3.2 Miljøbehandling

Målet med miljøbehandling er å skape glede og trivsel for pasientene. Det er en behandlingsform som er aktivitetsrettet der forhold som virker inn på dagliglivet blir brukt aktivt, som for eksempel måltider, aktiviteter og stimulering (Rokstad, 2008). Det er en individuelt tilpasset behandling som bygger på pasientens egne ressurser og funksjonsevne, dette fører til følelsen av mestring. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I miljøbehandling er det psykososiale miljøet viktig (Rokstad, 2008).

Videre skriver Rokstad (2008) at ifølge Gunderson (1978) er det fem grunnleggende elementer i det terapeutiske miljøet. Trygghet, struktur, støtte, engasjement, gyldighet/bekreftelse. Trygghet skal gi pasienten trygghet gjennom god omsorg. Det skal være en viss struktur men med fleksible rutiner, for å kunne møte pasientens behov. Støtte skal gi redusert uro og angst, tillit, trygghet egenverd og aksept hos pasientene, gjennom omsorg og forståelse. Gyldiggjøring/bekreftelse skal gi alle pasientene en individuell plan, slik at de får best mulig oppfølging og behandling (Rokstad, 2008).

3.2.1 Individuell miljøbehandling

Individuell miljøbehandling bygger på en grundig kartlegging av pasientens kognitive funksjon, fysiske- og psykiske helse, pasientens nettverk og historie (Rokstad, 2008). Videre skriver Rokstad (2008) at pårørende er en viktig støttespiller for at pasientene skal få en best mulig tilpasset behandling. De kan komme med nyttig informasjon om pasienten. I denne behandlingen blir det satt opp individuelle mål og tiltak for pasientene (Rokstad, 2008). Disse skal bidra til at pasienten får dekket sine grunnleggende behov samt å kunne opprettholde sine ressurser (Rokstad, 2008).

3.3 Sykepleieansvar for å fremme ressurser

Dorothea Orems er sykepleierteoretiker som gjennom reflektering av egne erfaringer har laget egenomsorgsteorien som kom i 1971 (Kirkevold, 1998). Orems ville finne ut av hva som var sykepleiernes ansvarsområde når det oppstår en egenomsorgssvikt. Teorien til Orems inneholder egenomsorgskrav for hva som er nødvendig for å kunne fremme funksjon og helse (Kirkevold, 1998). Her har Orems noe hun kaller *sykepleiesystemer* og det ene er *Helt kompensierende sykepleiesystem*. Denne er for pasienter som ikke selv klarer å ta initiativ til å utføre egenomsorg, men som kan utføre det ved hjelp av rettleiing (Kirkevold, 1998). Orems sier at egenomsorgssvikt skjer når en person ikke klarer å dekke sine egne behov, og pårørende ikke lenger strekker til (Kirkevold, 1998). Da er det sykepleierne som har ansvaret for å få dekket behovene (Kirkevold, 1998).

Etiske prinsipper som er viktige å ha med når vi jobber med demensrammet mennesker er velgjørhetsprinsippet og ikke-skade-prinsippet. Velgjørhetsprinsippet har som formål at vi som sykepleiere etter beste evne skal både ville og gjøre det som er til det beste for pasienten, vi skal skape best mulig velferd og helsegode for flest pasienter på knappe ressurser (Nortvedt, 2013). Ikke-skade-prinsippet skal være med på å beskytte pasientene mot feilbehandling og dårlig praksis (Nortvedt, 2013). Vi skal behandle pasientene med respekt og vise empati ovenfor dem, vi skal redusere smerter og ubehag (Nortvedt, 2013). Empati er evnen til å sette seg inn i andre sin opplevelser av en situasjon og vise medfølelse overfor andre (Røkenes & Hanssen, 2012). Helsepersonelloven § 4 sier at sykepleierne skal utføre arbeidet i samsvar med krav til faglig forsvarlighet omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 2016).

3.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er ett av de grunnleggende behovene for mennesker. Dersom vi ikke beveger oss nok, så taper mennesker funksjonen sakte men sikkert (Helbostad J. L., 2014; Torstveit & Olsen, 2013). Fysisk aktivitet har innvirkning på både den fysiske og psykiske helsen, og bidrar til å opprettholde de hverdagslige funksjonene samt kommunikasjonsevnene til personer med demens (Helbostad, Taraldsen, & Saktvedt, 2008). Barh (2008) skriver at Fysisk inaktivitet er en økende utfordring og at helsesektoren må ta ett ansvar (Barh, 2008). Videre skriver han at fysisk aktivitet har en god effekt på en rekke sykdommer og at det bør være en del av hverdagen. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere i 2. punkt *Sykepleieren og pasienten 2.1* står det; *sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom* (Norsk sykepleieforbund, 2011). Tangen (2012) skriver at de som er oppegående når de flytter inn på sykehjem, er som regel ikke dette etter ett års tid på sykehjemmet. Dette kan ha sammenheng med sykdommer, men det kan også være på grunn av fysisk inaktivitet (Tangen, 2012). I demensplanen 2020 kommer det fram at sosiale, fysiske, kulturelle og åndelige aktiviteter er ett grunnleggende element for at de demensrammede skal leve et godt liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre skriver de at kommunen er pliktig til å gi pasientene en aktiv og meningsfull tilværelse sammen med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Mennesker med demens har en risiko for å utvikle depresjon, blant annet fordi dem kan oppleve tap av både funksjoner og mestring (Roksta, 2008). Videre skriver Rokstad (2008) at de kan da ha vansker med å vise interesse og å ta initiativ til deltakelse. Tangen (2012) skriver at det er ulikt hvor motiverte pasientene er (Tangen, 2012). Det er viktig at sykepleierne fanger opp dette, og er flinke til å involvere og oppmuntre pasientene til aktiv deltakelse (Berentsen & Skovdahl, 2014; Tangen, 2012). Demente som har nedsatt psykisk helse kan ha symptom som motorisk uro, vandring, dårlig nattesøvn, aggresjon (Tangen, 2012). Videre skriver Tangen (2012) at fysisk aktivitet har en god effekt på å dempe disse symptomene (Tangen, 2012). Når pasientene er bedre må en alltid jobbe for å forebygge tilbakefall av en depresjon (Moksnes, 2007). Videre skriver Moksnes (2007) at for å forebygge en depresjon hjelper det med 30 minutter fysisk aktivitet tre ganger for dagen, og at pasientene ikke bør isolere seg men komme seg ut blant folk. Han skriver også at en viss struktur er viktig, som måltider, aktivitet, søvn og hvile er viktig for forebyggingen (Moksnes, 2007).

3.4.1 Presentasjon av artikler

Artikkel 1

Tittel: Meningsfull aktiviteter på sykehjemmet

Forfatter og årstall: Britt Øvrebø Haugland, 2012

Hensikt: Kartlegging av hvilke aktiviteter de som bor på sykehjem har interesse av å delta i, og hva de ansatte tror pasientene har interesse av å delta på.

Funn: Pasientene ønsker i stor grad å delta på aktiviteter, men der de selv er aktive. I studien viser det at pleierne må bli flinkere til å kartlegge hvilke interesser pasientene faktisk har.

Artikkel 2

Tittel: Effekt av fysisk aktivitet og omsorgstiltak for personer med demens

Forfatter og årstall: Dahm K. T, Dalsbø, Håvelsrud & Reinart, 2014

Hensikt: Å lage en oversikt over studier som er gjort om effekten av fysisk aktivitet og omsorgstiltak hos personer med demens. Det er en rapport som er utarbeidet av Kunnskapssenteret for Helsedirektoratet på bakgrunn av en litteraturstudie gjort i april 2014.

Funn: Forskning som er gjort på dette feltet er av lav kvalitet og at de ikke kan trekke noen store konklusjoner ut i fra funnene. De skriver at fysisk aktivitet har trolig liten eller ingen effekt på depressive symptomer, men at det muligens gir en bedre kognitiv funksjon og bedre daglig funksjon.

Artikkel 3

Tittel: God omsorg for urolige personer med demens

Forfatter og årstall: Thorvik, Helleberg & Hauge, 2016

Hensikt: Beskrive og utforske hva god omsorg på en skjermet avdeling kan være.

Funn: viktige egenskaper hos en sykepleier på en skjermet avdeling. Disse ble delt inn i tre hovedkategorier; Alltid beredt, fleksibilitet og kunnskap og kjennskap.

3.5 Musikk

Musikk kan brukes av alle som jobber på avdelingen, uten noe spesialkompetanse eller musikalsk bakgrunn (Larsen, 2012). Musikk kan gi pasientene en opplevelse av mestring, da mange har ett forhold fra musikk fra tidligere. «Oi, så flinke vi er! Kan jeg disse sangene altså?» Pasient (Larsen, 2012). Musikk erstatter følelsen av forvirring og ensomhet med glede (Larsen, 2012). Den kan også stimulere til sosial deltakelse, positive opplevelser og vekke minner (Rokstad, 2008). Minnene kan være med på å styrke pasientenes identitet og pasienter med redusert verbal språkevne kan ha positiv effekt på språkstimuli gjennom musikken (Rokstad, 2008). Pasienter som bare klare å si enkelte ord som «ja» og «nei» kan gi uttrykk for seg gjennom sang. Dette er fordi hjernen er bygd opp med språksenteret på venstre hjernehalvdel, og oppfattelsen av rytmen i musikken sitter i høyrehjernehalvdel. For pasienter med talevansker kan det hjelper med rytme for å kunne formidle verbalt gjennom sang. Dette fordi ved rytme må venstre og høyre del av hjernen samarbeide som igjen gir økt aktivitet i venstre hjernehalvdel som setter i gang talen (Larsen, 2012).

Rytme og bevegelse blir stimulert av musikken, og musikken kan inspirerer mennesker til bevegelse (Larsen, 2012). Videre skriver Larsen (2012) at musikken kan brukes for å få pasientene til å bevege seg. Han skriver at pleierne kan bruke marsj når pasientene skal gå, da blir det enklere for dem å gå da de har en takt å forholde seg til.

3.5.1 Presentasjon av artikler

Artikkel 1

Tittel: Individualisert musikk for personer med demens

Forfatter og årstall: Bragstad & Kirkevold, 2010

Hensikt: Undersøke hva tidligere forskning sier om individualiser musikk for personer med demens.

Funn: Individualisert musikk for personer med demens kan ha positiv effekt på utfordrende atferd. Det blir også påpekt at det er ett området som er lite forsket på og at det er lite kunnskap om feltet.

Artikkel 2

Tittel: Glimt av glede

Forfatter og årstall: Kvamme, 2014

Hensikt: Undersøke om musikkterapi kan påvirke sinnsstemning hos personer med demens som har symptomer på depresjon eller depresjon kombinert med angst. Hun ville også undersøke om musikkterapien kun hjalp pasienter mens musikkterapien pågikk eller om den hadde positiv effekt på lang sikt.

Funn: Positiv endring av livskvalitet hos pasienter med Alzheimers, og positiv effekt for redusert angst. Tre av deltakerne hadde økt kognitivt funksjonsnivå. Tre måneder etter musikkterapiperioden viste det forverring hos tre av fem og ytterligere bedring hos to.

Artikkel 3

Tittel: A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing home

Forfatter og årstall: Sung, Chang & Lee, 2010.

Hensikt: Undersøke om individualisert musikk kan bidra til å redusere uro hos personer med demens som bor på sykehjem.

Funn: Etter 6 uker hadde deltakerne i den eksperimentelle gruppen signifikant lavere uro enn i kontrollgruppen. I studien konkluderte de med at musikken hadde en positiv effekt på å redusere uroende atferd hos pasienten med demens på sykehjem.

Artikkel 4

Tittel: Individual music therapy for agitation in dementia; a exploratory rrandomized controlled trial.

Forfatter og årstall: Ridder, Stige, Qvale & Gold, 2013

Hensikten: Undersøke effekten av individuell musikkterapi på utagering hos personer med moderat/alvorlig demens, samt å undersøke effekten av musikkterapi på psykotrope medisiner og livskvalitet.

Funn: Konklusjonen i studiet sier at musikkterapi reduserer uro og at den hindre økning i medikament hos personer med demens.

4.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven har jeg to underkapittel. I disse har jeg drøfte teorien jeg har valg opp mot mine egne erfaringer gjennom praksis. Dette er med på å besvare problemstillingen min. I det første underkapittelet «sykepleieansvar ovenfor pasientene», har jeg drøfte etiske prinsipp og lover. Jeg har også drøfte sykepleieteoretiker Orem og hennes egenomsorgsteori (Kirkevold, 1998). Siste underkapittelet er *Musikk og fysisk aktivitet for å ivareta pasientenes ressurser*. Her har jeg starter med en case. Denne casene bygger på opplevelser fra min praksis på skjermet avdeling. Casen handler om en pasient som jeg har sett har hatt positiv effekt av både fysisk aktivitet og musikk. Personene i casen er anonymisert slik at de ikke er gjenkjennelige. Underveis har jeg komme med andre innspill fra praksis.

4.1 Sykepleieansvar for å fremme ressurser

Velgjøringsprinsippet sier at jeg som sykepleier skal både ville og gjøre det som er til det beste for pasienten (Nortvedt, 2013). Jeg må da hele tiden tenke på hva som er best for pasientene og handle ut i fra dette. Som Orem sier er det skjedd en egenomsorgssvikt når pasientene ikke lenger klarer å ta hand om seg selv og dekke sine grunnleggende behov (Kirkevold, 1998). Det er dette som er grunnen til at de er kommet på sykehjem, fordi de klarer ikke lenger klarer å ta hånd om seg selv. Det er da som Orem skriver at vi som sykepleiere som har ansvar for at pasientene får dekket sine grunnleggende behov (Kirkevold, 1998). Siden ett av våre behov er fysisk aktivitet er jeg som sykepleier ansvarlig for at pasientene får dekket disse på samme måte som de får mat og drikke. Først og fremst er det viktig at pasientene blir kartlagt slik at jeg får et bilde av hvilke ressursene og hvilket funksjonsnivå de har. Dette er i tråd med det Rokstad (2008) skriver om miljøbehandling, der hun sier at miljøbehandling skal bygge på pasientenes egne ressurser og funksjonsevne. Kartleggingene kan videre brukes når en skal lage tiltak til pasientene. Der kan sykepleierne ta utgangspunkt i hva pasientene selv klarer og hva de kan klare dersom det blir tilrettelagt, samt hvilke interesser dem har. Haugeland (2012) gjorde funn på at sykepleierne må bli flinkere til å kartlegge pasientene, da det viste seg at sykepleierne ikke visste hvilke interesser pasientene faktisk hadde. God sykepleie for meg er ikke å gjøre alt for pasientene, men å bruke kartleggingen til å kunne tilrettelegge slik at de kan gjøre mest mulig selv.

I praksis observerte jeg at pleierne var flinke til å kartlegge pasientene. De ble kartlagt når de flyttet inn på sykehjemmet, og kontaktsykepleier hadde ansvar for at kartleggingen ble gjennomført med jamne mellomrom. Men jeg observerte også at kartleggingene de gjorde ikke var helt til å stole på. Jeg og kontaktsykepleieren min gikk gjennom noen av kartlegginger av hvilke fysisk nivå noen av pasientene hadde. På disse var det mye feil og på enkelte plasser sto det at pasienten ikke klarte å bevege seg i hele tatt, og måtte ha hjelp til alt av stell og mat. Disse pasientene klarte mye av dette selv dersom det ble tilrettelagt. Jeg mener at vi som sykepleiere har et ansvar å sørge for at datainnsamling og opplysninger

om pasientene er riktige, slik at vi kan bruke dem videre til å planlegge tiltak. I ikke-skade-prinsippet skal vi som sykepleiere sørge for at pasientene ikke blir utsatt for feilbehandlinger og dårlig praksis (Nortvedt, 2013). Det går ikke an å bygge tiltak på kartlegging som ikke er gjort grundig nok, og er feil.

4.2 Musikk og fysisk aktivitet for å ivareta pasientens ressurser

«Det er bedre å bli sliten av å gjøre noe, enn å bli sliten av å sitte hele dagen» Pasient 97 år (Tangen, 2012).

Case

Pasient fikk en student som skulle være primærkontakt i seks uker. Vi var blitt informert at pasienten gikk dårlig, derfor satt hun i rullestol. Dersom hun skulle gå måtte hun ha følge av to pleiere. Pasientene satt i rullestolen hele dagen, bortsett fra når hun hvilte i sengen. Denne pasienten hadde diagnosen depressiv lidelse, var verbalt urolig, hallusinerte og kunne bli veldig sint. I slike perioder ble pasienten skjermet på rommet sitt. Om nettene sov pasienten dårlig, ropte mye og var urolig. Dette holdt de andre på avdelingen våkne. Studenten lot pasienten gå fra rommet og inn på stuen hver morgen, de hadde gåtrenoing flere ganger for dagen ute på gangen. Det viste seg at pasienten gikk ganske bra og kun trengte en pleier. Pasienten fikk tett oppfølging av denne studenten og urosperiodene ble reduserte. Denne pasienten var også glad i sang og musikk. Under sangstunder på fellesstuen deltok hun ivrig og sang med på de fleste sangene. Jeg var glad i å ta fram sangboken og ha en felles sangstund med pasientene. Denne damen ble rolig når vi sang, hun tok initiativ til hvilke sanger vi skulle synge. Når jeg kom med forslag om sangen *Jeg gikk meg over sjø og land* ble denne pasienten glad. Hun satt i en stol men gjorde mange av bevegelsene og var svært aktiv. Etter sangstunden var denne pasienten rolig og kunne sitte inne på stuen og bare slappe av.

Som Tangen (2012) skriver mister mange av de som flytter inn på sykehjem sine fysiske funksjoner etter ett års tid på sykehjem. Han mener at dette kan komme av utvikling av sykdom, men også av fysisk inaktivitet. Dette er etter mine meninger skremmende fakta. Mine observasjoner gjennom praksis er at pasientene gjør for lite i hverdagen. Dagene er fylt med mye sitting og hviling, og pleierne er opptatt med andre arbeidsoppgaver. Jeg observerte at de som hadde pårørende som kunne komme på dagtid var mer aktive og kom seg ut litt. Men skal pasientene være avhengig av pårørende når de bor på sykehjem? Jeg vil sammenligne dette med en barnehage. Foreldrene leverer barna der for at de skal få utvikle seg og være aktive, mens de er på jobb. Tenk om de ansatte ikke hadde hatt tid til å aktivisere dem? Barna hadde ikke fått muligheten til å utvikle seg og lært ting uten de ansattes tilstedeværelse. Orem mener at når pasienten selv ikke klarer å oppfylle egenomsorg eller pårørende ikke klarer å følge det opp, er det vårt ansvar som sykepleier å hjelpe pasienten (Kirkevold, 1998). Fysisk aktivitet er ett av våre grunnleggende behov, og dette skal vi som sykepleiere opprettholde.

Fysisk inaktivitet er en økende utfordring og helsesektoren må ta et ansvar (Barh, 2008). En skjermet avdeling er en liten avdeling, fordi det skal være rom for å kunne bruke tid på pasientene. Avdelingslederne har et ansvar for at ressursene på avdelingen blir brukt og at de får mest mulig ut av de knappe ressursene. Med dette mener jeg at de må være kreative og komme med enkle tiltak for å lette hverdagen for pasientene, men samtidig for pleierne. I casen brukte studenten litt ekstra tid på pasienten, og jeg kunne se atferdsendringer og en roligere pasient. Jeg sier ikke at alle pasienter skulle hatt sin egen pleier, men at pleierne tar seg tid til de små tingene. Jeg mener at dersom pasienten klarer å gå selv, bør hun ikke sitte i rullestol selv om det mest tidsbesparende for sykepleierne. De bør ta de ekstra 10 minuttene det tar, slik at pasienten får gå selv og får bevege seg litt. I de yrkesetiske retningslinjene står det at sykepleierne har ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleieforbund, 2011). Ved å ikke la de få bruke sine ressurser mister de dem sakte men sikkert og vi får en pasient som blir mer og mer pleietrengende. Pasientenes ressurser hviler på pleiernes ressurser, og de trenger at vi bruker tid på dem. Det er vårt ansvar som sykepleiere, det er vår jobb og vi skal fremme ressursene ikke hemme de. Slik jeg ser det har sykepleiestudentene mer tid til aktiviteter med pasientene. Vi blir en ekstra ressurs for avdelingen, i form av økt arbeidskapasitet. Det er derfor lett for meg å påpeke ting jeg mener burde vært gjort annerledes. Jeg observerte at sykepleierne alltid hadde noe å gjøre på. Kanskje vil det å sette inn flere folk på jobb lette arbeidsdagen til sykepleierne litt, slik at de får brukt tiden mer på pasientene. Mye av tiden ble brukt til å dokumentere. Jeg skjønner at dette er oppgaver som er pålagt å gjøre og at de må bruke mye av tiden sin framfor datamaskiner. Men da må kommunene sørge for at det teknologiske utstyret er i god stand. Datamaskinene de brukte var gamle og man bruker lang tid å logge seg på. Dette var med på å kaste bort verdifull tid i samspill med pasientene. Jeg mener at pasientene ikke blir bedre ved at vi må bruke mye tid på å dokumentere, så lenge dette går ut over tid som vi kunne brukt på å fremme helse, som for eksempel fysisk aktivitet. Dette er i tråd med teorien og Gundersons (1979) om å kunne være fleksible og utnytte tiden vi har.

I demensplanen 2020 (2015) står det at personer med demens skal bli møtt med respekt og forståelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Videre står det at demens angår hele samfunnet, og det skal være tilrettelagt slik at de får muligheten til å opprettholde et aktivt og selvstøttet liv lengst mulig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Tangen (2012) skriver at demente er utsatt for å bli deprimerede. Vi som sykepleiere må da bruke kunnskapene vi har for å forebygge depresjoner og andre komplikasjoner. Moksnes (2007) skriver at fysisk aktivitet 30 minutter, tre ganger i uken, samt en viss struktur i hverdagen er med på å forebygge. De fire artiklene jeg har med om musikk har alle fellesfunn på at musikk reduserer uroende atferd hos pasientene. Kvamme (2012) har også ett funn på at når musikkterapien avtok økte uroen hos pasientene igjen. Da må vi bruke disse tiltakene over tid, få det inn i rutinene våre slik at pasientene får det best mulig på slutten av livet. Ved å sette fokus på forebyggende tiltak kan vi spare tid på sikt. Slik jeg ser det vil det kreve det en del jobb i begynnelsen. Men dersom pasientene for eksempel

får en depresjon eller trykksår på grunn av inaktivitet, tar det lengre tid å kunne hjelpe pasienten ut av denne situasjonen.

Mine erfaringer er at det ikke er mye som skal til for å aktivisere pasientene. Jeg likte veldig godt å ha sangstund med pasientene inne på stuen. Stuen var en fin plass for felles aktivitet og sosialisering. Til en sangstund trenger du: Mennesker, sangbøker og et rom, og for å synge trenger en ikke noe spesialkompetanse, det kan brukes av alle. Kunnskapen om å spille, synge eller danse kan mange huske lenge etter at andre ferdigheter er gått tapt, og det er viktig å bruke disse ressursene til pasientene aktivt i omsorgen (Larsen, 2012). Musikken kan skape glede, gi sosial deltakelse, positive opplevelser og vekke minner (Rokstad, 2008). I de fire artiklene jeg har brukt er resultatene at musikk reduserer uroende atferd hos pasienter med demens.

«Musikk er livet mitt. Ja for musikken har alltid vært der... musikken var der da jeg lå i mors armer, musikken var der på min første skoledag, musikken var der i min første dans, musikken var der da jeg gikk opp kirkegulvet, musikken var der da jeg mistet mannen min..så når jeg synger... ja da liksom kommer hele livet tilbake til meg» Pasient (Larsen, 2012, s. 4)

Under sangstunder var det pasientene som bestemte hvilke sanger de ville synge. Var det sanger som vi andre ikke kunne, fikk pasienten ansvaret å lære oss den. Dette gjorde til at pasienten følte seg sett og hørt, de fikk delta aktivt og være med å bestemme. Musikken kan inspirere til bevegelse og den kan brukes i mange situasjoner (Larsen, 2012). Under sangstundene hadde vi ulike sanger der vi skulle bevege oss. Sanger som *Hode, skulder, kne og tå* og *Jeg gikk meg over sjø og land*. Pasientene kunne enten sitte på stolen eller reise seg. På denne måten brukte vi musikken til aktivitet. Jeg brukte også sang under stell hos enkelte av pasientene. En av pasienten var utrygg i stellesituasjoner og det var vanskelig å få utført stell. Jeg visste at denne pasienten var glad i sang og musikk. Når jeg begynte å synge smilte hun og begynte å gyngre frem og tilbake. Hun falt til ro med en gang og slappet av. Dette gjorde til at pasienten følte seg trygg i stellesituasjonen og jeg fikk utført stell. Larsen (2012) skriver at musikken kan erstatte forvirring og ensomhet med glede. I denne situasjonen var pasienten urolig og forvirret over hva som skulle skje. Hun ga tydelig uttrykk for at dette var noe hun ikke ville. Musikken var en viktig del av denne pasienten og hun ble glad.

I artikkelen til Thorvik, Helleberg & Hauge (2016) er ett av funnene at de som jobber på en skjermet avdeling må være fleksible. Videre skriver de at det må være noen faste rutiner som er selve rammen rundt hverdagen, men at det går an å være fleksible med disse. Dette for å kunne gi pasientene god omsorg og møte dem når de trenger det (Thorvik, Helleberg, & Hauge, 2016). Mine observasjoner under praksis er at det kan være vanskelig å være fleksible. Pleierne har en fast ramme som morgenstell, måltider og kveldsstell. Dette blir utført til gitte tider. Mellom disse gjøremålene er det mye tid å ta av. Jeg observerte en pasient som spurte om de kunne ut å gå, pleierne var da opptatt av andre gjøremål som for eksempel å rydde skyllerommet da dette sto på dagsplanen. Denne pasienten hadde depressiv lidelse og

tok ikke så ofte initiativ til noe, men ble avvist de få gangene hun gjorde det. Roska (2008) skriver at pasienter med depressiv lidelse kan ha vansker med å ta initiativ. Jeg synes da at vi som sykepleiere må være så fleksible at vi lar skyllerommet vente og tar pasienten med ut. I velgjørhetsprinsippet skal vi gjøre det som er til det beste for pasientene (Nortvedt, 2013). Mitt syn på dette er at det beste for pasienten er å få seg en luftetur.

Gunderson`s (1978) fem grunnleggende element i det terapeutiske miljøet; trygghet, struktur, støtte og bekreftelse blir alle møtt gjennom fysisk aktivitet. Alle får en trygghetsfølelse når en føler seg nyttig. Ved å opprettholde pasientenes fysiske aktivitetsnivå gir det mestring til pasientene. Det er også med å skape relasjoner mellom pasient og pleier gjennom det å gjøre noe sammen. I føle ABC- heftet til Aldring og Helse, skal ikke den fysiske aktiviteten gjøres bare når det er tid til det (Tangen, 2012, s. 11). Under ballspill som jeg og en annen student utførte for seks pasienter på avdelingen fikk pasientene brukt sine fysiske funksjoner. Under denne aktiviteten fikk pasientene støtte og bekreftelse både fra medpasienter og pleierne. Alle heiet på hverandre og pasientene gidde ett klapp på skulderen om det ikke gikk så bra. Jeg observerte en glede og et engasjement i pasientene, og konkurranseinstinktet var på plass. Dette var med på å gi pasientene en bekreftelse på at de kunne utføre slike aktiviteter. I følge Gunderson (1978) er dette to av fem grunnleggende behov i det terapeutiske miljøet. I denne aktiviteten fikk de beveget seg, de bøyde seg ned til gulvet, de måtte konsentrere seg når de skulle kaste ballen, de måtte gå for å hentete ballene sine. I en slik aktivitet må det være en viss struktur for å kunne gjennomføres. Pleierne bør strukturere aktiviteten og bidra med veiledning dersom dette trengs. Dette for at pasientene skal få en positiv opplevelse av aktiviteten og ha en god effekt. På den andre siden bør ikke pleierne bli så strukturerte at de glemmer fleksibiliteten. De kan lage en timeplan som sier noe om hva de kan gjøre de ulike dagene, men må møte pasientene behov der og da, som ifølge Gunderson (1978) er struktur. Jeg synes at slike aktiviteter bør brukes mer aktivt i behandlingen, og at sykepleierne har en viss struktur for å kunne oppnå ønskelige mål. Mine observasjoner under praksis er at det er nettopp dette som kan være problemet med å få gjennomført slike tiltak. Tiltakene fungerer i oppstarten med glir sakte med sikkert ut fordi tiden ikke strekker til, eller de ikke er flinke nok til å utnytte de korte øyeblikkene. Tangen (2012) skriver at det må være en viss struktur på tiltaket dersom effekten skal sees og at de må brukes over tid. Så for å kunne nå målene om å bedre ressursene til pasientene bør sykepleierne jobbe strukturer med å ha en ramme for ulike aktiviteter, men bør også være fleksible og kunne endre på denne for å kunne møte pasientene.

5.0 Konklusjon

Gjennom dette litteraturstudiet har jeg sett på hvordan vi som sykepleiere kan ta i bruk miljøbehandling som fysisk aktivitet og musikk for å ivareta ressursene til pasientene. Når pasientene er kommet inn på sykehjemmet, er det fordi de ikke selv klarer å dekke sine grunnleggende behov. Da er det sykepleierne sitt ansvar å gjøre det jeg kan for at pasientene skal få et så verdig liv som mulig og hjelpe dem til å bevare ressursene sine lengst mulig. Fysisk aktivitet er ett av de grunnleggende behovene til mennesker, og det kan bidra til å redusere faren for å utvikle andre komplikasjoner som depresjon, noe som demensrammede er utsatt for. Ved å være i fysisk aktivitet minimum 30 minutter tre ganger i uken kan dette være med på å forebygge depresjon hos demente eldre. Dersom pasientene er fysisk inaktive taper de sin fysiske funksjon sakte men sikkert, og kan til slutt bli fullt pleietrengende. Sykepleierne må bruke sin kunnskap om demenssykdommen og hele tiden jobbe forebyggende. Det å miste den fysiske funksjonen er også en del av sykdomsbildet, men ved å jobbe målrettet med vedlikehold kan det hjelpe pasientene med å ivareta ressursene sine lengst mulig. Forskning som jeg har funnet konkluderer alle med at effekten av fysisk aktivitet til eldre demensrammede må forskes mer på. Når jeg har jobbet med å finne forskning på dette har jeg sett at det er vanskelig å finne god forskning på det, men det har vært mye teori på dette feltet.

Musikken er noe som de fleste av pasientene kan kjenne seg igjen i, og de kan knytte sangene opp til minner fra livet sitt. Den kan brukes i grupper, der det blir en sosial setting, men det kan også brukes individuelt som for eksempel under stell. Musikken kan skape glede og redusere uroende atferd hos pasientene og den kan motivere til fysisk aktivitet. Forskning som jeg har brukt i dette studiet viser alle til funn om at musikken har god effekt på å redusere uroende atferd hos pasienter. Gjennom denne studien har jeg sett at sykepleierne må kartlegge ressursene til pasientene, sette mål som dem skal jobbe mot, jobbe strukturert men være fleksible. For å kunne se en effekt av bruken av fysisk aktivitet og musikk må det inn i hverdagen til pasientene på lik linje som måltider og søvn. Pleierne må jobbe sammen om å få det inn, og bruke det over tid. Dersom de får dette til kan fysisk aktivitet være med på at pasientene kan ivareta sine ressurser lengst mulig.

Bibliografi

- Aldring og Helse. (2016). Demens. Hentet 11 02, 2016 fra <http://www.aldringoghelse.no/demens/demens-1>
- Aldring og Helse. (u.d.). Strukturert miljøbehandling i demensomsorgen. s. 2. Hentet 10 19, 2016 fra <http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/14630>
- Barh, R. (2008, 11). Bakgrunn. *Aktivitetshåndbok; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, ss. 3-4. Hentet 10 24, 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Berentsen, V. D., & Skovdahl, K. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, God omsorg til den gamle pasienten* (1.. utg., Vol. 2., ss. 350-382). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bragstad, L., & Kirkevold, M. (2010, 06 25). Individualisert musikk for personer med demens. s. 21. doi:DOI:10.4220/sykepleienf.2010.0067
- Dahm, K. T., Dalsbø, T., Håvelsrud, K., & Reinar, L. M. (2014, 12 18). Effekt av psykologiske tiltak for personer med demens. Hentet 10 07, 2016 fra <http://www.kunnskapsenteret.no/publikasjoner/effekt-av-fysisk-aktivitet-og-omsorgstiltak-for-personer-med-demens?vis=sammendrag>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K. (2008). *Lærebok Alderspsykiatri i praksis* (2.. utg.). Tønsberg: Aldring og Helse.
- Haugland, B. Ø. (2012, 03 05). Meningsfulle aktiviteter på sykehjem. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0030
- Helbostad, J. L. (2014). Bevegelse og aktivitet; Aldersendringer og svikt i bevegelsesfunksjon. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 340-359). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helbostad, J. L., Taraldsen, K., & Saktvedt, I. (2008, 11). 20. Demens. *Aktivitetshåndboken; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*, ss. 266-272. Hentet 10 24, 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/463/Aktivitetshandboken-IS-1592.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). Demensplan 2020; Et mer demensvennlig samfunn. Hentet 10 28, 2016 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Holthe, T. (2008). Handlingssvikt og tilrettelegging. I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens; Møte og samhandling* (ss. 114-151). Oslo: Akribel AS.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering* (2.. utg.). Oslo: Ad Notam Gyldendal AS.
- Kvamme, T. S. (2014). Glimt av glede. ss. 11-14. Hentet 10 25, 2016 fra <http://www.aldringoghelse.no/file/tidsskriftet/fulltekstartikler/glimt-av-glede-et-doktorgradsprosjekt-om-musikkterapi-med-personer-med-demens>
- Larsen, R. M. (2012). Bruk av musikk. I *Demensomsorgens ABS; Miljøbehandling* (1.. utg., ss. 1-19). Aldring og Helse.

- Lov om helsepersonell m.v. (2016, 01 01). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2
- Moksnes, K. M. (2007). Depresjon hos eldre. Hentet 11 20, 2016 fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2311>
- Norsk sykepleierforbund. (2011, 11). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. (2013). *Omtanke; En innføring i sykepleiens etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G., & Gold, C. (2013, 04 27). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. ss. 1-14.
doi:10.1080/13607863.2013.790926
- Roksta, A. M. (2008). Hva er demens? I A. M. Rokstad, & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens; møte og samhandling* (ss. 27-45). Oslo: Akriben AS.
- Rokstad, A. M. (2008). Miljøbehandling. I A. M. Rokstad, K. L. Smebye, & A. M. Rokstad (Red.), *Personer med demens; Møte og Samhandling* (1.. utg., ss. 152-179). Oslo: Akriben AS.
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (Red.). (2012). *Bære eller breste; kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.. utg.). Bergem: Fagbokforlaget Vingmosstad & Bjørke.
- Skovdahl, K., & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie; God omsorg til den gamle pasienten* (2.. utg., ss. 408-437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sung, H.-C., Chang, A. M., & Lee, W. (2010). A preferred music listening intervention to reduce anxiety in older adults with dementia in nursing home. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03016.x
- Tangen, G. G. (2012). Fysisk aktivitet- behov for bevegelse. I *Demensomsorgens ABC; Miljøbehandling* (1.. utg.). Aldring og helse.
- Thorvik, K. E., Helleberg, K., & Hauge, S. (2016, 04 28). God omsorg for urolige personer med demens. s. 16. doi:DOI:10.4220/sykepleief.2014.0140
- Torstveit, M. K., & Olsen, S. R. (2013). Fysisk aktivitet i folkehelsearbeid. I N. C. Øvreby, M. K. Tortveit, & R. Høigaard (Red.), *Folkehelsearbeid* (ss. 163-182). Oslo: Høyskoleforlaget AS.
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatry; En medisinsk lærebok* (2.. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.