



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	26-03-2019 09:00	<b>Termin:</b>	2019 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	24-05-2019 13:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BVP331 1 H 2019 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 350

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 10071

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har** Ja

**registrert oppgavetittelen**

**på norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 17

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av masteroppgaven min \*

Ja

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

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

Nei



# BACHELOROPPGAVE

Reminisensterapi for å forebygge  
depresjon hos personer med demens

Reminiscence therapy to prevent  
depression in people with dementia

**350**

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/  
institutt for velferd  
og deltakelse

24.05.2019

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, § 10.

## Abstract

One of the biggest challenges we face as a result of increased life expectancy is that the number of people with dementia is likely to double in the next 30-40 years. Dementia as well as depression are two of the most common disorders in the elderly and they may be present simultaneously. The purpose of this study is to explore how reminiscence therapy can prevent depression in people with a moderate degree of dementia residing in nursing homes. The method used to gather information for this assignment was literature study. A selection of four studies was included and findings showed that the use of reminiscence therapy in nursing homes opens up the possibility that the employee gets to know the person behind the disease. By showing interest in their life story, the patients felt that they were seen as more than a person with a disease. Such a person-centred approach is identity preserving and central to the patients' mental health. Using reminiscence therapy to maintain daily activities and routines also proved to be identity preserving and facilitated coping and security for the patient. The feeling of security also appeared in the patients by facilitating a community feeling within the nursing home. Reminiscence therapy also proved to be able to bring up hard feelings like grief and loss, but the benefits of using reminiscence therapy have proven to be greater than the disadvantages.

## Innholdsfortegnelse

<b>1 INNLEDNING</b>	<b>4</b>
1.1 PROBLEMSTILLING	4
1.2 BEGRUNNELSER FOR OG AVGRENSING AV PROBLEMSTILLING	4
1.3 DISPOSISJON	5
<b>2 BAKGRUNN</b>	<b>6</b>
2.1 OMFANG	6
2.2 ER DET MULIG Å MÅLE DEPRESJON HOS DEMENTE?	7
<b>3 TEORI</b>	<b>9</b>
3.1 DEMENS – EN PROGREDIERENDE SYKDOM	9
3.2 SVIKTENDE HUKOMMELSE OG MINNER SOM FORSVINNER	10
3.3 SANSENE BETYDNING	11
3.4 Å BRYTE OPP FRA HJEM OG INN PÅ INSTITUSJON	12
3.5 REMINISENS – STIMULERING AV MINNER OG IDENTITETSBEVARING	14
<b>4 METODE</b>	<b>15</b>
4.1 LITTERATURSTUDIE	16
4.2 FREMGANGSMÅTE	16
4.3 ETISKE OVERVEIELSER	18
4.4 METODEKRITIKK	18
4.5 KILDEKRITIKK	19
<b>5 RESULTATER</b>	<b>21</b>
5.1 INDIVIDUELL REMINISENSTERAPI	24
5.2 PERSONEN BAK DEMENSSYKDOMMEN	25
5.3 IKKE BARE GLEDE	25
5.4 FELLESKAPSFØLELSE	26
5.5 EN GOD OPPLEVELSE I NUET	26
<b>6 DRØFTING</b>	<b>26</b>
6.1 SE MEG GJENNOM MINE MINNER	27
6.2 EN MENINGSFULL VERDEN	27
6.3 REMINISENS – IKKE BARE EN VEI TIL DE GODE MINNENE?	29
6.4 KORTVARIG GLEDE?	30
<b>7 AVSLUTNING</b>	<b>31</b>
<b>VEDLEGG I. PICO-SKJEMA</b>	<b>36</b>
<b>VEDLEGG II. DOKUMENTASJON AV SØK</b>	<b>37</b>

## Figurer og tabeller

TABELL 5.1 Artikkel nummer 1

TABELL 5.2 Artikkel nummer 2

TABELL 5.3 Artikkel nummer 3

TABELL 5.4 Artikkel nummer 4

## 1 Innledning

En av de største utfordringene vi står ovenfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning, er at tallet på personer med demens sannsynligvis vil fordobles de nærmeste 30-40 årene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). I 2015 publiserte regjeringen Demensplan 2020 som angir et mål om å skape et mer demensvennlig samfunn, som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet. Dette krever større åpenhet og økt kunnskap om demens i samfunnet generelt og i helse- og omsorgstjenestene spesielt. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7). I følge tall fra Folkehelseinstituttet (2018) er det trolig mellom 80 000 og 100 000 personer som lever med demens i Norge i dag.

Depresjon og demens er to av de hyppigste lidelsene hos eldre og de kan være til stede samtidig (Barca, 2009). Depresjon kan forekomme både som egen komorbid lidelse ved demens, og som ledsagende symptom til demenssykdommen. Symptomene på depresjon kan forekomme både i tidlig fase og i senere fase av demenssykdommen, og symptombildet er ofte annerledes enn hos kognitivt friske. Studier av depresjon ved demens viser en økt forekomst blant personer med demens sammenlignet med personer uten demens. (Stordal, Solhaug, Bosnes & Følstad, 2012, s. 198). I denne oppgaven vil jeg undersøke hvordan man kan forebygge at demensrammede bosatt på sykehjem utvikler depresjon.

### 1.1 Problemstilling

Problemstillingen jeg har valgt som utgangspunkt for oppgaven er:

*Hvordan kan reminisensterapi forebygge depresjon hos personer med moderat grad av demens, som er bosatt på sykehjem?*

### 1.2 Begrunnelser for og avgrensing av problemstilling

Før en går i gang med en oppgave er det flere spørsmål og punkter en må ta stilling til. Hva en ønsker å inkludere i oppgaven, hvordan en kan gjøre oppgaven mest mulig presis og hva som ikke skal med, er eksempler på slike spørsmål en stiller seg. Ulike vurderinger blir gjort gjennom hele arbeidsprosessen og jeg vil her gjøre rede for mine valg.

Jeg har valgt problemstillingen på bakgrunn av at dette er noe jeg interesserer meg for. Etter å ha jobbet innenfor demensomsorgen i to år har jeg sett behovet for kunnskap om depresjon hos demensrammede. En annen grunn til at valget falt på denne problemstillingen er at det er

et aktuelt tema med tanke på at antallet personer med demensdiagnosen bare vil øke i tiden fremover. For å kunne gjøre problemstillingen så presis og konkret som mulig måtte jeg ta noen valg når det gjaldt avgrensning. Jeg har først og fremst valgt å rette problemstillingen mot personer med demensdiagnosen som er bosatt på sykehjem og ønsket videre å rette fokuset mot hvordan en kan forebygge at de utvikler depresjon.

Jeg måtte også ta stilling til hvor langt ut i sykdomsforløpet den demensrammede skulle være. Dette er relevant å ta med da den demensrammedes kognitive evner og symptomer av sykdommen svekkes etter hvert som sykdommen utvikles. Engedal og Haugen (2018, s. 21) deler denne utviklingen i tre faser; kompenseringsfasen, dekompeniseringsfasen og pleiefasen. I den første fasen, kompenseringsfasen, ser en de første tegn til kognitiv svikt i form av sviktende hukommelse, spesielt for hendelser i nær fortid. Personen glemmer avtaler, glemmer å spise eller å betale regninger. Tidsorienteringsevnen svikter også i denne fasen. I sykdommens neste fase, dekompeniseringsfasen, har personen vansker med å bruke sine tillærte mestringsevner og mister grepet på tilværelsen. I denne fasen kan også vrangforestillinger og synshallusinasjoner forekomme. Hukommelsen svekkes også i betydelig grad. Den siste fasen er preget av inkontinens og manglende motorisk styring. I denne fasen er de fleste personer totalt avhengig av fysisk pleie, og de har store kommunikasjonsproblemer.

I min oppgave har jeg valgt å fokusere på personene som befinner seg i de to første fasene, som i problemstillingen min omtales som moderat grad av demens. Valget om å utelukke personer som befinner seg i pleiefasen ble tatt basert på hvem som kan ha utnytte av reminisensterapi. Reminisensterapi forutsetter at en evner å kommunisere og erindre. Disse forutsetningene er begrenset hos personer som befinner seg i det Engedal og Haugen kaller for pleiefasen. Senere i oppgaven trekker jeg frem at det finnes flere ulike typer demens. Jeg har valgt å ikke gjøre noen begrensninger i oppgaven knyttet til dette da depresjon forekommer hos alle typene demens. Jeg tenker derfor at det er stor sjans for at alle kan ha utbytte av å jobbe med reminisensterapi.

### **1.3 Disposisjon**

Denne oppgaven består av fem hovedkapitler. Innledningsvis til oppgaven er et kapittel om bakgrunn. Her tar jeg for meg punkter som jeg mener er hensiktsmessig å ha med i tankene videre inn i oppgaven. Det påfølgende kapittelet er et teorikapittel hvor ulike teori med

bakgrunn fra litteratur presenteres. Her defineres blant annet selve demensdiagnosen, konsekvenser for personer som lever med demens og hva reminisensterapi er. Den neste delen av oppgaven er metodedelen. Her gjøres rede for fremgangsmåte når det gjelder forskningsartiklene, etiske overveielser som har blitt gjort underveis, samt metode og kildekritikk. I kapittelet etterpå presenteres disse artiklene først systematisk hver for seg, og deretter blir de mest sentrale funnene sammenfattet. Funnene fra artiklene blir tatt videre med inn i neste kapittel som er drøftingskapittelet. Her vil jeg ta for meg funnene og kunnskapen fra teorikapittelet til å drøfte oppgavens problemstilling. For å samle alle tråder og oppsummere endes oppgaven med en avslutning.

## 2 Bakgrunn

Demens har vært en kjent sykdom gjennom lang tid. Det er få sykdommer som har hatt så mange ulike navn knyttet til seg som demens. I følge Engedal og Haugen (2018, s. 14) var demens kjent allerede 1000 år f.Kr av egypterne og ble da oppfattet som en konsekvens av aldring. I norrøn tid ble ord som gammeltullet eller gammelmannsvås tatt i bruk. Engedal og Haugen forklarer at overnaturlig kunnskap og mystikk var forbundet med gamle som var glemske og forvirrede.

Dagens oppfatning av demens er mindre mystisk. Begreper som tidligere har blitt brukt for å omtale sykdommen eksisterer stort sett ikke lenger. Demens er blitt et begrep som er kjent for de fleste. Gjennom tidene har også arbeidet med diagnostisering av demenssykdom utviklet seg. Engedal og Haugen (2018, s. 180) forklarer at dagens målsetting er å diagnostisere demenssyndromet og å skille det fra normal aldring, somatisk sykdom og psykiatrisk sykdom som kan forårsake kognitiv svikt. Det er også et økt fokus på å gi tilpasset hjelp og støtte til demensrammede. Her må personens funksjoner og ressurser vurderes for å kunne tilfredsstille dens behov. Fokuset rettes ofte mot at pleie og omsorg i form av hjelp til måltider og stell er det største behovet. Gjennom denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på personsentrert omsorg. Dette omhandler å se den demensrammedes ressurser og muligheter i stedet for begrensning. Det å legge til rette for at pasientene skal kunne oppleve mestring og bevare sin egen identitet vil være sentralt gjennom denne oppgaven.

### 2.1 Omfang

Andelen som har demens øker kraftig med alderen, fra anslagsvis 1,6 prosent i aldersgruppen 60-64 år til 43 prosent blant personer som er 90 år og eldre. Kun et mindretall får demens før pensjonsalderen (Folkehelseinstituttet, 2018). Det finnes lite direkte kunnskap om utbredelse



av demens i den norske befolkningen. Tall og beregninger er basert på studier fra andre land. Anslaget om at det er mellom 80 000 – 100 000 personer med demens i Norge er derfor basert på tall fra verdens helse organisasjon. I følge folkehelseinstituttet (2018) er det grunn til å tro at disse tallene er noe lave, fordi levealderen har økt og fordi levealderen i Norge er noe høyere enn i Europa og Vesten for øvrig.

Det finnes derimot gode anslag av forekomsten av demens i sykehjem og blant hjemmeboende tjenestemottakere. I følge tall fra Statistisk sentralbyrå (2018) var det registrert 39 605 plasser på sykehjemsavdelinger her i Norge i 2017. Undersøkelser gjort av Selbæk, Kirkevold og Engedal (2007) viser at over 80 prosent av pasienter på sykehjem har diagnosen demens. I følge Folkehelseinstituttet (2018) utgjør dette minst 32 000 personer med demens av disse 39 605 plassene på sykehjem. Over 40 prosent av dem som over 70 år og mottar hjemmetjenester, har demens. Folkehelseinstituttet forklarer at ved å slå sammen disse resultatene kan det anslås at det er rundt 71 000 personer med demens blant hjemmeboende tjenestemottakere og sykehjemsboere. I tillegg til disse tallene kommer de personene som har demens, men som ikke mottar hjemmetjenester eller er sykehjemsboere.

## **2.2 Er det mulig å måle depresjon hos demente?**

Som nevnt innledningsvis i oppgaven er depresjon og demens to av de hyppigste lidelsene hos eldre. Det faktum at de også kan være til stede samtidig gjør det å skulle måle depresjon hos den demente mer utfordrende. Er det i det hele tatt mulig å måle depresjon hos en person med demens?

Depresjon er et sammensatt syndrom med somatiske, psykologiske, kognitive og sosiale symptomer. De depressive symptomene er ikke spesifikke for depresjonssykdom. De sentrale somatiske symptomene som manglende energi, redusert matlyst og søvnevansker forekommer også ved mange somatiske lidelser, på samme måte som konsentrasjonsvansker og redusert oppmerksomhet også forekommer ved kognitive lidelser som demens. Nettopp dette gjør studier av prevalens av depresjon i den eldre del av befolkningen utfordrende (Stordal, Solhaug, Bosnes & Følstad, 2012, s. 197). For å redusere risikoen for feildiagnostisering er det utviklet tilpassede måleinstrumenter som kan være med på å stille diagnosen.

Å ta i bruk objektive undersøkelser i form av blodprøve eller røntgenundersøkelse er ikke mulig for å påvise diagnosen depresjon. Det er vanligvis en lege, psykiater eller psykolog som

stiller diagnosen. Dette blir gjennomført ved grundig utspørring av den eldre om tidligere helse og symptomer på depresjon de siste ukene, samt opplysninger fra nærstående. I tillegg til et slikt intervju er det også svært nyttig å anvende standardiserte måleverktøy for å kartlegge hvilke symptomer som er til stede, og hvor frekvente eller intense de er. De mest anvendte kartleggingskjemaene i Norge er Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) og Geriatrisk Depresjonsskala (GDS) (Engedal & Bjørkløf, 2014, s. 70-72). Engedal og Bjørkløf (2014, s. 73) forklarer at hverken måleverktøyet MADRS eller GDS er egnet til bruk blant personer med demens. Grunnen til dette er at de har liten forutsetning for å huske hvordan humøret og interessene har vært de siste ukene. Det er derfor utviklet en annen skala til bruk ved demens, den kalles for Cornell skala for depresjon hos personer med demens. Dette måleverktøyet inneholder 19 spørsmål om depresjon hvor en pleier eller pårørende blir bedt om å svare på spørsmålene.

Stordal, Solhaug, Bosnes & Følstad (2012, s. 198) trekker frem at studier generelt viser en økt forekomst av depresjon blant personer med demens sammenlignet med personer uten demens. Dette omfatter både studier hvor det tas i bruk symptomskalaer, intervju og diagnostiske kriterier for å måle depresjon. Selbæk, Kirkevold & Engedal (2007) gjennomførte en norsk sykehjemsstudie ved hjelp av verktøyet Neuropsychiatry inventory (NPI) som på norsk går under navnet nevropsykiatrisk evalueringsguide. Dette er en skala som ofte tas i bruk innen alderspsykiatri. I sine studier fant de frem til en prevalens av depresjon blant personer med demens bosatt på sykehjem på 41 prosent.

En svensk studie, gjennomført av Forsell & Winblad (1998) brukte diagnostiske kriterier og intervju som mål på depresjon. Resultatene fra denne studien viser til en tre ganger så høy forekomst av alvorlig depresjon blant personer med demens sammenliknet med personer uten demens. De presenterer en forekomst på 11,8 prosent blant personer med demens og 3,9 prosent blant personer uten demens.

Stordal, Solhaug, Bosnes & Følstad (2012, s. 199) påpeker at flere studier tyder på at det er forskjellig prevalens av depresjon ved ulike demenssykdommer. I følge Engedal og Haugen (2018, s. 171) er depresjon hyppigere ved vaskulær demens sammenliknet med Alzheimers sykdom. De trekker også frem det faktum at forekomsten av depresjon er høyest i et tidlig stadium.

Flere studier og forskning viser til at det er mulig å måle depresjon hos demente til tross for at det følger en del utfordringer med i prosessen. Vi har også sett at forekomsten av depresjon er svært høy hos personer med demens som er bosatt på sykehjem, hvordan kan dette forebygges?

### 3 Teori

Å forebygge depresjon kan gjøres på ulike måter. Noen eksempler på dette er gjennom å ta i bruk medikamenter, kognitiv behandling, lysbehandling eller ulike aktiviteter. Fokuset i denne oppgaven er der i mot rettet til hvordan bruk av reminisensterapi kan være med på å forebygge depresjon hos personer med demens. I dette kapitlet defineres demens og hvilke symptomer og konsekvenser personer som lever med sykdommen kan komme til å oppleve. Blikket rettes også mot overgangen fra hjem til institusjon som for flere kan oppleves som svært vanskelig. En viktig del i denne prosessen er å bevare sin egen identitet og følelse av selvværd, vi skal se nærmere på hvordan reminisensterapi kan bidra til dette.

#### **3.1 Demens – en progredierende sykdom**

Det finnes flere måter å beskrive demens på. Gjennom min oppgave har jeg valgt å rette meg etter definisjonen fra nasjonal faglig retningslinje om demens fra Helse direktoratet. Her omtales ikke demens som en enkeltsykdom men som et syndrom som er et resultat av ulike sykdommer eller skader i hjernen. Det påpekes at symptomene må ha oppstått på grunn av en spesifikk hjernesykdom eller hjerneskade, og symptomene må være kroniske. I følge den nasjonal faglige retningslinjen er de fleste tilfeller av demens progredierende, som vil si at symptomene blir mer og mer uttalte (Helsedirektoratet, 2017).

I nasjonal faglig retningslinje om demens (Helsedirektoratet, 2017) påpekes det også at det fins flere årsaker til demens, hyppigst er Alzheimers sykdom. Alzheimers sykdom er en degenerativ hjernesykdom som over tid alltid fører til demens. Om lag 60% av alle demensrammede har denne sykdommen. En annen hyppig årsak til demens er cerebrovaskulær sykdom som fører til hjerneslag, både store og små, synlige og usynlige, men langt i fra alle med hjerneslag får demens. Om lag 15% til 20% har en form av demens som dette som kalles vaskulær demens. En annen årsak til demens omtales som demens med lewylegemer. Dette forekommer hos om lag 10% til 15% av alle med demens, mens frontotemporal demens, som finnes i både atferdsvariant og språkvariant, forekommer hos om lag 5%. I retningslinjene om demens forklares det også at pasienter med andre degenerative

hjernesykdommer også kan utvikle demens, slik som ved Parkinsons sykdom eller multipel sklerose.

I følge ICD10 blir flere kortikale funksjoner forstyrret hos personer som har syndromet demens. Dette inkluderer hukommelse, tankeevne, orienteringsevne, forståelse, regneferdighet, læringskapasitet, språk og dømmekraft. Svekkelsen i kognitive funksjoner blir ofte ledsaget av svekkelser i følelsesmessig kontroll, sosial atferd eller motivasjon (Helsedirektoratet, 2019). Hvilke følger kan det ha for den demensrammede å oppleve at kroppen er i endring og at ting ikke lenger er som før?

Kroppslig og psykisk sykdom er ikke noe som utspilles på atskilte områder uten gjensidig påvirkning. Dramsdahl (2001, s. 37) forklarer at kroppslig sykdom forårsaker et betydelig stress på hele mennesket som fører til psykologiske reaksjoner. Alvorlig kroppslig sykdom som demens påfører den rammede et sterkt psykologisk stress som rammer både kropp- og selvbildet, selvaktelse og identitetsfølelse, samt evnen til å opprettholde sosial kontakt. Barca (2009, s. 1) hevder også at årsakene til depresjon ved demens er sammensatt. En av hovedteoriene som brukes til å forklare hvorfor personer med demens har depresjon, omtales som den psykologiske teorien. Den psykologiske teorien forklarer at personer med demens utvikler depresjon på grunn av at de har innsikt i sin egen kognitive svikt. En slik kognitiv svikt kan blant annet omfatte manglende evne til å delta i sosialt liv og å opprettholde dagliglivets aktiviteter. Engedal og Haugen (2018, s. 171) støtter seg også til denne teorien som en mulig forklaring på hvorfor personer med demens utvikler depresjon. Å komme opp i situasjoner en ikke mestrer og oppleve å fungere dårlig kan føre til betydelig grad av depresjon. Videre i dette teorikapittelet skal vi se nærmere på slike utfordringer og konsekvenser av sykdommen personer med demens kan komme til å oppleve.

### **3.2 Sviktende hukommelse og minner som forsvinner**

Forløpet av demenstilstander begynner med sporadisk intellektuell svikt og hukommelsesproblemer. Samtidig prøver den demensrammede så godt han kan å skjule de skremmende defektene som ikke kan kontrolleres. I begynnelsen av sykdommen er det gjerne ord og navn som blir glemt, deretter glemmes ulike gjenstandsfunksjoner. Videre i sykdomsforløpet blir selv nære mennesker først sporadisk og så endelig og ugjenkallelig glemt. Disse endringene som skjer i denne prosessen oppleves som vonde og skremmende

både for den demensrammede selv og for de pårørende (Heap, 2012, s. 114). Problemer med hukommelsen er altså et viktig kjennetegn ved demens, jeg vil derfor gå nærmere inn på dette.

Engedal og Haugen (2018, s. 31) forklarer at hukommelse forutsetter at det har skjedd en innlæring. Noe lærer man etter en gang, mens andre ting må læres over tid. Når det gjelder hukommelsen skiller en ofte mellom korttidshukommelse og langtidshukommelse.

Korttidshukommelsen har begrenset lagringskapasitet og er knyttet til det du er opptatt av her og nå. Noen ganger kan informasjonen fra korttidshukommelsen lagres videre i langtidshukommelsen hvor en mer varig lagring skjer. Minnene som lagres her har lang levetid. Videre forklarer Engedal og Haugen (2018, s. 77) at svikt i korttidshukommelsen hos personer med demens først og fremst kommer til uttrykk under oppgaver hvor det settes krav til delt oppmerksomhet, altså når personen må forholde seg til flere hendelser samtidig. Ved langtidshukommelsen er det den episodiske hukommelsen som omfatter nylige hendelser og situasjoner som blir sterkest redusert i tidlig fase. Tester har vist store vanskeligheter med å huske over minutter og timer. Det som er best bevart når det gjelder hukommelsen er innlærte vaner. I neste delkapittel vil jeg se på nærmere på hvilken betydning sansene har for personer med kognitiv svikt.

### **3.3 Sansenes betydning**

For å kunne fungere mest mulig effektivt må alle organismer kunne samle opplysninger både fra miljøet rundt samt fra organismens eget indre miljø. Våre sanseorgan har som oppgave å fange opp slike signaler og formidle de videre til nervesystemet vårt. Disse sanseorganene omfatter syn, hørsel, luktesans, smakssans og følesans. I nervesystemet benyttes informasjonen som er innhentet fra våre sanseorgan til å styre individets aktivitet mest mulig hensiktsmessig (Jansen & Glover, 2018). Hvilken rolle spiller sansene for en person med demens?

Det er godt dokumentert og allment kjent at syn og hørsel svekkes med alderen. Slik svekkelse inntreffer som regel ved høy alder (Grue, 2011, s. 3). Engedal og Haugen (2018, s. 317) forklarer at svekket syn har betydelig større konsekvenser for fungeringsevnen til personer med demens enn for friske eldre. En person som ikke har svekket hukommelse, vil til tross for synstap, ha et indre bilde av miljøet rundt seg. Det samme er ikke tilfellet dersom en person med demens mister synet. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil personer med demens bli mer og mer avhengige av sanseintrykk for å kunne fungere.

Eldre personer med demens vil kunne oppleve å bli overfølsomme for sterke sanseinntrykk (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 33). Dette kan gjelde overfølsomhet overfor lyd, lys, kulde, varme og smerte. Jo flere sanser den demensrammede er nødt til å ta i bruk samtidig, desto større er risikoen for at det blir for mye å ta innover seg. Samtidig som det å motta for mange sanseinntrykk er utfordrende, vil det også kunne få konsekvenser dersom en mottar for lite. Grue (2011, s. 3) forklarer at det å kunne se og høre er viktig for blant annet å kunne oppleve og ta innover seg det som skjer rundt en, følge med, føle at en er en del av en sosial sammenheng, utføre dagligdagse aktiviteter, erfare vakre inntrykk, samt bli varslet om eventuelle farer. Dersom en går glipp av slike sanseinntrykk vil dette for eksempel kunne påvirke den dementes følelse av tilhørighet til det sosiale, noe som kan resultere i at personen trekker seg mer og mer tilbake. For å unngå dette kan det for eksempel være hensiktsmessig å tilrettelegge omgivelsene på en slik måte at den demente får en følelse av å mestre hverdagen. Engedal og Haugen (2018, s. 317) forklarer at det viktigste prinsippet når det gjelder dette er at omgivelsene er trygge og stabile og at det som skjer er forutsigbart. Muligheten til gjenkjenning er viktig gjennom å bygge opp et hjemlig miljø med møbler og utstyr. Dette gjelder spesielt på institusjoner. Å innrede miljøet med flest mulig innslag av egne eiendeler skaper en trygg og kjent stemning for den demente i et miljø som eller kunne fremstå svært fremmed og uforutsigbart. Det er nettopp dette jeg skal se nærmere på i neste delkapittel som omhandler overgangen fra hjem til institusjon.

### **3.4 Å bryte opp fra hjem og inn på institusjon**

Når eldre får problemer med å klare seg hjemme står de ovenfor et vanskelig valg. Skal de velge å flytte inn på institusjon og hvordan vil dette i så fall kunne påvirke dem?

Flere av de som står ovenfor et slikt valg er gjerne allerede delvis avhengige av offentlig eller privat hjelp. Houg (1996, s. 26) trekker frem at risikoen for å bli avhengig av sykehjemmet dersom en flytter ofte er en redsel for flere av de eldre. Hovedårsaken til innleggelse på sykehjem er helsesvikt. Rettigheten til sykehjemsplass eller opphold i tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester, er presisert i lov om pasient- og brukerrettigheter (1999). I pasient- og brukerrettighetsloven (1999, §2-1e) står det at pasient eller bruker har rett til opphold i sykehjem dersom dette etter helse- og omsorgsfaglig vurdering er det eneste tilbudet som kan sikre pasienten eller brukeren nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester. I tiden før en person flytter inn på sykehjem er det ofte pårørende som har

hatt hovedansvaret for den eldre. Dette ansvaret kan strekke seg over en årrekke og øke i omfang. Etter å ha hatt et så stort ansvar hengende over seg gjennom en lang periode er det forståelig at de pårørende kommer til et punkt der de ikke lenger har nok kapasitet. Kirkevold (2014, s. 147) forklarer at svært mange pårørende vil oppleve at de nærmer seg en fase der de ikke lenger kan bære dette ansvaret alene. Den eldre sitt behov for hjelp blir så omfattende at pårørende ikke lenger har den nødvendige kompetansen til å utføre omsorgen.

Ettersom det ofte er pårørende som er tettest på og har mest ansvar for omsorgen til den eldre er det naturlig at det i flere tilfeller er de som tar initiativet til å søke om sykehjemsplass. I andre tilfeller er det den eldre selv som ytrer et ønske om å søke seg inn på sykehjem. I en rapport fra fafo (Houg, 1996) trekkes det frem at angst og utrygghet, samt redselen for å være en byrde for familien, også er avgjørende momenter bak valget om å søke seg til sykehjem. Til tross for dette er det ikke sagt at dette valget er noe enkelt. Å skulle flytte fra sitt eget hjem til institusjon er en stor overgang som kan oppleves som svært vanskelig for pasienten.

Når en flytter fra sitt hjem og inn på institusjon går en fra å bo i kjente omgivelser til å komme til et helt ukjent sted. Den eldre er gjerne vant til å ha mennesker rundt seg som kjenner til ens livshistorie og må nå forholde seg til flere ukjente mennesker. Det er også flere andre nye ting den eldre må vende seg til i den nye livssituasjonen. Hauge (2014, s. 270) påpeker at pasienten må bli kjent med personalet og med andre beboere, i tillegg til å tilpasse seg nye rutiner, annen type mat og måten dagligdagse gjøremål blir utført på. Å skulle flytte fra alt det kjente og kjære og tilpasse seg en helt ny hverdag kan oppleves som å miste en del av seg selv. Houg (1996) trekker frem at ens eget hjem er en stor del av en selv og gjenstandene en omgir seg med blir symboler på ens identitet. De dagligdagse rutinene gir også en følelse av kontroll og er identitetsbevarende. Man kan anta at når helse og førlighet reduseres, vil egenverd og identitet bli en stadig viktigere dimensjon i livet.

Det å bo på institusjon over lengre tid kan utfordre en persons identitet på flere måter. Hauge (2014, s. 273) forklarer først og fremst at det å flytte fra eget hjem utfordrer identiteten, samt at fysisk og kognitiv svekkelse får en innvirkning på selvbildet. For å kunne hjelpe pasienten til å bevare sin identitet er det viktig å legge til rette for muligheter til å styrke sin identitet i alt det nye og ukjente. Som nevnt tidligere er det å ha et hjem viktig for ens egen identitet. Ved å oppfordre pasienter til å ta med egne møbler og kjente gjenstander når de flytter inn på sykehjemmet, kan en skape en kjent og hjemlig atmosfære på rommet. Dette blir da et miljø

som den eldre kan kjenne seg igjen i og føle seg trygg i. Å bistå pasienten i å bevare sin identitet på denne måten er en form for bruk av reminisensterapi. Det er nettopp dette jeg skal ta for meg i neste kapittel.

### **3.5 Reminisens – stimulering av minner og identitetsbevaring**

Den amerikanske psykiateren Robert Butler var en av dem som først begynte å skrive om reminisens. Han forklarte at når det blir færre bekreftende hendelser og kontakter i de nåværende omgivelsene, trenger vi å gå tilbake og gjenoppleve de hendelser som gjorde oss til oss, og holde fast i dem (Heap, 2012, s. 157). På norsk omtales reminisens ofte som minnearbeid. Enkelt uttrykt kan en si at reminisens er en prosess for å nå inn til sine minner og en metode for å stimulere og utforske dem (Isacs & Wallskär, 2004, s. 9).

Det finnes flere definisjoner av begrepet reminisens. Sejerøe-Szatkowski (2004, s. 53) omtaler reminisens som å huske og minnes, og å vekke gjenklang. Som nevnt tidligere i delkapittel 3.3 om sansens betydning, kan en slik gjenklang vekkes av en lukt, en lyd, noe man smaker, noe man ser eller føler. Flere demensrammede befinner seg i et innvendig kaos som gjerne gjør at de har behov for hjelp til å huske, reminisens blir derfor aktuelt da det kan bidra til å stimulere slike minner.

I delkapittel 3.2 så vi hvordan hukommelsen kan svikte hos personer som har en demensdiagnose. Hendelser og ting som har skjedd nylig blir vanskelig å huske, men innlærte vaner er godt bevart. Personer som er rammet av demens husker altså fortiden bedre enn nåtiden og nettopp derfor kan reminisensterapi være et godt verktøy å bruke. Formålet med bruk av reminisensterapi sammen med demensrammede er at de skal føle seg trygge ved å gjenkjenne ting. Når de får hjelp til å huske bakgrunnshistorien sin, kan nået føles tryggere og sikrere (Sejerøe-Szatkowski, 2004, s. 53). Jeg vil nå se nærmere på hvordan bruk av reminisensterapi fungerer i praksis.

Reminisensarbeid sammen med demensrammede dreier seg i stor grad om å utveksle minner med andre og reflektere over fortiden slik alle personer gjør daglig. Thorsen (2014, s. 69) forklarer at den eneste forskjellen er at reminisensterapi er planlagt og bevisst. Det tas i bruk ulike verktøy for å stimulere minnene til personen med demens, disse omtales ofte som minnevekkere. Eksempler på slike minnevekkere er bruk av bilder, musikk, filmer, bøker eller gjenstander. Når en driver med reminisensterapi kan det være en fordel at personalet har



detaljert kunnskap om pasientens bakgrunn slik at de kan velge riktig verktøy til riktig situasjon. Det er nemlig viktig å påpeke at alle personer er forskjellige og besitter ulike erfaringer og minner som en har gjort seg opp gjennom livet. En pasient vil gjerne ha stort utbytte av å høre på en viss type musikk mens en annen gjerne ikke vil kunne forbinde den samme musikken med noe. Dette omtales ofte som personsentrert omsorg. Tom Kitwood har uttalt seg en del rundt dette og hevder at alle som yter pleie og omsorg for personer med demens er nødt til å anerkjenne dem som personligheter med en særegen livshistorie. Personer med demens er mennesker som har fått en sykdom, de er ikke sykdommen sin (Thorsen, 2014, s. 69).

Å arbeide med reminisensterapi sammen med personer med demens handler om å se personens ressurser og positive sider. Fokuset blir rettet mot noe annet en personens sykdom og utfordringer ved at man interesserer seg for selve personen. En personsentrert tilnærming skal styrke opplevelsen av personverd og dermed forebygge fortvilelse, tilbaketrekking og opplevelse av tap (Engedal og Haugen, 2018, s. 304). Isacs og Wallskär (2004, s. 11) forklarer at i stedet for å oppleve motgang og ting man ikke mestrer, blir man en person med en historie som har noe å dele med andre. Vi mennesker er i stor grad vår livshistorie og ved å fremme den vil dermed personens identitet kunne styrkes. Denne tanken underbygges også av Eide og Eide (2007, s. 393) som sier at minnene er en måte for personen å holde fast i egen følelse av verdi og verdighet og dermed styrke sin identitet. Det er dermed grunn til å tro at det å være engasjert i minner er noe som kan bidra til den gamles helse og livskvalitet.

I teorien fremstår reminisensterapi som et bra verktøy å ta i bruk i samhandling med personer med demens. Ved å hjelpe den eldre til å fremkalle minner kan en legge til rette for opplevelse av mestring og identitetsbevaring. Men hvordan har bruk reminisensterapi fungert i praksis? I kapittel 5 presenteres fire ulike artikler som tar for seg nettopp dette. Her blir det reist spørsmål rundt hvorvidt reminisensterapi kan ha en positiv effekt for personer som lever med en demenssykdom.

#### 4 Metode

Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for hvordan jeg har gått frem i arbeidet med oppgaven. Jeg vil presentere valg av metode, fremgangsmåte for litteratursøk, etiske overveielser samt metode- og kildekritikk. Dalland (2017, s. 51-52) forklarer at metoden er redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Metoden hjelper oss å samle inn informasjonen vi trenger til

undersøkelsen vår. Dalland påpeker også at begrunnelsen for å velge én bestemt metode er fordi vi mener at akkurat den metoden egner seg best til å belyse problemstillingen. Metoden jeg har valgt for å belyse problemstillingen ”*Hvordan kan reminisensterapi forebygge depresjon hos personer med moderat grad av demens, som er bosatt på sykehjem?*” er litteraturstudie.

#### **4.1 Litteraturstudie**

I en litteraturstudie er det litteraturen som studeres, altså det som allerede er undersøkt og skrevet om virkeligheten av artikkelforfatterne (Støren, 2013, s. 16). Grunnen til at jeg valgte å ta i bruk litteraturstudie som metode er fordi jeg ønsket å få en oversikt over eksisterende forskning på området. Støren (2013, s. 17) forklarer at materialet i en litteraturstudie er den eksisterende kunnskapen som er presentert i artikler, som hentes inn ved å søke i ulike databaser. Litteraturstudien kan derfor anses som en systematisering av kunnskapen. Når en arbeider med en litteraturstudie får en altså en oversikt over relevant forskning knyttet til problemstillingen. Dette kan være nyttig arbeid fordi en skaffer seg en oversikt over kunnskap som kan komme godt med i fremtidig arbeidsliv.

#### **4.2 Fremgangsmåte**

Jeg vil i dette delkapittelet gjøre rede for hvordan jeg har gått frem for å finne frem til de inkluderte artiklene i denne oppgaven. Som grunnlag for litteratursøket tok jeg i bruk rammeverket PICO (Vedlegg I). Ved å ta i bruk PICO-skjemaet blir informasjonsbehovet så presist som mulig som igjen vil være en fordel når en søker etter litteratur (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 33).

Jeg begynte søket mitt med et ønske om å finne systematiske oversikter av temaet. ”En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en tydelig og systematisk metode for å finne, kvalitetsvurdere og oppsummere enkeltstudier over samme tema eller spørsmål” (Nortvedt et al., 2012, s. 49). Systematiske oversikter finner en på to nivåer av den såkalte S-pyramiden. S-pyramiden er utviklet av forskere ved McMaster-universitetet i Canada og viser seks nivåer av kunnskapskilder. Pyramiden vektlegger forhåndsvurdert, forskningsbasert kunnskap. Forskningen regnes som mer kvalitetsvurdert, anvendbar og lettlest desto høyere opp i pyramiden du kommer (Nortvedt et al., 2012, s. 44). Systematiske oversikter befinner seg på nivå tre og fire fra toppen av.

Jeg valgte å starte søket etter litteratur i Cochrane Library ettersom systematiske oversikter er tilgjengelig her i fra (Vedlegg II, Tabell 1). Jeg valgte å ta i bruk funksjonen ”avansert søk” og valgte her å kun inkludere Cochrane reviews. Søkeordene som ble brukt var «Reminiscence therapy» og «Dementia». For å avgrense søket ble disse søkeordene kombinert, dette resulterte i 2 treff. Ut fra disse to artiklene valgte jeg å inkludere en av dem i denne litteraturstudien. Dette valget ble tatt på bakgrunn av at det kun var den ene av artiklene som også omhandlet depresjon og dermed var mer passende for min problemstilling.

Ettersom jeg ikke kunne finne flere relevante systematiske oversikter gikk jeg videre til å lete etter enkeltstudier. Enkeltstudier er publiserte originalresultater fra forskningsprosjekter og de befinner seg på nederste nivå i S-pyramiden (Nortvedt et al., 2012, s. 52). Databasen jeg gjennomførte søket i var Cinahl som dekker både sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og andre helsefagområder (Nortvedt et al., 2012, s. 52) (Vedlegg II, Tabell 2). Søkeordene som ble tatt i bruk og kombinert var «dementia», «memories», «long term care» og «reminiscence therapy». For å kunne avgrense søket ytterligere valgte jeg å benytte meg av visse inklusjonskriterier. Disse kriteriene var at artiklene hadde gjennomgått en fagfelle vurdering, at artikkelen var publisert innen de 10 siste årene, samt at aldersgruppen måtte være 65+ år. Disse inklusjonskriteriene ble huket av under avansert søk og ga dermed 4 treff hvor en av artiklene har blitt inkludert i oppgaven.

Jeg ønsket også å inkludere noen norske artikler i oppgaven min og valgte derfor å gjennomføre søk i publiseringsplattformen Idunn (Vedlegg II, Tabell 3). Formålet med søket var å finne kvalitativ forskning som omhandlet bruk av reminisens. Ettersom Idunn inneholder norske tidsskrifter valgte jeg å bruke det norske ordet «minnearbeid» til fordel for søkeordet reminisens. Jeg kombinerte dette med søkeordet «demens» og endte dermed opp med kombinasjonen «Minnearbeid og Demens». Jeg valgte å gjennomføre et avansert søk hvor jeg stilte kravet til oppgaven om at resultatene måtte være publisert innen de ti seneste årene (2009-2019). Jeg huket også av for at de måtte være relevant til fagområdet helse- og sosialfag. Dette søket ga 3 treff og jeg valgte å inkludere en av artiklene ettersom dette var den eneste fra resultatene som var en forskningsartikkel. Jeg valgte å fortsette mitt neste søk i samme database, men endre på søkeordene (Vedlegg II, Tabell 4). Det neste søket bestod derfor av søkeordene «Musikkterapi og Demens». For dette søket valgte jeg å bruke de samme inklusjonskriteriene som forrige søk og fikk dermed 6 treff hvor jeg valgte å inkludere en av artiklene.

### **4.3 Etiske overveielser**

Beslutningen om å ta i bruk litteraturstudium som metode ble gjort på bakgrunn av noen etiske vurderinger. ”Etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. Det betyr å tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet vårt medfører” (Dalland, 2017, s. 235). Dersom jeg for eksempel hadde valgt å bruke kvalitativ metode gjennom å intervju noen fra målgruppen ville dette kunne ført til unødvendig belastning for personene som ble intervjuet. Det finnes mye tidligere forskning rundt det gjeldene temaet som jeg derimot kunne benytte meg av. Jeg vurderte det derfor dit hen at det ikke var behov for å innblande enkeltpersoner fra målgruppen som mest sannsynlig har nok av andre ting å forholde seg til i hverdagen.

Det at jeg har valgt å ta i bruk metoden litteraturstudium gir meg også et ansvar når det gjelder å skrive riktige kildehenvisninger og siteringer. Gjennom oppgaven har dette blitt lagt vekt på av hensyn til forfattere og forskere som står for kunnskapen gjennom oppgaven min. Å henvise til riktige kilder er sentralt for at leseren selv skal kunne finne frem til og se hvor litteraturen er hentet fra.

### **4.4 Metodekritikk**

Metoden i litteraturstudiet dreier seg om å søke etter vitenskapelige artikler i relevante databaser (Støren, 2013, s. 37). En av utfordringene med denne metoden kan først og fremst være å finne den riktige databasen å søke i. Jeg begynte søket mitt etter systematiske oversikter men da jeg ikke fikk tilstrekkelige resultater måtte jeg gå over til å søke etter enkeltstudier.

En annen utfordring ved å skrive en litteraturstudie kan være å finne relevant forskning som er med på å belyse den valgte problemstillingen. Forskningen kan enten være for gammel eller omhandle feil målgruppe. Utfordringer kan også dreie seg om hvor mye det er skrevet om temaet tidligere. I mitt tilfelle er det mye forskning og informasjon rundt demens som er hovedtemaet for oppgaven. Da jeg skulle spisse søket ytterligere inn mot problemstillingen ble det mer utfordrende å finne frem til artikler som kunne være relevante for oppgaven. Da måtte artiklene i tillegg til å handle om demens inneholde informasjon om reminisensterapi samt knytte dette opp mot effekten det har mot å forebygge depresjon. I slike tilfeller er det viktig at en forholder seg til problemstillingen og ikke tar noe av informasjonen fra artiklene ut av sammenheng for å få det til å passe inn i egen oppgave.

Metodekunnskapen i en litteraturstudie handler om ens egen informasjonskompetanse (Støre, 2013, s. 37). Det dreier seg blant annet om å komme frem til hvilke søkeord en skal bruke for å finne frem til artikler som kan belyse problemstillingen. En av utfordringene med nettopp dette er at en kanskje går glipp av svært relevant forskning på grunn av bruk av andre søkeord. Det er derfor viktig å være kritisk til det en finner og ikke kun velge den første artikkelen en finner frem til. En annen utfordring er det faktum at en i litteraturstudier kun tar i bruk skriftlige kilder. Dette utelater flere andre mulige vinklinger av problemstillingen. Det blir for eksempel vanskelig å fremheve brukerstemmen og deres synspunkter. Jeg har i min oppgave prøvd å veie opp for dette ved å inkludere flere kvalitative studier.

Metoden er ikke det eneste en skal rette et kritisk blikk mot når en skriver litteraturstudier. Som nevnt tidligere i kapittelet baseres litteraturstudier på eksisterende forskning som også må vurderes, det er dette jeg vil ta for meg i neste delkapittel.

#### **4.5 Kildekritikk**

I min litteraturstudie har jeg valgt å inkludere fire ulike forskningsartikler. Jeg ønsket å finne forskning som hadde undersøkt virkningen reminisensterapi har for personer med demens og om dette eventuelt hadde hatt noen forebyggende effekt mot depresjon. Når en tar i bruk slik litteratur er det viktig å vurdere den. Dalland (2017, s. 158) forklarer at kildekritikk dreier seg om å redegjøre for refleksjonene en har gjort seg rundt litteraturens relevans og gyldighet når det gjelder å belyse oppgavens problemstilling. Som hjelpemiddel i denne vurderingsprosessen har jeg tatt i bruk to ulike sjekklister fra helsebiblioteket. En sjekkliste for vurdering av oversiktsartikler (Helsebiblioteket, 2018a) og en sjekkliste for vurdering av kvalitative studier (Helsebiblioteket, 2018b).

Tre av artiklene jeg har valgt å inkludere har kvalitative forskningsdesign. Dette gjelder artiklene fra Cooney, Hunter, Murphy, Casey, Devane, Smyth (...) & O'shea, E. (2014)., Balteskard, Storli, & Martinsen, (2012)., og Skaar & Söderhamn (2011). Kvalitativ forskning brukes for å undersøke subjektive menneskelige erfaringer, opplevelser, oppfatninger og holdninger (Nortvedt et al., 2012, s. 72). Kvalitativ forskning er relevant for oppgaven da dette kunne gi et innblikk i hvordan pårørende, pleiere eller pasientene selv opplever bruken av reminisensterapi.

De tre kvalitative artiklene beskriver gjennomføringen av studien detaljert og på en god måte. Metode og innhenting av deltakere er nøye gjort rede for, noe som også er tilfellet for hvordan analyseringen av dataene gikk for seg. I kvalitative studier bør også forskernes etiske vurderinger gjennom hele forskningsprosessen komme klart frem (Nortvedt et al., 2012, s. 78). Dette gjøres rede for i alle tre artiklene. Det legges frem at studiene er gjennomført i samsvar med gjeldene forskningsetiske retningslinjer, samt at det har blitt informert om frivillig deltakelse og at konfidensialitet vil bli ivaretatt. Skriftlig samtykke om deltakelse ble også gitt. Det er verdt å trekke fram at det i en av to av studiene var pårørende som gav samtykke for deltakelse, på egen og pasientens vegne. Grunnen til dette var at pasientene hadde redusert samtykkekompetanse. I tilfeller som dette kan en komme til å tenke på om pasientene hadde valgt å delta dersom de skulle tatt valget selv. På samme tid er det strenge lover for å redusere noens samtykkekompetanse, og en må ta utgangspunkt i at de pårørende tar valg som er basert på pasientens beste.

Den fjerde artikkelen (Woods, O'Philbin, Farrell, Spector, & Orrell, 2018) har et kvantitativt forskningsdesign i form av at det er en systematisk oversikt. Oversikten har en klar tittel og et tydelig formål. En systematisk oversikt skal basere seg på best tilgjengelig forskning. Det er derfor viktig å se etter om forfatterne har beskrevet hvordan de har gått fram for å velge ut de inkluderte artiklene (Nortvedt et al., 2012, s. 137). I oversikten jeg har valgt å inkludere i oppgaven er det gjort rede for søkestrategi og kriterier for inklusjon og eksklusjon. Det påpekes også at to personer har tatt del i arbeidet med å vurdere hvilke artikler som skulle inkluderes i oversikten. Nortvedt et al. (2012, s. 137) forklarer at dette kan være hensiktsmessig da kritisk vurdering i noen grad er basert på skjønn. Denne systematiske oversikten har også tatt i bruk GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) for å vurdere kvaliteten av funnene som ble inkludert i oversikten.

Når en vurderer kilder er det å se etter hvorvidt artikkelen er fagfelleverdert hensiktsmessig. Nortvedt et al. (2012, s. 197) forklarer at fagfellevurdering er en vurderingsprosess som brukes for å kontrollere kvaliteten og viktigheten av publikasjoner i forskning. Blant artiklene jeg har inkludert kommer det frem at alle studiene foruten den som er gjennomført av Skaar & Söderhamn (2011) er fagfelleverdert. Dette betyr at den ikke har vært gjennom den samme kvalitetssikringen som de andre tre artiklene. Det er derfor en mulighet at denne artikkelen er av lavere kvalitet enn den andre inkluderte artiklene. I neste kapittel presenteres disse fire

forskningsartiklene systematisk ved å legge frem hensikt, metode, deltakere og funn. De mest sentrale funnene sammenfattes også mot slutten av kapittelet.

## 5 Resultater

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere artiklene jeg har valgt å inkludere i oppgaven.

Jeg vil starte med å presentere hver av dem systematisk og deretter sammenfatte de mest sentrale funnene.

**Tabell 5.1 - Artikkel nummer 1**

<b>Artikkel</b>	<i>Reminiscence therapy for dementia (Review)</i> er en oversiktsartikkel skrevet av Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E.M., Spector, A.E. & Orrell, M. (2018)
<b>Hensikt</b>	Hensikten med artikkelen var å finne ut hvilken effekt reminisens terapi har for personer med demens. De var spesielt interessert i å finne ut om det hadde noen effekt på livskvalitet, kommunikasjon, kognisjon, humør, daglige aktiviteter og relasjoner.
<b>Metode</b>	Det ble søkt etter randomiserte kontrollerte studier, som er et studiedesign der deltakerne er tilfeldig fordelt til intervensjonsgruppe og kontrollgruppe. Resultatene i slike studier blir vurdert ved at man sammenligner utfall i intervensjonsgruppen og i kontrollgruppen (Nortvedt et al., 2012, s. 197). Søket ble gjennomført i ALOIS (the Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group's Specialized Register) med søkeordet "reminiscence". Søket dekket alle studier som var tilgjengelige frem til April 2017.
<b>Deltakere</b>	22 studier med 1972 deltakere ble inkludert i oversiktsartikkelen. Alle deltakerne hadde demens og de fleste i mild til moderat grad. Noen av deltakerne bodde på sykehjem mens andre bodde hjemme.
<b>Funn</b>	Reminisensterapi viste seg å ha en positiv innvirkning på livskvaliteten hos personer som bodde på sykehjem. Reminisens forbedret kognisjon, men kun kortvarig. Resultatet var mest fremtredende ved bruk av individuell reminisensterapi. Reminisensterapi hadde også en viss positiv innvirkning på skalaer som målte depresjon.

**Tabell 5.2 - Artikkel nummer 2**

<b>Artikkel</b>	<i>'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care</i> er en kvalitativ studie gjort av Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., (...) & O'shea, E. (2014).
<b>Hensikt</b>	Hensikten med studien var å forstå personer med demens, ansattes og pårørendes tanker om reminisens og undersøke hvordan det påvirket deres liv.
<b>Metode</b>	Studien er en del av DARES (Dementia Education Programme Incorporating Reminiscence for Staff) undersøkelse som er en randomisert studie som ble gjennomført i offentlige og private sykehjem i Irland. Denne studien er en kvalitativ studie som består av dybdeintervju med deltakere fra DARES undersøkelse hvor reminisens ble iverksatt. Alle intervjuene ble gjennomført av samme forsker og varierte i tid fra 5-20 minutter på sykehjemmet.
<b>Deltakere</b>	To offentlige og to private sykehjem er inkludert i studien. 38 personer med tilknytning til sykehjemmene ble intervjuet. Dette var 11 beboere med demens, 5 pårørende, 10 assistenter, 9 sykepleiere og 3 ledere.
<b>Funn</b>	Reminisensterapi gjør det mulig for ansatte å bli kjent med personen bak demenssykdommen. Ved å kjenne til beboernes fortid kunne de ansatte imøtekomme personens oppførsel i nåtid. Beboerne opplevde at de ansatte var mer interesserte i dem og deres liv og at de brydde seg om dem som person. Resultatene viste også at beboernes evne til å engasjere seg i reminisens var påvirket av hvor langt kommen demenssykdommen deres var, tilleggslidelser og personlige preferanser. Samtidig spilte også ansattes innsats en rolle i arbeidet med reminisens.



**Tabell 5.3 - Artikkel nummer 3**

<b>Artikkel</b>	<i>Hendene husker ullas uttrykk – om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem</i> av Balteskard, B., Storli, S.L. & Martinsen, K. (2012).
<b>Hensikt</b>	Hensikten med artikkelen er å undersøke betydningen av utviklingsprosjekter for pasienter på sykehjem slik involverte pleiere reflekterer over det.
<b>Metode</b>	Artikkelen er basert på materiale fremkommet gjennom fokusgruppeintervju med sykehjemsansatte i fire kommuner. Disse ansatte har deltatt i forskjellige prosjekter i regi av det som er kalt Undervisningssykehjem, et nasjonalt tiltak som har som formål å gjøre tilværelsen for syke gamle kvalitativt bedre. Temaet for samtalene i fokusgruppene var pleieren erfaringer av prosjektenes betydning for pasientene.
<b>Deltakere</b>	Ni pleiere fra seks forskjellige prosjekter ble delt inn i to fokusgrupper. Alle fokusgruppedeltakerne var erfarne sykepleiere, hjelpepleiere eller andre som hadde arbeidet mange år i sykehjem.
<b>Funn</b>	Minnearbeid er identitetsskapende og burde inngå som del av den daglige virksomheten på sykehjemmene. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at det ikke alltid bringer frem glede. Minnearbeid kan også gi en følelse av fellesskap som gjør sykehjemslivet til et gjenkjennelig og normalt liv.

**Tabell 5.4 - Artikkel nummer 4**

<b>Artikkel</b>	<i>Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet – En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse</i> av Skaar, R. & Söderhamn, U. (2011).
<b>Hensikt</b>	Hensikten med denne artikkelen var å få innsikt og kunnskap om hvordan tilpassede kulturaktiviteter kunne innvirke på velvære for en gruppe pasienter med demenslidelse.

<b>Metode</b>	Studien ble gjennomført i tilknytning til et kulturaktivitetstilbud på et bo- og omsorgssenter i en kommune i Sør-Norge. Det ble benyttet en kvalitativ studiedesign med hermeneutisk tilnærming. Data ble innsamlet gjennom observasjon og intervju. Kulturaktivitetstilbudet ville bestå av fire dag- eller kveldssamlinger for pasientene med demens, delvis alene, delvis med sine pårørende. Inkludert i tilbudet var også en ukes feriereise til Spania for pasientene. Samlingene bestod av reminisensarbeid, filmvisning og utflukt. Datainnsamlingen ble gjennomført som ikke-deltakende observasjon av pasientene og deres samhandling med andre samt semistrukturert intervju av pårørende. Datainnsamlingen ble utført av førsteforfatteren.
<b>Deltakere</b>	Studien rettet seg mot pasienter på et bo- og omsorgssenter med lidelsen demens og en av deres pårørende. Utvalget ble bestemt av kommunens demenskoordinator som kontaktet pårørende til seks personer med demenssykdom med redusert samtykke kompetanse. Seks pasienter i alderen 60 til 90 og seks pårørende (barn, ektefelle eller søsken) deltok i studien med det inkluderte kulturaktivitetsprogrammet.
<b>Funn</b>	I forbindelse med sang og musikk var alle deltakerne engasjerte. De kunne huske sangtekster og melodi. Å sitte sammen og prate, synge eller spise viste tegn på tilhørighet til gruppen og ga en følelse av fellesskap. En forutsetning for dette var at gruppen var liten og oversiktlig. Resultater viste også at et annet uttrykk for velvære var gjenkjenning av sanger, steder og mennesker. Både det å synge med på sanger eller fortelle hverandre om gamle dager viste tegn på gjenkjenning og interesse hos pasientene.

### 5.1 Individuell reminisensterapi

Det finnes flere måter å arbeide med reminisensterapi. Det kan for eksempel gjøres individuelt men også i større eller mindre grupper. Ved å sammenlikne 22 ulike studier fant Woods et al. (2018) at personer som fikk reminisensterapi skåret bedre på kognisjonstester enn kontrollgruppen, men dette var kun tilfellet rett etter terapien og ikke uker eller måneder senere. Dette resultatet var mest fremtredende i undersøkelser gjort på sykehjem hvor det ble brukt individuell reminisensterapi i motsetning til hjemme boende hvor det ble brukt

reminisenseterapi i grupper. Det var også dokumentert at bruk av individuell reminisenseterapi hadde en positiv innvirkning på skalaer som målte depresjon hos den demente.

## **5.2 Personen bak demenssykdommen**

Gjennom intervjuer med ansatte i sykehjem fant Cooney et al. (2014) at flere av de ansatte opplevde at bruk av reminisens med beboerne gjorde det mulig for dem å bli kjent med personen bak demenssykdommen. De ansatte opplevde at beboerne hadde et annet syn på dem enn tidligere og involverte seg mer med dem. Det kom også frem at ved å kjenne til beboernes fortid kunne dette hjelpe de ansatte med å tolke, forstå og imøtekomme personens oppførsel i nåtid. Beboerne selv fortalte om at de opplevde de ansatte som mer interesserte i dem og deres liv. De satte pris på samhandlingen med de ansatte og følte at deres interesse viste at de brydde seg om dem som person. Arbeidet med reminisens resulterte i at relasjonene mellom ansatte og beboere ble styrket. Dette presenterer også Balteskard et al. (2012) som et av de sentrale funnene i deres studie. Søkelyset rettes her mot betydningen av minnearbeid som identitetsskapende. Egne minnerom som var innredet med gamle møbler, gjenstander og bilder ble tatt i bruk ved sykehjem. Dette åpnet opp for at personer med demens kunne kjenne igjen ting og fortelle om minner og assosiasjoner rundt gjenstandene i rommet.

Resultatene fra studien til Cooney et al (2014) viste også at beboernes evne til å engasjere seg i reminisens var påvirket av hvor langt kommen demenssykdommen deres var, tilleggslidelser og personlige preferanser. Samtidig spilte også ansattes innsats en rolle i arbeidet med reminisens.

## **5.3 Ikke bare glede**

Funn fra Balteskard et al. (2012) presenterer ulike erfaringer med bruk av sansehager som en form for reminisens. Sansemessige inntrykk beveger seg og kan åpne for glede, men også sorg og savn. Under samvær i sansehagen kom det frem at noen av pasientene opplevde savn. Selv om hagen var et godt sted minnet den dem også på den hjemlige hagen som en aller helst skulle vært i. I situasjoner som dette forklarer intervjuobjektene at nærværet fra omsorgspersonalet blir viktig og kan åpne opp for ivaretagende omsorgsmøter.

#### **5.4 Fellesskapsfølelse**

Selv om sansehagen for noen fremkalte en opplevelse av sorg og savn presenterer funn også at den kan legge til rette for en fellesskapsfølelse. Balteskard et al. (2012) viser til at sansehagene i likhet med minnerom eller andre kjente aktiviteter kan være veier inn i en meningsfull verden, til tross for sykdommen. Dette er også med på å bidra til et inkluderende fellesskap. En av deltakerne forteller om hvordan hele gruppen med beboere er med på å rydde og rake i hagen om våren. Et slikt fellesskap gjør sykehjemslivet til et gjenkjennelig og normalt liv.

Skaar & Söderhamn (2011) presenterer det å sitte sammen og prate, synge eller spise som et sentralt funn. Dette var et tegn på tilhørighet til gruppen og ga en følelse av fellesskap. Pasientene viste tilhørighet til hverandre gjennom å være meddelsomme, henvende seg direkte til hverandre og føre enkle samtaler. Denne tilhørigheten kom også til uttrykk gjennom å kunne holde hverandre i hendene og vise omsorg for hverandre. At gruppen var liten var en viktig forutsetning for tilknytning og fellesskapsopplevelse da dette var oversiktlig og dermed lettere å knytte seg til hverandre.

#### **5.5 En god opplevelse i nuet**

Ut fra observasjonene gjort av Skaar & Söderhamn (2011) fremkom det at pasientene hadde en god opplevelse i nuet ved arbeid med reminisens. Dette viste de gjennom å gi uttrykk for å ha det bra, være tilfreds, vise glede gjennom å smile og le og komme med humoristiske kommentarer. Spesielt i forbindelse med sang og musikk var alle deltakerne engasjerte. I slike aktiviteter uttrykte pasientene velvære gjennom å smile og le. De kunne huske sangtekster og melodi.

Resultater viste også at et annet uttrykk for velvære var gjenkjennelse av sanger, steder og mennesker. Både det å synge med på sanger eller fortelle hverandre om gamle dager viste tegn på gjenkjennelse og interesse hos pasientene. Pasientene fikk også utdelt et fotoalbum i etterkant av sydenturen som pårørende forklarte at var veldig hjelpsomt. Ved hjelp av bildene kunne pasientene fremkalle minner fra turen og fortelle om den.

### **6 Drøfting**

I dette kapittelet vil jeg ta for meg funnene fra forskningsartiklene og kunnskapen fra teorikapittelet til å drøfte oppgavens problemstilling som er som følger ”Hvordan kan

*reminisenseterapi forebygge depresjon hos personer med moderat grad av demens, som er bosatt på sykehjem?”.*

### **6.1 Se meg gjennom mine minner**

Personer med demens omtales ofte som ”demente”, men hvilke signaler sender egentlig dette ut? Å ha demens innebærer at en er en person som har fått en sykdom, det betyr likevel ikke at dette er alt en er. Funnene fra studien til Cooney et al. (2014) viser til at bruk av reminisens på sykehjem åpner opp for muligheten til at den ansatte blir kjent med personen bak demenssykdommen. Beboerne selv fortalte om at de opplevde de ansatte som mer interesserte i deres liv og at de brydde seg om dem som person. Dette har i delkapittel 3.5 blitt omtalt som personsentrert omsorg. Når ansatte på sykehjem arbeider med reminisens sammen med pasienter med demens er fokuset rettet mot å se personens ressurser og positive sider. I situasjoner som dette dreier det seg ikke lenger om hva en trenger hjelp til og hva en ikke mestrer alene, fokuset blir trukket vekk fra sykdommen og utfordringene det medfører. Vi så at Engedal og Haugen (2018, s. 304) påpekte at en slik personsentrert tilnærming skal styrke opplevelsen av personverd og dermed forebygge fortvilelse, tilbaketrekking og opplevelse av tap som er noen av symptomene som følger med depresjon hos demente.

I kapittel 3.1 så vi at det å ha en så alvorlig kroppslig sykdom som demens påfører den rammede et sterkt psykologisk stress som rammer personens selvbilde, selvaktelse og identitetsfølelse (Dramsdahl, 2001, s. 37). Nettopp dette gjør at personer med demens er spesielt sårbar for å utvikle depresjon. Med tanke på at vi mennesker i stor grad er vår livshistorie kan det derfor tenkes at ved å hjelpe personer med demens i å fremme nettopp dette ved bruk av minner vil deres identitet kunne styrkes. Det åpner opp for muligheten til at andre ser pasienten i et annet lys og ikke minst at personen selv kjenner på at sykdommen ikke definerer hvem han eller hun er.

### **6.2 En meningsfull verden**

Vi har tidligere sett på hvor vanskelig overgangen kan oppleves når en flytter fra sitt hjem og inn på institusjon. Den eldre blir satt i en posisjon hvor en er nødt til å skape en ny hverdag og finne seg til rette i et nytt miljø. Studien til Balteskard et al. (2012) viser at reminisens kan være et hjelpemiddel for å hjelpe pasientene i denne prosessen. Ved å innrede rom med kjente gjenstander, bilder og møbler legger en til rette for at pasienten kan kjenne seg igjen og dermed føle på en større trygghet enn dersom en kom til et helt ukjent rom.

I delkapittel 3.4 så vi at risikoen for å bli avhengig av sykehjemmet ofte er en redsel for flere av de eldre før de flytter. Ved å legge til rette for at pasientene kan ivareta dagligdagse aktiviteter og rutiner selv om de bor på sykehjem kan derfor bidra til en følelse av trygghet og kontroll hos den demente. I studien til Balteskard et al. (2012) kan en lese om en situasjon fra en karde- og spinnegruppe hvor pleierne opplevde at fire skrøpelige damer forandres. De rettet seg opp i ryggen og sikkerheten og tryggheten hos den enkelte vokste fram. Personer som til vanlig ikke hadde mulighet til finmotoriske ting som å kneppe igjen en knapp tredje syltynne tråder. Pleierne forklarte at det var som om hendene levde sitt eget liv når de kom i kontakt med noe de hadde gjort så ofte og satt pris på tidligere. I delkapittel 3.1 så vi at en av hovedårsakene til at personer med demens utvikler depresjon er mangel på slike mestringssituasjoner som dette. Den psykologiske teorien forklarer at personer med demens utvikler depresjon på grunn av at de har innsikt i sin egen kognitive svikt (Barca, 2009, s. 1). Å stadig komme opp i situasjoner man ikke mestrer kan føre til betydelig grad av depresjon. Dersom sykehjemmene legger til rette for tilsvarende aktiviteter som ved karde- og spinnegruppen vil det kunne være med å bidra til at pasientene selv får en opplevelse av mestring og mening i hverdagen.

Den psykologiske teorien dreier seg altså om å at depresjon kan forekomme når en har innsikt i sin egen kognitive svikt. Vi har sett at en slik kognitiv svikt kan omfatte manglende evne til å delta i sosialt liv. Når en flytter fra sitt hjem og inn på institusjon flytter en også fra venner, naboer og andre relasjoner. Disse relasjonene kan bli utfordrende for den demente å opprettholde fra sykehjemmet. Pasientene går i fra å ha mennesker rundt seg som kjenner til ens livshistorie til nå å forholde seg til ukjente mennesker. Det er derfor viktig at sykehjemmene legger til rette for at pasientene skal få en tilhørighet til det sosiale og at det legges til grunn for en fellesskapsfølelse.

I delkapittel 3.3 om sansenes betydning så vi hvordan det å motta for lite sanseinntrykk kan få konsekvenser for en person med demens. Dersom en går glipp av flere sanseinntrykk som for eksempel kommer gjennom å gjennomføre dagligdagse aktiviteter vil det kunne påvirke den dementes følelse av tilhørighet til det sosiale. Dette kan resultere i at personen trekker seg mer og mer tilbake (Grue, 2011, s. 3). I studien fra Balteskard et al. (2012) kommer det frem at bruk av sansehager kan være med på å bidra til et inkluderende fellesskap i sykehjem. Det trekkes frem et eksempel fra et sykehjem hvor hele pasientgruppen er med på å rake i

sansehagen hver vår. Dette blir først og fremst et fellesskap der og da, og etterpå når alle setter seg og hviler og ser på resultatet, er de også en del av et fellesskap. Dette er et godt eksempel på hvordan å det å være en del av et fellesskap kan bidra til at sykehjemslivet blir mer gjenkjennelig og til et normalt liv. Minnerom kan også være en arena som legger til rette for en slik fellesskapsfølelse. Her kan pasientene sitte sammen og prate og bli kjent på grunnlag av felles minner og erfaringer.

### **6.3 Reminisens – ikke bare en vei til de gode minnene?**

I delkapittel 3.5 så vi at reminisens er en prosess for å nå inn til sine minner og stimulere og utforske dem. Men har det seg alltid slik at disse minnene utelukkende vekker positive følelser hos personen selv? Funnene fra Balteskard et al (2012) tilsier noe annet. I studien presenteres ulike erfaringer knyttet til bruk av sansehager som en form for reminisens. Under en episode i sansehagen kom det frem at en av pasientene opplevde savn. Hagen minnet henne på hagen hjemme som hun aller helst skulle vært i.

Sansenessige inntrykk kan i flere tilfeller åpne for glede, men samtidig sorg og savn. Det er viktig at personalet som arbeider med reminisensterapi sammen med personer med demens er oppmerksomme på dette. Selv om intensjonen er å gi pasientene en god opplevelse gjennom å stimulere minner er det ikke slik at dette alltid er utfallet. Vi har tidligere sett at personer som er rammet av demens husker fortiden bedre enn nåtiden (Isacs & Wallskär, 2004, s. 11). Et av formålene ved bruk av reminisens sammen med demensrammede er at de skal føle seg trygge. Fortiden kan for mange bringe med seg vonde minner rundt tidligere hendelser som dermed kan ha motsatt effekt enn det som er ønsket.

Å mimre tilbake til tiden som er forbi kan som vi så i fra episoden i sansehagen også bringe opp tristere følelser. En epoke i livet er over og det eneste en sitter igjen med er minnene fra den tiden. For flere kan det være vanskelig å slå seg til ro med slike tanker som dette. Dersom en blir gående å holde slike følelser for seg selv kan det tenkes at det kan ha en innvirkning på den enkeltes psykiske helse og livskvalitet. Det er derfor viktig at ansatte følger opp pasientene. Dersom omsorgspersonalet støtter pasienten gjennom disse tankene kan det resultere i at pasienten til slutt anerkjenner situasjonen og klarer å snu det til noe positivt. Det er viktig å huske på at vondere følelser som dette er helt normalt å få for alle mennesker. Det kan til og med være nødvendig for personer å kjenne på slike følelser for å kunne sette pris på

gode stunder. Savn og sorg er noe vi kontinuerlig opplever gjennom hele vårt livsløp, hvorfor skal man da skåne personer med demens for disse følelsene?

#### **6.4 Kortvarig glede?**

Et av de mest sentrale symptomene ved demenssykdommen er hukommelsessvikt. I teorikapittelet kom det frem at det er den episodiske hukommelsen som omfatter nylige hendelser og situasjoner som blir sterkest redusert i tidlig fase (Engedal og Haugen, 2018, s. 77). Flere tester har vist at personer med demens har store vanskeligheter med å huske over minutter og timer. Vil personene med denne sykdommen dermed kunne ha noen varig virkning av arbeid med reminisens?

I sin oversikt fant Woods et al. (2018) at personer med demens som var med på å arbeide med reminisensterapi skåret bedre på kognisjonstester enn kontrollgruppen som ikke arbeidet med reminisens. Funnene viste også at dette resultatet kun var tilfellet rett i etterkant av terapien og ikke uker eller måneder senere. Dette tyder på at personene som fikk reminisensterapi kun hadde utbytte av det i selve situasjonen og ikke i tiden etter.

Ut i fra observasjonene til Skaar og Söderhamn (2011) fremkom det at pasientene hadde en god opplevelse der og da når de arbeidet med reminisens. Dette ble vist gjennom ulike uttrykk for å ha det bra som ved å smile eller le. I studien presenteres det også funn som tilsier at pasientene hadde utbytte av reminisens i ettertid. Etter å ha jobbet med ulike former for reminisens, for eksempel gjennom fellessang, viste deltakerne en form for trygghet og ro i form av å sitte stille. Noen småpratet med hverandre mens andre slappet av. Dette funnet tyder på at personene opplevde miljøet som trygt og at de følte en tilhørighet til de andre deltakerne etter å ha jobbet med reminisens sammen. I samme studie vises det til en måte å bruke reminisens på for å forlenge og ta vare på den gode følelsen pasientene hadde i øyeblikket. I etterkant av en tur deltakerne hadde vært på fikk alle utdelt et fotoalbum med bilder fra turen. Albumet ble brukt som utgangspunkt for samtale mellom pasienter og pårørende i etterkant. På denne måten kunne pasientene fremkalle følelser og minner som de hadde hatt på turen og dele dem med venner og familie. I situasjoner som dette vil pasientene kunne kjenne på at de er en person med en historie å fortelle og som har noe å dele med andre. Dette er følelser som er med på å opprettholde en persons identitet og tilknytning til det sosiale, noe vi tidligere har sett er viktige elementer for å forebygge depresjon hos personer med demens.



## 7 Avslutning

Gjennom denne bacheloroppgaven har jeg fordypet meg i reminisensterapi og hvordan dette kan forebygge depresjon hos personer med demens som er bosatt på sykehjem. Vi har sett at det å ha en så alvorlig kroppslig sykdom som demens påfører den rammede et sterkt psykologisk stress. Dette kan få konsekvenser for både selvbilde, selvaktelse og identitetsfølelse, samt evnen til å opprettholde sosial kontakt. Dette er en stor del av grunnen til at personer med demens er spesielt utsatt for å utvikle depresjon. Det at personen også har innsikt i sin egen kognitive svikt og er klar over at en ikke lenger mestrer like mye som tidligere spiller også en stor rolle for personens psykiske helse. I denne oppgaven har fokuset vært rettet mot personer med demens som bor på sykehjem. Vi har sett at overgangen fra hjem til institusjon kan oppleves som svært opprivende. For å undersøke hvordan reminisensterapi kan bidra til å forebygge depresjon hos disse personene som går gjennom slike utfordringer har funn fra fire ulike vitenskapelige artikler blitt presentert.

Oppsummert viste teori og forskning blant annet at bruk av reminisensterapi i sykehjem åpner opp for muligheten til at den ansatte blir kjent med personen bak sykdommen. Ved å vise interesse for deres livshistorie følte pasientene at de ble sett på som mer enn en person med en sykdom. En slik personsentrert tilnærming er identitetsbevarende og sentral for pasientenes psykiske helse. Reminisensterapi i form av å opprettholde kjente aktiviteter og rutiner viste seg også å være identitetsbevarende og la til rette for mestring og trygghet. Følelsen av trygghet viste seg også hos pasientene gjennom å legge til rette for en fellesskapsfølelse på sykehjemmet.

Reminisensterapi viste seg også å kunne bringe opp vondere følelser som sorg og savn. Selv om intensjonen med reminisensterapi er å gi pasientene en god opplevelse gjennom stimulering av minner er det også viktig å få lov til å kjenne på vondere følelser. I slike situasjoner er det sentralt at omsorgspersonalet støtter pasienten og anerkjenner følelsene som dukker opp. I drøftingsdelen ble det også reist spørsmål rundt hvorvidt personer med demens har en langvarig effekt av reminisensterapi. Pasientene husker gjerne ikke aktivitetene som ble gjort noen timer i forveien men følelsen av mestring, glede, og det å være en del av et fellesskap sitter fremdeles igjen. Fordelene ved bruk av reminisensterapi har vist seg å være større en ulempene. Med bakgrunn i det som er presentert gjennom denne oppgaven kan en dermed se at reminisensterapi har flere positive virkninger når det gjelder å forebygge depresjon hos personer med demens som er bosatt på sykehjem.

## 8 Referanseliste

- Balteskard, B., Storli, S.L. & Martinsen, K. (2012). Hendene husker ulla's uttrykk – om betydningen av å gjøre tilværelsen rommelig for pasienter på sykehjem. I *Idunn*. Hentet fra [https://www.idunn.no/file/pdf/56750164/hendene\\_husker\\_ullas\\_uttrykk\\_-\\_om\\_betydningen\\_av\\_aa\\_gjoere\\_ti.pdf](https://www.idunn.no/file/pdf/56750164/hendene_husker_ullas_uttrykk_-_om_betydningen_av_aa_gjoere_ti.pdf)
- Barca, M.L. (2009). Depresjon ved demens – en faglig utfordring. *Demens og alderspsykiatri*, 13, 1-6.
- Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., (...) & O'shea, E. (2014). 'Seeing me through my memories': a grounded theory study on using reminiscence with people with dementia living in long-term care. I *Cinahl*. Hentet fra <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/full/10.1111/jocn.12645>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg). Oslo: Gyldendal
- Dramsdahl, E. (2001). *Alderspsykiatri: Alderdommens tre store D'er*. (2.utg). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
- Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2.utg). Oslo: Gyldendal.
- Engedal, K. & Bjørkløf, G.H. (2014). *Depresjon hos eldre – psykologisk og biologisk forståelse og behandling*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse – akademisk.
- Folkehelseinstituttet. (2018, 14. Mai). Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forsell, Y. & Winblad, B. (1998). Major depression in a population of demented and nondemented older people: prevalence and correlates. *American Geriatrics Society*, 46, 27-30. Hentet fra <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/epdf/10.1111/j.1532-5415.1998.tb01009.x>

- Grue, E. (2011). Sansesvikt hos eldre. *Geriatrisk sykepleie – tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 3, 3-8. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/759897/Geriatrisk%20Sykepleie%202011.pdf>
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 266-283). Oslo: Gyldendal.
- Helsebiblioteket. (2015) *Hva er demens?*. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/alzheimers-sykdom-og-andre-typer-demens>
- Heap, K. (2012). *Samtalen i eldreomsorgen* (4.utg.). Oslo: kommuneforlaget.
- Helsebiblioteket. (2018a, april). Sjekkliste for vurdering av en oversiktsartikkel. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste/attachment/259645?ts=162a95ce35f>
- Helsebiblioteket. (2018b, april). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste/attachment/259644?ts=162a95c553b>
- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje om demens*. (IS-2658). Hentet fra <https://app.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Helsedirektoratet. (2019). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599459>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Demensplan 2020 – et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>
- Houg, T. (1996). «Takk, bare bra ...?» - Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem. (fapro- rapport 200). Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo.

- Isacs, L. & Wallskär, H. (2004). *Låt minnena leva – en handbok i reminiscensmetoden*. Göteborg: Förlagshuset Gothia
- Jansen, J. & Glover, J. (2018). Sansene. I *Store medisinske leksikon*. Hentet 29. april 2019 fra <https://sml.snl.no/sansene>
- Kirkevold, M. (2014). Samarbeid med pasient og pårørende. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 145-161). Oslo: Gyldendal.
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok*. Oslo: Akribe.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Sejerøe-Szatkowski, K. (2004) *Demens – Kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 843-849. DOI: 10.1002/gps.1749
- Skaar, R. & Söderhamn, U. (2011). Deltakelse i tilpasset kulturaktivitet – En mulighet for velvære for pasienter med demenslidelse. I *Idunn*. Hentet fra <https://www.idunn.no/file/pdf/50355259/art01.pdf>
- Statistisk sentralbyrå. (2018, 15. Juni). Omsorgstjenester. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar>
- Stordal, E., Solhaug, H.I., Bosnes, I. & Følstad, A. (2012). Prevalens av depresjon hos eldre: en kort oversikt basert på erfaringer med epidemiologisk forskning fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). *Norsk Epidemiologi*, 22, 197-201.

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie* (2.utg.)  
Oslo: Cappelen Damm

Thorsen, K. (2014). Aldringsteorier. I Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (red.),  
*Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (s. 58-72). Oslo: Gyldendal.

Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E.M., Spector, A.E. & Orrell, M. (2018). Reminiscence  
therapy for dementia. I *Cochrane Library*. Hentet fra  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001120.pub3/full?highlightAbstract=dementi%7Ctherapy%7Ctherapi%7Cwithdrawn%7Cdementia%7Creminiscence%7Creminisc%7Creminiscenc>

## Vedlegg I. PICO-skjema

P:	Patient/ problem	Personer med moderat grad av demens bosatt på sykehjem
I:	Intervention	Reminisensterapi
C:	Comparison	-
O:	Outcome	Forebygge depresjon

## Vedlegg II. Dokumentasjon av søk

**Tabell 1**

Database/ kilde	Cochrane Library
Dato for søk	01.04.19
Søkehistorie	Reminiscence therapy and dementia Avansert søk: Cochrane reviews
Antall treff	2
Inkluderte artikler	Woods, B., O'Philbin, L., Farrell, E.M., Spector, A.E. & Orrell, M. (2018)

**Tabell 2**

Database/ kilde	Cinahl
Dato for søk	02.05.19
Søkehistorie	Søkeord: Dementia AND memories AND long term care AND reminiscence therapy Avansert søk: <ul style="list-style-type: none"><li>• Publisert mellom 2009-2019</li><li>• Fagfellevurdert</li><li>• Alder 65+</li></ul>
Antall treff	4
Inkluderte artikler	Cooney, A., Hunter, A., Murphy, K., Casey, D., Devane, D., Smyth, S., (...) & O'shea, E. (2014).

**Tabell 3**

Database/ kilde	Idunn
Dato for søk	06.05.19
Søkehistorie	Søkeord: Minnearbeid OG Demens Avansert søk: <ul style="list-style-type: none"><li>• Publisert mellom 2009-2019</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fagområde: Helse- og sosialfag</li> </ul>
Antall treff	3
Inkluderte artikler	Balteskard, B., Storli, S.L. & Martinsen, K. (2012)

**Tabell 4**

Database/ kilde	Idunn
Dato for søk	06.05.19
Søkehistorie	<p>Søkeord: Musikkterapi OG Demens</p> <p>Avansert søk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Publisert mellom 2009-2019</li> <li>• Fagområde: Helse- og sosialfag</li> </ul>
Antall treff	6
Inkluderte artikler	Skaar, R. & Söderhamn, U. (2011).