



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

God livskvalitet er viktig uansett livsutsikter for personer med demens

High quality of life is important regardless of life expectancy for people with dementia

Birgitte Sagebø-Kolseth og Ida Haugen Ellseth

Kandidatnummer: 335 og 337

Bachelor i sykepleie, SK 152

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Høgskulen på Vestlandet/Campus Førde

Veileder: Solveig Nelly Sægrov

Innleveringsdato: 15.06.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: God livskvalitet er viktig uansett livsutsikter for personer med demens

Bakgrunn for valg av tema: Vi har valgt temaet livskvalitet og demens på grunn av vår praksiserfaring fra sykehjem, og dette er noe vi begge brenner for. I praksis har vi sett de tiltakene, som blir presentert i innledningen, har hatt en effekt på livskvaliteten til personer med demens. I oppgaven ønsker vi å sette fokus på hva som kan øke livskvaliteten til personer med demens på sykehjem.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens på sykehjem?

Metode: Det er blitt brukt litteraturstudie som metode i oppgaven. Vi har kritisk vurdert relevante fagbøker, og funnet litteratur og fem forskningsartiklene for å svare på problemstillingen.

Oppsummer av funn og konklusjon: Vi har sett hvilken positiv effekt tiltakene har hatt hos personer med demens. Tiltakene vi har sett nærmere på er hvor betydningsfullt relasjonen mellom beboer og sykepleier er, og hvilken effekt musikk, sansehage og aktivitet har for dem. Funnene i forskningsartiklene viser at disse er med på å bedre livskvaliteten til personer med demens. For at personer med demens skal oppleve å ha en god livskvalitet, er relasjonen og kommunikasjonen mellom sykepleier og beboer helt avgjørende.

Nøkkelord: Sykepleier, livskvalitet, demens, relasjon, sykehjem

Summary

Title: High quality of life is important regardless of life expectancy for people with dementia

Reason for subject choice: We have chosen the subject quality of life and dementia based on our experience from nursing home practice and that we are both passionate about this subject. During our practice we have studied the measures, described in the introduction, influences the quality of life for persons with dementia. With this thesis we are trying to highlight the measures that can increase the quality of life for persons with dementia of nursing homes.

Issue: How can nurses increase the quality of life for persons with dementia living at nursing homes?

Method: Literature study has been used as the method in this thesis. Relevant subject literature has been critically assessed, along with the literature and the five research articles we have used to answer the issue.

Findings and conclusion: During our work we have seen the positive effect the measures in our thesis has had on persons with dementia. Measures we have taken a closer look at are how meaningful the relationship between resident and nurse is, and the effect music, healing gardens and activities has on them. The findings we gathered from research articles shows that our measures improves the quality of life for persons with dementia. For people with dementia to have a good quality of life, the relationship and communication between nurse and resident is a crucial factor.

Keywords: Nurse, quality of life, dementia, relations, nursing home

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| 1 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Introduksjon | 1 |
| 1.2 Valg av tema | 2 |
| 1.3 Problemstilling og avgrensning | 2 |
| 1.4 Begrepsavklaring | 2 |
| 1.5 Videre plan for oppgaven | 3 |
| 2 Metode | 4 |
| 2.1 Hva er metode? | 4 |
| 2.2 Litteraturstudie som metode | 4 |
| 2.3 Grunngeving av litteratur | 4 |
| 2.3.1 Fagbøker | 4 |
| 2.3.2 Søkeprosess på forskning | 5 |
| 2.4 Kildekritikk..... | 6 |
| 2.4.1 Sterke sider | 7 |
| 2.4.2 Svake sider | 7 |
| 3 Teori..... | 8 |
| 3.1 Demens og symptom..... | 8 |
| 3.2 Hva er livskvalitet?..... | 8 |
| 3.3 Sykepleieteoretikerne Nightingale og Henderson | 9 |
| 3.4 Kommunikasjon og samhandling spiller en viktig rolle | 10 |
| 3.5 Relasjon har en viktig betydning for beboerne | 10 |
| 3.6 Musikk til personer med demens..... | 11 |
| 3.7 Sanseshagens innhold..... | 11 |
| 3.8 Tilrettelagt aktivitet til personer med demens | 11 |
| 4 Resultat og funn | 13 |
| 4.1 Forskningsartikkel..... | 13 |
| 4.2 Forskningsartikkel..... | 13 |
| 4.3 Forskningsartikkel..... | 14 |
| 4.4 Forskningsartikkel..... | 14 |
| 4.5 Forskningsartikkel..... | 15 |
| 5 Drøfting..... | 17 |
| 5.1 Relasjon mellom beboer og sykepleier | 17 |
| 5.2 Tilpasset musikk og kommunikasjon..... | 17 |
| 5.3 Betydningen av kjente elementer | 20 |
| 6 Konklusjon | 24 |

1 Innledning

1.1 Introduksjon

Livskvalitet handler om den enkeltes persons velvære, og er ikke nødvendigvis knyttet til god helse og funksjonsnivå (Fjørtoft, 2016, s. 51). I oppgaven ønsker vi å skrive hvordan sykepleiere kan bedre livskvaliteten til personer med demens. For at beboere som har demens skal ha det best mulig, må personalet ha kunnskap om diagnosen. I demensplanen 2020 står det at de ansatte skal få opplæring knyttet til demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 25). Tilbudet skal være tilrettelagt for at beboerens verdighet og integritet blir ivaretatt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). I demensplanen kommer det frem at brukerne skal være med på å bestemme og komme med sine interesser i forhold til tjenestetilbudet. Tjenestetilbudet skal ta utgangspunkt i brukerens interesser, vaner og ønsker (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). Sykepleierne skal gi tilstrekkelig og tilpasset informasjon til brukeren, slik at brukeren kan være delaktig i avgjørelser (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleieteoretikeren Florence Nightingale mente at sykepleierne måtte ha forståelse for pasientens reaksjon på en sykdom. På den måten grunnla hun menneskets autonomi og individualisme (Holter, 2016, s. 111).

Personer med demens har gjerne et forhold til musikk, og husker ofte sanger fra yngre dager. Sang kan stimulere minnene slik at beboerne husker teksten og kan synge med. Dette kan skape gode øyeblikk blant beboerne og helsepersonell (Karijord, 2017). Hovedpoenget med sansehage er at det skal gi gode opplevelser (Fagforbundet, 2013). En sansehage er en lukket og tilrettelagt uteområde knyttet til sykehjemmet (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 429). Ved flytting kan personer med demens oppleve fortvilelse, fordi de ikke forstår hva som skjer. Mange vil føle seg utrygge og behovet for bevegelse er stort. Sansehage kan dermed være et tiltak og kan føre til endret sinnstilstand og redusere uro (Fagforbundet, 2013). Fysisk aktivitet kan bidra til at beboeren opplever mestringsfølelse og kan styrke følelsen av tilhørighet (Folkehelseforeningen, 2019).

1.2 Valg av tema

Vi ønsker å belyse hvordan sykepleiere kan bedre livskvaliteten til personer med demens. Erfaringene vi har gjort oss har vist hvor viktig relasjon og kommunikasjon er mellom personer med demens og sykepleier. I praksis har vi opplevd at tilbudene, som musikk, sansehage og aktivitet, kan variere på sykehjemmene. Vi håper at vår oppgave kan sette lys på viktigheten av god livskvalitet for personer med diagnosen.

1.3 Problemstilling og avgrensning

Vår problemstilling er «Hvordan kan sykepleiere bedre livskvaliteten til personer med demens på sykehjem?»

For å avgrense problemstillingen ønsker vi å ta for oss personer med demens på sykehjem i alderen 65år og eldre. Vi har ikke valgt å spesifisere demensdiagnosen til en gruppe, men ønsker å se på demens generelt. Det alle brukerne har til felles er mild til alvorlig demens. Her vil vi se på hvilke tiltak som kan bedre livskvaliteten deres. Tiltakene vi ønsker å se nærmere på er relasjonen mellom sykepleier og personer med demens, og hvilken effekt musikk, sansehage og aktivitet har på dem.

1.4 Begrepsavklaring

Sykepleier: Sykepleiernes grunnlag er å ha respekt for hvert enkelt sitt liv og verdighet. Som sykepleier skal du jobbe faglig forsvarlig og hjelpen du gir skal være omsorgsfull.

Sykepleierne skal ivareta pasientens autonomi og forhindre at personen blir krenket (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Demens: En fellesbetegnelse av tilstander som oppstår i hjernen som kognitiv svikt, svikt av følelser og svikt av funksjonsevne. For å få en demensdiagnose må symptomene ha en varighet på seks måneder (Snoek & Engedal, 2008, s. 170).

Livskvalitet: Den enkeltes persons opplevelse og følelse av ha det godt med seg selv (Fjørtoft, 2016, s. 51).

Sykehjem: En plass hvor personer på grunn av sykdom, skade eller biologisk aldring som ikke er i stand til å ta vare på seg selv, får sykepleie. De får også nødvendig opptrening og hjelp til å gjennomføre daglige gjøremål i korte eller lange perioder (NHI, 2018).

1.5 Videre plan for oppgaven

I metodedelen forklarer vi begrepene metode og litteraturstudie. Videre beskriver vi hvordan faglitteraturen og forskningsartiklene er funnet. Under kildekritikk blir sterke og svake sider ved forskningsartiklene og fagbøkene forklart. Teoridelen inneholder faglitteratur som beskriver ulike tiltak for å bedre livskvaliteten for personer med demens. På resultat og funn blir det framstilt fem forskningsartikler der vi tar utgangspunkt i hensikt, metode, utvalg og resultat for å få fram innholdet i dem. I drøftingsdelen knytter vi teori og forskningsartiklene opp mot hverandre. Her drøfter vi sterke og svake sider ved artiklene og har med egne erfaringer. Under konklusjonen har vi synliggjort hvilken effekt tiltakene har på livskvaliteten til personer med demens. Vi trekker også frem hva sykepleierne trenger mer kunnskap om og hva konsekvensen av lite kunnskap kan føre til.

2 Metode

2.1 Hva er metode?

Metode er med på å fortelle oss hvordan vi bør gå frem for å fremskaffe oss eller etterprøve kunnskap. Ifølge Aubert referert i Dalland (2018, s.51) svarer sosiologen Vilhelm Aubert på spørsmål om hva metode er. Han formulerer metode slik: «En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.» Grunnvingen av valgt metode er at den egner seg best på å oppklare det spørsmålet eller den problemstillingen som er blitt stilt (Dalland, 2018, s. 51).

2.2 Litteraturstudie som metode

For å svare på problemstillingen har vi valgt litteraturstudie som metode. Litteraturstudie vil si en studie der de systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Ifølge Magnus og Bakketeig referert i Tidemann (2015, s.79) vil systematisering si å samle inn litteratur, deretter gå gjennom den kritisk og til slutt samle all informasjon. Litteraturstudiene tar utgangspunkt i kunnskapen som allerede er framstilt i artiklene, som man finner ved å søke i databaser. Litteraturstudien i seg selv skaper dermed ikke ny forskning (Støren, 2013, s. 17).

2.3 Grunniving av litteratur

2.3.1 Fagbøker

I vår bacheloroppgave har vi brukt pensum fra emnet og annen relevant litteratur for å styrke problemstillingen. De første ukene har høyskolens bibliotek vært stengt noe som har ført til begrenset litteraturomfanget. Vi har tatt i bruk Nasjonalbiblioteket for å finne litteratur. Her er det bøker av eldre og nyere dato. Vi har derfor måtte sortert ut de mest relevante og oppdaterte bøkene vi fant til vår oppgave. Nettsider som Helse- og omsorgsdepartementet, Norsk Sykepleierforbund og Lovdata er også blitt tatt i bruk. På disse nettsidene finner vi oppdatert og pålitelig informasjon.

Fagbøkene som går mye igjen i oppgaven er «Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten» av Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff (2016), «Hjemmesykepleie – Ansvar, utfordringer og muligheter» av Fjørtoft (2016) og «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie» av Grov og Holter (2016).

2.3.2 Søkeprosess på forskning

For å finne forskningsartikler knytt til vår oppgave har vi brukt databasene MEDLINE og SveMed+. Vi har også brukt Ordnett og SveMed+ for å finne synonymord til oppgaven. SveMed+ inneholder norske, svenske og danske artikler.

Forskningsartikkelen «Exploring the impact of music concerts in promoting well-being in dementia care» fant vi ved å bruke Academic Search Elite og valgte databasen MEDLINE. For å finne artikkelen brukte vi søkeordene «well-being», «dementia» og «music». Vi avgrenset søket ved å bruke år 2010-2020, aldersgruppe 65+ og abstrakt. Her fikk vi 25 resultater.

I forskningsartikkelen “Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial” brukte vi Academic Search Elite og valgte databasen MEDLINE. I databasen brukte vi søkeorda «dementia», «music» og «quality of life». Videre avgrenset vi søket til år 2010-2020, aldersgruppe 65+ og at artiklene skulle ha abstrakt. Dette søket gav oss 54 resultater.

For å finne forskningsartikkelen «Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens» brukte vi databasen SveMed+. Her brukte vi søkeordene «demens», «sansehage» og «sykepleier». For å avgrense søket valgte vi å bruke tidsrommet fra år 2010-2019 og aldrende. Dette søket gav oss ett resultat.

Forskningsartikkelen «Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes: "While it's tough, it's useful"» fant vi ved å bruke Academic Search Elite og databasen MEDLINE. Vi brukte ordene «dementia», «functional exercise» og «health». Vi valgte å avgrense søket ved å bruke år 2010-2020, aldersgruppe 65+ og abstrakt. Her fikk vi 25 treff.

Forskningsartikkelen « Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study» fant vi ved å bruke Academic Search Elite og databasen MEDLINE. For å finne artikkelen brukte vi søkeordene «dementia», «nurse» og «communicate». For å avgrense søket valgte vi artikler som var utgitt i år 2010-2020, aldersgruppe 65+ og abstrakt. Vi fikk da 21 resultater.

2.4 Kildekritikk

Kunnskap er grunnlaget for å kunne utøve kildekritikk. Et kriterium innen feltet er at du har forståelse over det du skriv om (Dalland, 2018, s. 159). Kildekritikk har to sider. Den første delen er litteratursøk, og handler om hvordan vi finner litteraturen man ønsker å bruke for å besvare problemstillingen. Den andre siden går ut på å utdype litteraturen man har valgt. For at oppgaven skal være troverdig og faglig er man avhengig av at kilden er beskrevet og begrunnet godt nok. Derfor må vi beskrive hvorfor vi har valgt den litteraturen som er blitt brukt og hvordan den er funnet (Dalland, 2018, s. 152). Det er viktig å vurdere om kilden som blir brukt er relevant til problemstillingen (Dalland, 2018, s. 153).

Forskningsartiklene som er benyttet i oppgaven er både kvalitative og kvantitative studier. I kvalitative studier tar man i bruk intervju, der målet er å få frem personens beskrivelser av en situasjon (Dalland, 2018, s. 65). Ved kvalitativ studie får en også frem opplevelser og meninger. Kvantitativ studie har som fordel at man får målbare enheter. Tallene som kommer opp, gir oss mulighet til å gjøre ulike regnestykker. Enten det er gjennomsnitt eller prosent (Dalland, 2018, s. 52).

2.4.1 Sterke sider

Forskningsartiklene er ikke eldre enn 10 år, grunnet at forskningen skal være av nyere dato. Vi har avgrenset søket til 65+ ettersom vår problemstilling tar utgangspunkt i sykehjemsbeboere i alderen 65 år og eldre. For å finne forskningsartiklene har abstrakt vært et viktig moment. Abstrakt er et sammendrag som inneholder bakgrunn, hensikt, metode, resultat og konklusjon (Lerdal A., 2008, ss. 176-177). Flere av bøkene som er blitt brukt i oppgaven er pensum fra dette emnet og av tidligere emner. Vi mener at disse bøkene er kvalitetssikret fordi det er pensum fra sykepleierstudiet. De ulike forskningsartiklene og fagbøkene omhandler personer med demens og hvordan vi ved hjelp av tiltak kan bedre livskvaliteten deres.

2.4.2 Svake sider

Forskningsartiklene som ble benyttet i oppgaven, ved søk på MEDLINE, er engelske. Svakheten ved dette er at det kan være vanskelig å sile ut de viktigste momentene i artiklene. Dette har også ført til at vi har brukt mye tid på å lese og forstå de ulike forskningsartiklene. Til tross for at noen av bøkene som er blitt benyttet er av den nyeste utgaven, er noen av bøkene av eldre dato. Vi har brukt boken «Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter» av Thideman (2015) selv om det har kommet en nyere utgave. Andre bøker som er blitt benyttet er «Sansehager for personer med demens» av Berentsen og Grefsrød Eek (2007) og «Musikk og helse» av Aasgaard (2006). Selv om bøkene er av eldre dato, har de vært relevante til å svare på problemstillingen.

3 Teori

3.1 Demens og symptom

Demens rammer flere av hjernens funksjoner. Den rammede vil til slutt bli helt avhengig av hjelp rundt seg, noe som vil påvirke hverdagslivet. Sykdommen utvikler seg over tid og ulikt fra person til person. Det er ikke bare personen selv som blir påvirket, men også nærmeste pårørende (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 411). Symptomer på demens er blant annet svekket hukommelse og læringsevne, handlingssvikt og agitasjon (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 416-417). Ifølge Engedal og Haugen referert i Fjørtoft (2016, s.70-71) kjennetegnes tilstanden som en sviktende evne til å ivareta daglige aktiviteter og endret sosial atferd. Personer med demens utvikler også lav toleranse for stress. Dersom personen blir utsatt for mange stimuli samtidig, kan dette virke forvirrende for personen (Brodtkorb, 2016, s. 310).

Personer med demens kan ha lite ordforråd og evnen til å forstå kan reduseres. Dette kan føre til at de kan ha vansker med å uttrykke valgene sine (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 426). De kan også få svekket korttids- og langtidshukommelse. Ved redusert korttidshukommelse kan personen glemme beskjeden som ble sagt for 20 sekunder siden. Langtidshukommelsen blir redusert tidlig i forløpet og det vil utvikle seg over tid (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 416).

Risikoen for å utvikle en slik sykdom øker med stigende alder. Debuteringen av demens er hyppigst hos personer over 65år, og blir kalt aldersdemens. Etter passert 75år, er forekomsten betydelig høyere for å utvikle diagnosen. Demens er også den hyppigste årsaken til innleggelse i sykehjem for eldre. I dag er om lag halvparten av alle med denne diagnosen boende på et sykehjem (Snoek & Engedal, 2008, ss. 170-171).

3.2 Hva er livskvalitet?

Livskvalitet kan forklares som den enkeltes opplevelse av å ha det godt. Det er ikke nødvendig eller tilstrekkelig at personen skal ha god helse og funksjonsnivå for å oppnå god livskvalitet (Fjørtoft, 2016, s. 51). Vi knytter det gjerne opp mot noe som blir beskrevet som

tilfredshet eller lykke (Lerdal & Grov, 2016, s. 833). For å vite hva som kan true og styrke livskvaliteten til personer, trenger sykepleierne kunnskap innen dette feltet. Livskvaliteten hos mennesker kan alltid bli styrket uansett situasjon og livsutsikter (Fjørtoft, 2016, s. 51). Ifølge Rustøen referert i Fjørtoft (2016, s.52) hevder hun at innen sykepleie er livskvalitet et sentralt begrep for å ivareta det individuelle aspektet i sykepleien. Her flyttes oppmerksomheten fra personens diagnose til å se hele mennesket.

Rommet og gjenstandene til den enkelte er med på å skape gjenkjennelse, som også er med på å knytte personens gamle identitet. Det er sykepleierens oppgave å legge til rette for og støtte beboeren til å ta med egne gjenstander til sykehjemmet. Grunnen til at dette er et sykepleiefaglig ansvar er at verken beboeren eller familien vet hvor viktige slike ting er midt i en flytteprosess (Hauge, 2016, s. 273). For personer som har hukommelsessvikt og er desorientert, er det viktig at omgivelsene er stabile og trygge (Engedal & Haugen, 2009, s. 296).

3.3 Sykepleieteoretikerne Nightingale og Henderson

Den første som uttalte seg om hva sykepleie er, var Florence Nightingale. Hennes fokus var ikke på sykdommen i seg selv, men hvordan en sykepleier kan bidra til å hjelpe pasienten med reaksjoner som kan oppstå ved en diagnose. For at sykepleierne skulle veilede pasientene til å mestre sykdommen, mente Florence Nightingale at kunnskap om sykdommen, og kroppens patofysiologi og fysiologi var viktig. Hun mente også at gode observasjoner av pasientens tilstand var avgjørende for å gi den hjelpen pasienten trengte (Holter, 2016, s. 110).

Sykepleieteoretikeren Virginia Henderson videreførte Florence Nightingale sitt syn på hva sykepleie er (Holter, 2016, s. 111). Henderson påpeker at man som sykepleier må erkjenne at pasienten er et menneske, slik at man får dekket de psykiske, sosiale, åndelige og fysiske behovene (Mathisen, 2016, s. 127). For at en pasient skal få individuell sykepleie, er det viktig at sykepleierne kjenner den enkeltes persons behov (Mathisen, 2016, s. 128).

3.4 Kommunikasjon og samhandling spiller en viktig rolle

Personer med demens kan ha vansker med å oppfatte hva andre personer ønsker eller vil dem. Vedkommende kan også oppleve at den andre ikke forstår deres erfaringer og opplevelser i livet, deres behov eller ønsker. Relasjonen kan bli påvirket negativt dersom det oppstår vansker i kommunikasjonen. Dette kan skape frustrasjon og uro som kan oppleves som lammende og slitsomt (Rokstad, 2014, s. 39).

Samhandling skal være basert på likeverd og bli utført på en måte som blir oppfattet voksent og respektfullt (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 426). Når vi skal kommunisere med personer med demens er det viktig å tilpasse ordbruken etter responsen fra vedkommende. Vi kan se på personens ansiktsuttrykk, bevegelse eller tilbakemelding om han eller hun har forstått informasjonen. For at beboeren ikke skal misforstå informasjonen er det viktig med korte, enkle, presise og direkte ord (Rokstad, 2014, s. 41). Ifølge McCarthy referert i Rokstad (2014 s. 39) blir det vanskeligere å føre en samtale med de rette ordene desto lengre ut i demensforløpet personen kommer. Hos personer med hukommelsessvikt kan det bli utfordrende å føre dagligdagse samtaler med andre personer.

3.5 Relasjon har en viktig betydning for beboerne

Ifølge Bergland og Kirkevold referert i Hauge (2016, s.276) setter flere av beboerne pris på nære og kjente relasjoner blant faste ansatte for at de skal trives på sykehjemmet. For å skape en god relasjon er kommunikasjonen mellom partene avgjørende. Når en skal kommunisere med en person som har demens er det viktig å formidle respekt og trygghet. Det er også viktig å informere og veilede personen for å få en god samhandling. Å snakke om tidligere tider som personen husker av livet sitt kan være positivt (Fjørtoft, 2016, s. 76). For at personer med demens skal fungere best mulig i sine omgivelser, er det viktig å legge til rette for dem (Pihl, 2016, s. 298).

3.6 Musikk til personer med demens

For å øke aktivitetsnivået til personer med demens, kan musikk være et tiltak (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 432). Situasjonen, menneskene og musikken påvirker hverandre og har en betydning for hvordan opplevelsen av musikken blir (Ruud, 2006, s. 21). Det er viktig at musikken er tilpasset den enkelte slik at de kan delta aktivt (Ruud, 2006, s. 22). Ifølge Skovdahl og Edberg referert i Skovdahl og Berentsen (2016, s. 431-432) er målet med bruk av musikk i demensomsorgen å stimulere slik at man reduserer angst og stress, kjenne på positive opplevelser og føle på en tilhørighet. En sang kan ha en avslappende effekt på en person, mens en annen person vil føle at musikken kan være provoserende (Ruud, 2006, s. 22).

3.7 Sansehagens innhold

En sansehage er ofte lukket, tilrettelagt og har en tilknytning til den avdelingen personer med demens bor i. Her kan de oppholde seg alene i trygge omgivelser, kjenne på natur, planter og frisk luft (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 429). Personer med demens kan ha utfordringer med å kjenne igjen hendelser, personer og stemmer som en gang virket kjent (Pihl, 2016, s. 298). I en sansehage kan personene komme seg ut i naturomgivelser, få en følelse av ro, og kjenne på fysiske utfordringer i et miljø som er kjent. Det er viktig at sansehagen inneholder elementer som er gjenkjennelig for beboerne og at aktiviteten er rettet mot deres funksjonsnivå (Berentsen, Grefsrød, & Eek, 2007, s. 31). I en tilrettelagt sansehage kan personer med demens få frem minner, og få uttrykt seg bedre følelsesmessig og verbalt (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 429).

3.8 Tilrettelagt aktivitet til personer med demens

På grunn av at demensdiagnosen utvikler seg over tid, må tilbudene stadig endres slik at den er tilpasset beboerens behov (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 421). Tilrettelagt aktivitet kan føre til reduksjon av adferdsproblematikk. Eldre personer som har ulik grad av demens, drar nytte av fysisk trening. Treningen påvirker både det fysiske og det psykiske. Det kan også ha en positiv effekt på å opprettholde god helse, dagligdagse funksjoner og kommunikasjonsevne (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428).

Personer med demens har stort utbytte av å arbeide med kjente aktiviteter som hagearbeid, musikk, dans og håndarbeid. Dette viser seg å være positivt i forhold til trivsel, uro og sosial fungering (Engedal & Haugen, 2009, s. 300). Personer med demens kan utvikle stress, angst, eller utfordrende atferd dersom det er for lite eller for mye stimuli. Det kan være viktig at beboerne opplever positive stimuli, aktiviteter og tilrettelagte trygge områder inne og ute på sykehjemmet slik at de kan bevege seg fritt (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428).

4 Resultat og funn

4.1 Forskningsartikkel

Tittel: "Exploring the impact of music concerts in promoting well-being in dementia care" (Shibazakia & Marshall, 2015, s. 468).

Hensikt: Studien ser på hvilken effekt konsert hadde på personer med demens, familien og helsepersonellet.

Metode: Det blir brukt intervju, kvalitativ forskningsmetode.

Utvalg: Det var totalt 53 personer som ble intervjuet, der 27 hadde demens, 13 var slektninger, 9 personer fra pleiepersonalet og 4 fra omsorg og aktivitetsledere. Spørsmålene var knyttet til følelser under konsertene. Personene med demens var mellom 71-97 år.

Resultatet: Pasienter med mild form av demens viste økt samarbeid, samtale og samhandling etter konsertene. Pasienter som hadde andre grader av demens, viste redusert agitasjon og ble mer sosial. Helsepersonellet merket økt samarbeid og omsorg hos pasientene. Familien merket at deres forelder eller partner viste økt trivsel etter konsertene.

4.2 Forskningsartikkel

Tittel: "Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial" (Ridder, Stige, Qvale, & Gold, 2013, s. 667).

Hensikt: Formålet var å se om individuell musikkterapi hadde effekt på agitasjon hos personer med høy grad av demens på sykehjem. Man ville også undersøke om musikkterapi påvirket livskvaliteten deres.

Metode: Det er en randomisert kontrollert studie, en kvantitativ studie.

Utvalg: Det var 42 personer med demens som deltok i studien fordelt på seks uker i alder 66-96 år. Studien tok utgangspunkt i livskvalitet (ADRQL), agitasjonsfrekvens (CMAI-fr) og agitasjonsforstyrrelser (CMAI-di). Kriteriene for å delta var at sykehjemsbeboerne hadde moderat til alvorlig demens og at demensdiagnosen stod i journalen. Andre kriterier var symptom på agitasjon og utfylt samtykkeskjema.

Resultatet: Musikkterapi hadde en positiv effekt hos personer med demens. Agitasjon økte under stell, men ble redusert under musikkterapi.

4.3 Forskningsartikkel

Tittel: «Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens» (Kirkevold & Gonzalez, 2012, s. 53).

Hensikt: Studien ser på hvilken effekt sansehager, innendørs planter og terapeutisk hagebruk har for personer med demens.

Metode: Dette er en kvalitativ studie som bruker litteraturstudie, scoping review.

Utvalg: Studien tok utgangspunkt i sykehjemsbeboere med mild til alvorlig demens. Det var 450 deltakere fordelt på 15 studier. Personalet og pårørende til personer med demens ble intervjuet fra deres synspunkt på hvordan beboerne ble påvirket av de ulike miljøene. De ulike artiklene handlet om passiv bruk av sansehage, observasjonsstudie med et før og etter design, nytteverdi på adferd hos de som brukte hagen minst og mest, og avhengig av andre for å komme seg ut.

Resultatet: Studien viser at sansehager, innendørs planter og terapeutisk hagebruk har en positiv effekt på personer med demens. Det kan redusere urolig adferd hos personen, øke trivselen og funksjonsnivå, samt gi bedre søvnkvalitet.

4.4 Forskningsartikkel

Tittel: "Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes: "While it's tough, it's useful" (Lindelöf, Lundin-Olsson, Skelton, Lundman, & Rosendahl, 2017, s. 1).

Hensikten: Studien ser på hvilken opplevelse pasientene med demens fikk av å trene med høy intensitet. Artikkelen har fire emner som viser at trening er utfordrende, men oppnåelig, trening gir glede og styrke, trening vekker kroppsminner, og samvær gir trøst, glede og oppmuntring.

Metode: Dette er en kvalitativ studie hvor det er brukt intervju.

Utvalg: Det var 21 deltagere som deltok i studien. Ved endt treningsøkt ble de spurt om opplevelsene sine med å delta i øvelsen, og deretter beskrive opplevelsene sine med gruppetrening. Kriteriene for studien var å ha en demensdiagnose med alder 65+, avhengig av funksjonsnivå, høre og forstå svensk og godkjenning fra legene.

Resultatet i trening er utfordrende, men oppnåelig: Øvelsene var utfordrende og nødvendig for å opprettholde kondisjonen.

Resultatet i trening gir glede og styrke: Treningene hadde en positiv effekt på personene. De opplevde glede og følte det var viktig for kropp og sjel. De uttrykte at de ble mer positive og våken.

Resultatet i trening vekker minner: Minner kom fram gjennom øvelsene som ble gjort. Minner fra deres tidligere arbeid og idrettsinteresse kom frem.

Resultatet i samvær gir trøst, glede og oppmuntring: Deltagerne syntes det var morsommere å trene sammen, øvelsene var mer effektive og stimulerende i en gruppe.

4.5 Forskningsartikkel

Tittel: «Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study» (Mjørud, Engedal, Røsvik, & Kirkevold, 2017, s. 1).

Hensikt: Formålet med studien var å se hvilken opplevelse personer med demens hadde av å bo på et sykehjem. Et annet mål var å se hva som gjorde livet bedre eller verre på sykehjem.

Metode: Det blir brukt intervju i studien, en kvalitativ studie.

Utvalg: De som ble intervjuet bodde på sykehjem og hadde mild til moderat demens. De intervjuet totalt 12 personer hvor 10 av dem var kvinner og to av dem var menn. Alderen var mellom 71-95 år. Intervjuene gikk ut ifra tre emner som var trivsel- tilfredshet og en følelse av tilhørighet, yrkesmessige eller meningsfulle aktiviteter- aktiviteter gitt på sykehjemmet og andre aktiviteter, og relasjoner- med ansatte, familie og andre beboere på sykehjemmet.

Resultat: Ut ifra de 3 hovedspørsmålene fikk studien 4 underpunkter.

Resultatet på å være på sykehjemmet er greit, men da må du ta ting som de er: Mange forstod ikke hvorfor de var på sykehjemmet eller hvor de var. De ga likevel uttrykk for at de trivdes på sykehjemmet. De fleste så på det som en nødvendighet å bo der. Mange savnet hjemmene sine, men forsto at de ikke kunne bo hjemme alene lengre.

Resultatet på alt er borte: Noen beboere beskrev at de ikke kjente seg selv og at noen gjøremål var blitt vanskeligere å utføre. Det var også mange som kjente på savn etter familien.

Resultatet på ting som gjør det bedre og ting som gjør det verre: Noen formidlet at aktivitetene var kjedelige og ikke tilpasset dem. Mange likte musikk og ville gjerne delta på gudstjenester eller andre musikkøker. De savnet å gjøre tidligere hobbyer som de mente ville gjøre livet bedre, som for eksempel å være utendørs.

Resultatet på folk- på godt eller vondt? Familie, ansatte og andre sykehjemsbeboere:

Familie, ansatte og andre beboere ble sett på som viktig for dem. De ansatte ble beskrevet som vennlig og snille. Noen beboere følte at de ansatte ville være der om de trengte å prate. Å være omgitt med andre mennesker ga dem trygghet. Beboerne foretrakk å få hjelp av få personer, gjerne av sin primærsykepleier.

5 Drøfting

5.1 Relasjon mellom beboer og sykepleier

Vi har først valgt å ta utgangspunkt i hvor viktig relasjonen mellom bruker og sykepleier er for å svare på problemstillingen. Ett av funnene Mjørud et al. (2017) peker særskilt på er at personer med demens foretrekker å være omgitt av personer de kjenner, og spesielt sin primærsykepleier. Ifølge Bergland og Kirkevold referert i Hauge (2016, s.276) er det viktig for beboerne at de har gode relasjoner til de ansatte. Dette er nødvendig for at de skal trives på sykehjemmet, noe som kan øke livskvaliteten deres. Studien til Mjørud et al. (2017) viser at deltagerne klarte å skille de ulike ansatte. De beskrev de ansatte generelt som vennlige og at de ivaretok beboerens fysiske behov. På den andre siden var det noen av beboerne som beskrev de ansatte som fraværende, irriterende og respektløse. Som studien konkluderer med, kan fraværende og respektløs oppførsel være et resultat på manglende kunnskap og forståelse over hva en person med demens oppfatter. For å øke livskvaliteten til personer med demens, trenger sykepleiere kunnskap om diagnosen.

Det kommer frem i Mjørud et al. (2017) at en god relasjon mellom beboeren og primærsykepleieren spiller en viktig rolle for å øke potensialet for et godt liv. Det er avgjørende at sykepleieren får en god relasjon med beboeren slik at sykepleien som blir utført er god nok. Virginia Henderson mente at sykepleieren må kjenne pasientens behov slik at personen får en individuell sykepleie (Mathisen, 2016, s. 128). Vi har opplevd i praksis at beboerne på sykehjemmet knyttet seg til primærsykepleieren og hadde en tendens til å vise dette. Primærsykepleieren var også den som kjente personens rutiner og ønsker best. Da vi kom inn til en beboer for å hjelpe til under morgenstellet, reagerte beboeren negativt og ønsket ikke at vi skulle være der. Grunnen til beboerens reaksjon, var at personen hadde et godt forhold til sin primærsykepleier som også var beboerens trygghetsperson.

5.2 Tilpasset musikk og kommunikasjon

I studien til Ridder et al. (2013) kommer det frem at agitasjon hos personer med demens blir redusert under musikkterapi. Agitasjon viste seg å øke under stell, men ble redusert ved musikkterapi. Musikkterapi hadde dermed en positiv effekt hos personer med demens. Sang

av pleiere under morgenstell kan gi avslappende og beroligende effekt hos beboerne, og dette kan være med på å øke livskvaliteten deres (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 431-432). Ett annet funn Ridder et al. (2013) peker særskilt på er at livskvaliteten til personer med demens økte under musikkterapi. I løpet av praksisperiodene har vi erfart hvordan musikk kan påvirke personer med demens. Et eksempel på dette er at en beboer med demens kunne utagere under stell. Personalet kom med et tiltak som involverte musikk i morgenstellet, noe som viste seg å ha en positiv effekt. Imens beboeren ble stelt, kom et av personalet inn med gitar og sang kjente sanger som personen likte. Dette førte til at beboeren ble rolig og avslappet. Brukeren ble så avslappet at personen lukket øynene under stellet. Dette ga en fin opplevelse både for beboeren og personalet.

Som sykepleier er det viktig å være klar over at agitasjon kan være et av symptomene på demens og at det kan reduseres ved musikkterapi. For at musikken skal ha en positiv effekt hos personer med demens, er det nødvendig å ha kunnskap om deres musikksmak (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 431). Musikk kan være beroligende for en person, men for en annen person kan det oppleves som provoserende. For at beboerne skal kunne være delaktige må musikken tilpasses (Ruud, 2006, s. 22). I demensplanen står det at brukerne skal være med å bestemme hvordan tjenestetilbudet skal være for hver enkelt person (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 8). Musikken kan gjøre inntrykk og kan påvirke oss ulikt. Man kan kjenne på glede, ro, våkenhet og tristhet (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 431). På en annen side viser studien til Ridder et al. (2013) at selv om sang hadde en viktig rolle i musikkterapien, var det ikke alle med alvorlig demens som hadde like stort utbytte av den.

I Shibazakia et al. (2015) kommer det frem at det var frivillig å delta på konsertene, og at de som var med på konsertene hadde glede av musikalske aktiviteter. Dette kan ha bidratt til at resultatene har mer positive tilbakemeldinger fra deltagerne enn dersom konsertene ikke var frivillige. Det ble observert at enkelte av deltagerne ropte, tok unødvendig på andre deltagere og prøvde å forlate konserten. På den andre siden viser studien at deltagerne husket deler av sangene, smilte og bevegde seg til musikken på konserten.

Endret sosial atferd er et annet symptom hos personer med demens (Fjørtoft, 2016, s. 70). I studien til Shibazakia et al. (2015) kom det fram at etter konsertene fikk personer med mild til moderat demens økt samarbeidsevne, samtaleevne og samhandlingsevne. Det ble rapportert at de med mer alvorlig demens ble mer sosial etter konsertene. For å få en god samhandling med beboeren er det viktig at sykepleieren informerer og veileder personen i gjennomføringen av et gjøremål. Det er også viktig å formidle respekt og trygghet til personen når du kommuniserer (Fjørtoft, 2016, s. 76). Et av funnene Shibazakia et al. (2015) viser er at personer med demens fikk økt motivasjon til å snakke og samhandle med de rundt seg etter konsertene. Flere familiemedlemmer rapporterte at musikk hadde en effekt til å fremkalle minner. Å snakke om tidligere minner kan være positivt for personer med demens. Her kan personen snakke om livet sitt som vedkommende husker (Fjørtoft, 2016, s. 76).

Ordforrådet og egenskapen til å forstå kan bli svekket ved en demensdiagnose. For personen kan dette oppleves som vanskelig når de ikke får uttrykt det de ønsker (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 426). I Shibazakia et al. (2015) ble det observert at kommunikasjonen ble bedre etter konsertene og effekten varte i flere dager. Når en kommuniserer med personer med demens er det viktig å tilpasse ordbruken etter deres nivå. Det er viktig med korte, enkle, presise og direkte ord når en skal kommunisere med personer med demens (Rokstad, 2014, s. 41). Ifølge McCarthy referert i Rokstad (2014, s.39) blir det mer utfordrende for personer med demens å føre en dialog desto lengre ut i demensutviklingen man kommer.

For at personer med demens skal ha en god livskvalitet, er det nødvendig at personalet har kunnskap om diagnosen. I demensplanen 2020 kommer det frem at de ansatte skal få tilbud om opplæring på demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 26).

Sykepleieteoretikeren Florence Nightingale mente det var nødvendig med observasjoner av tilstanden til pasienten, slik at sykepleieren kunne hjelpe vedkommende på best mulig måte (Holter, 2016, s. 110). For å gi god sykepleie er det nødvendig med fagkunnskap og etisk refleksjon til personer med demens (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 434).

5.3 Betydningen av kjente elementer

Demens blir sett på som den største årsaken til at eldre blir lagt inn på sykehjem (Snoek & Engedal, 2008, s. 171). Mjørud et al. (2017) viser at det var viktig for beboerne på sykehjemmet å ha sine egne eiendeler for å skape et personlig rom. Det kom også frem at enkelte av beboerne ikke kjente seg igjen på sykehjemmet. En sykepleier har som oppgave å støtte og legge til rette for at beboerne har egne gjenstander på sykehjemmet. Dette er en sykepleieroppgave fordi de har kunnskap om hvor viktig slike eiendeler er for personer med demens (Hauge, 2016, s. 273).

Beboeren kan oppleve tilfredshet eller lykke ved å ha kjente og nære gjenstander (Lerdal & Grov, 2016, s. 833). Ved at rommet inneholder gjenstander fra beboerens tidligere liv, kan dette være med på å holde fast på den gamle identiteten deres (Hauge, 2016, s. 273). Ifølge Rustøen referert i Fjørtoft (2016, s.52) er god sykepleie å se pasienten som et menneske, fremfor å bare fokusere på diagnosen. Studien til Mjørud et al. (2017) viser også at det å ha egne eiendeler og fotografier på sykehjemmet hjalp beboerne å huske de lykkelige tidene. Dette gjorde også at de aksepterte og håndterte sin situasjon av å være der. På en annen side står det i studien at ikke alle kjente på komforten på sykehjemmet. Ingen så på sykehjemmet som et hjem, og over halvparten så på det som en midlertidig løsning.

Studien til Lindelöf et al. (2017) viser at fysisk aktivitet er med på å fremkalle minner. Dette omhandlet kroppsminner, og deltagerne fortalte om gamle dager, tidligere fysiske aktiviteter og evner. Deltagerne reflekterte rundt sin nåværende situasjon og uttrykte erkjennelse over de evnene de hadde, men som de trodde de hadde mistet. Et av symptomene på demens er svekket hukommelse (Skovdahl & Berentsen, 2016, ss. 416-417). Som sykepleier må man ha kunnskap om at korttids- og langtidshukommelsen blir svekket hos personer med demens (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 416). Det er derfor sykepleieren sin oppgave at omgivelsene oppleves som trygge og stabile rundt personen med hukommelsessvikt (Engedal & Haugen, 2009, s. 296). Som sykepleier må du ha kunnskap om hva som kan true og styrke livskvaliteten til personer med demens. Livskvaliteten kan bli styrket uansett situasjon og

livsutsikter hos mennesker. Man kan derfor ha en god livskvalitet uavhengig av helsen eller funksjonsnivået. (Fjørtoft, 2016, s. 51).

Å legge til rette for fysiske omgivelser har vist seg å ha en positiv effekt på livskvaliteten hos personer med demens (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428). Det kommer frem i Lindelöf et al. (2017) at deltagerne kunne utføre ulike øvelser selv om de sa at de ikke husket dem. I tillegg viste funnene at trening skapte glede og at deltakerne opplevde forbedringer. Fysiske omgivelser har også vist seg å ha god effekt på dagligfunksjoner, atferdsforstyrrelser og positiv atferd hos dem (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428).

Personer med demens håndterer stress dårligere desto lengre ut i diagnoseforløpet de kommer (Brodtkorb, 2016, s. 310). Stress, angst og utfordrende adferd kan utvikles om personer med demens blir utsatt for lite eller for mye stimuli (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428). Som sykepleier må man ha kunnskap om dette slik at omgivelsene ikke inneholder mange valgmuligheter. Om personer med demens blir utsatt for mange valgmuligheter samtidig, kan de bli forvirret (Brodtkorb, 2016, s. 310). I løpet av praksis har vi vært på et sykehjem der den ene avdeling var tilrettelagt for personer med demens. En dag tok de ansatte med beboerne ut på en kjøretur. Kjøreturen inneholdt mange ulike inntrykk for beboerne. Da vi kom tilbake til sykehjemmet var den ene beboeren utagerende. Dette var på grunn av at personen opplevde for mange stimuli samtidig. Det endte med at vi måtte skjerme personen fra de andre på sykehjemmet for å roe ned beboeren.

Fysisk aktivitet har vist seg å ha god effekt hos personer med demens (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428). Et funn Lindelöf et al. (2017) peker særskilt på er at gruppetrening ble sett på som stimulerende. En slik trening skapte sammenheng ved at deltakerne var i samme situasjon. Dette kan styrkes ved at beboerne kan ha positiv effekt av spesifikke gruppeaktiviteter som er tilpasset dem (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 420). På den andre siden viser Lindelöf et al. (2017) at ikke alle var vant til gruppetrening, og at dette følte ukomfortabelt.

Lindelöf et al. (2017) peker særskilt på at det å bli inkludert i gøye og betydningsfulle aktiviteter, var viktig for evnen til å håndtere demens. Beboerne har nytte av å drive med kjente aktiviteter som dans, musikk, håndarbeid og hagearbeid. Dette har vist seg å gi en bedre trivsel, samt redusere uro og gi en bedre sosial fungering (Engedal & Haugen, 2009, s. 300). Derfor er det viktig at personalet får kunnskap om hvordan de kan bruke de fysiske omgivelsene for å skape god omsorg ut ifra et sykepleiefaglig ståsted (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 428).

Studien til Kirkevold et al. (2012) viser at tilrettelagt sansehage er viktig for den enkeltes person sin kognitive funksjon og deres fysiske helse. En sansehage er et uteområde som oppleves trygt for beboere med demens. Her kan personen gå fritt i frisk luft omringet av planter og positive inntrykk (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 429). I studien til Kirkevold et al. (2012) kommer det frem at passiv bruk av sansehage, i form av å sitte ute, nyte frisk luft og nyte omgivelsene, bidrar til økt trivsel og livskvalitet hos personer med demens. Ved et slikt tilbud er det viktig at tilbudet er rettet mot pasientens integritet og verdighet, og at det tilrettelegges med respekt (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Demensdiagnosen utvikler seg over tid, og tilbudene må stadig endres til beboerens behov (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 421). På den andre siden står det i studien til Kirkevold et al. (2012) at enkelte av personalet låste døren slik at beboerne ikke skulle gå ut i sansehagen. En faktor for at de ansatte låste døren kan ha vært negative holdninger de hadde til sansehagen. Det kom også frem at ikke alle sykehjem har tilgang til sansehage og det kan være store variasjoner i utformingen av dem.

Personer med demens vil kunne få vansker med å gjenkjenne situasjoner, mennesker og tidligere erfaringer. Personene kan bli usikre på hvem de ser, hva de hører og tidligere kjente stemmer er ikke kjente lengre (Pihl, 2016, s. 298). Det er sykepleieren sin oppgave å ta sasetapene på alvor. Da må sykepleieren tilrettelegge miljøene på best mulig måte, slik at personer med demens kan få det bedre (Pihl, 2016, s. 299).

Av tidligere erfaringer fra praksis har vi opplevd hvilken positiv effekt sansehage har for personer med demens på sykehjem. Vi observerte at noen av beboerne vandret mye i gangene på sykehjemmet som følge av urolighet. Ved å åpne døren ut til sansehagen fikk personen gå fritt i trygge omgivelser. Beboerne opplevde dette som avslappende. Personene viste også tegn til økt trivsel over hagearbeid i form av glede ved å plante blomster ute. Beboerne gjorde dette uten veiledning og minnene deres fra tidligere arbeid kom frem. En sansehage kan være et hjelpemiddel for personer med demens for å få fram minner og der de kan få uttrykt seg (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 429). Innholdet i en sansehage skal bestå av kjente elementer og aktiviteter som er tilrettelagt for deres funksjonsnivå (Berentsen, Grefsrød, & Eek, 2007, s. 31). Studien til Kirkevold et al. (2012) viser at beboerne uttrykte glede og interesse ved sansehagen, sammenliknet ved å være inne i dagligstuen som gav mer inntrykk til tristhet for beboeren.

6 Konklusjon

Hovedfokuset vårt i denne oppgaven var å se nærmere på hvordan en sykepleier kan bedre livskvaliteten til personer med demens på sykehjem. For at trivselen skal vedvare på sykehjemmet er god relasjon og kommunikasjon avgjørende for dem. Som sykepleier er det nødvendig å ha denne kunnskapen for at beboerne kan oppnå god livskvalitet. Musikk er også et viktig redskap for å bedre livskvaliteten og de sosiale evnene til personer med demens. For å ha nytte av musikken må sykepleieren kjenne beboerens bakgrunn, ønsker og behov. En annen sykepleieoppgave er å ta sansetapene på alvor. For at beboerne skal ha det bra, må miljøene tilrettelegges deretter. En sykepleier må derfor ha kunnskap om hvordan en sansehage kan påvirke de kognitive og fysiske funksjonene hos dem. En sansehage kan gi økt trivsel og livskvalitet, og dermed kan sansehage være en viktig faktor for å bedre livskvaliteten. Manglende kunnskap hos sykepleieren kan føre til redusert livskvalitet hos beboerne. Selv om tilbudene kan variere, har vi med hjelp av egne erfaringer og forskning sett at disse er viktige for personer med demens.

Resultatene i forskningsartiklene viser at tiltakene vi har drøftet har hatt en positiv effekt på livskvaliteten til personer med demens. Det kommer frem at flere av beboerne kan kjenne på uro inne på sykehjemmet. Det var heller ingen av beboerne som så på sykehjemmet som sitt hjem, og over halvparten av dem så på det som en kortvarig løsning. Dette viser hvor viktig kompetanse er for at sykepleierne kan bedre livskvaliteten til personer med demens på sykehjem.

Referanseliste

- Berentsen, V. D., Grefsrød, E.-E. & Eek, A. (2007). *Sansehager for personer med demens*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Brodtkorb, K. (2016). Ernæring, mat og måltider. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (ss. 301-315). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dalland, O. (2018). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: fakta og utfordringer: en lærebok* (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fagforbundet. (2013). Sansehagen - en oase på Manglerud. *Fagforbundet*. Hentet fra: <https://www.fagforbundet.no/nyheter/a/7270/sansehagen-en-oase-pa-manglerud/>
- Fjørtoft, A.-K. (2016). *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Folkehelseforeningen. (2019). Hva er livskvalitet? *Folkehelseforeningen*. Hentet fra: <https://folkehelseforeningen.no/hva-er-livskvalitet/>
- Hauge, S. (2016). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 265-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplanen 2020: Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020_kortversjon.pdf
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Holter, I. M. (2016). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 107-118). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Karjord, H. (2017). Musikk og dyr gir livskvalitet til mennesker som har demens. *Napha*. Hentet fra: https://napha.no/musikk_demens/
- Kirkevold, M. & Gonzalez, M. T. (2012). Betydningen av sansehage og terapeutisk hagebruk for personer med demens. *Sykepleien.no*, 7(1), ss. 52-64. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0029
- Lerdal, A. (2008). Hvordan lage et sammendrag? *Sykepleien*, 3(3), ss. 176-177. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0037>
- Lerdal, A. V. & Grov, E. K. (2016). Aktivitet. I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 819-838). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Lindelöf, N., Lundin-Olsson, L., Skelton, D. A., Lundman, B. & Rosendahl, E. (2017). Experiences of older people with dementia participating in a high-intensity functional exercise program in nursing homes: "While it's tough, it's useful". *PLOS ONE*, 12(11), ss. 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188225>

- Mathisen, J. (2016). Hva er sykepleie? I E. K. Grov & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie* (5. utg., ss. 119-141). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J. & Kirkevold, M. (2017). Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: a phenomenological hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, 17(1), ss. 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2053-2>
- NHI. (2018). Innleggelse i sykehjem. *NHI*. Hentet fra: <https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/innleggelse-i-sykehjem/>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Pihl, E. (2016). Sansesvikt i eldre år. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., ss. 286-300). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ridder, H. M., Stige, B., Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *AGING & MENTAL HEALTH*, 17(6), ss. 667-678. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Rokstad, A. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ruud, E. (2006). Musikk gir helse. I T. Aasgaard (Red.), *Musikk og helse* (ss. 17-30). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Shibazakia, K. & Marshall, N. A. (2015). Exploring the impact of music concerts in promoting well-being in dementia care. *AGING & MENTAL HEALTH*, 21(5), ss. 468-476. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1114589>
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2016). 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.
- Snoek, J. E. & Engedal, K. (2008). *Psykisatri kunnskap - forståelse - utfordringer* (3. utg.). Trondheim: Akribe Forlag.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave i sykepleie

SK152

Predefinert informasjon

| | | | |
|-----------------------|------------------------------|------------------------|----------------------------|
| Startdato: | 14-06-2020 09:00 | Termin: | 2020 VÅR |
| Sluttdato: | 15-06-2020 14:00 | Vurderingsform: | Norsk 6-trinns skala (A-F) |
| Eksamensform: | Bacheloroppgave i sjukepleie | | |
| SIS-kode: | 203 SK152 1 O 2020 VÅR | | |
| Intern sensor: | Solueig Nelly Sægrø | | |

Deltaker

| | |
|---------------------|-----------------------|
| Naun: | Ida Haugen Ellseth |
| Kandidatnr.: | 337 |
| HVL-id: | 162178@hvl.no |

Informasjon fra deltaker

| | | | |
|--|------|---|----|
| Sideantall *: | 24 | | |
| Antall ord *: | 6966 | | |
| Sett hake dersom besvarelsen kan brukes som eksempel i undervisning?: | Ja | Egenerklæring *: | Ja |
| Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på utnemålet mitt *: | Ja | Jeg bekrefter innlevering til biblioteket *: | Ja |

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei