



Fordypningsoppgave

VAE705 Aldring og eldreomsorg

Sansning og bevegelse. Sansestimulering i møte med utfordrende atferd i demensomsorgen.

Bjørg Randi Sallaup Halse

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Molde, 21.05.10



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Sansning og bevegelse. Sansestimulering i møte med utfordrende atferd i demensomsorgen.

Tittel på engelsk: To sense and to move. Sensory stimulation to administrate challenging behaviour in dementia care.

Forfatter(e): Bjørg Randi Sallaup Halse

Fagkode: VAE705

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Torill Helene Skrondal

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 21.05.10

Antall ord: 9997

Abstract

Dette er en fordypningsoppgave i Aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde. Temaet den beskriver er sansestimulering brukt som metode i demensomsorgen. Hensikten med oppgaven er å belyse hvordan sansestimulering kan brukes i den daglige omsorgen for pasienter med demens, for å redusere forekomsten av utfordrende atferd i sykehjem. Metoden jeg bruker er litteraturstudie med søk i databasene som er tilgjengelige ved Høgskolen i Molde. Oppgaven har en teoridel der skolens pensumlitteratur er brukt, i tillegg til selvvalgt litteratur. I datamaterialet er det mye som tyder på at sansestimulering har en signifikant positiv effekt på utfordrende atferd ved demens, at den virker positivt på kommunikasjon, kroppskontroll og styrker relasjonen mellom pasient og pleier. Sansestimulering brukt på riktig måte, med relasjonen som et bærende element, kan skape gode følelser og gi livsglede til pasientene.

Nøkkelord er: Dementia, Challenging behavior, BPSD, Sensory stimulation, Music therapy.

Abstract

This is a specialized task study in Aging and Geriatric Care at University College in Molde. The theme describes the Sensory Stimulation used as a method in Dementia Care. The aim of this task is to elucidate how Sensory Stimulation can be used in the daily care of patients with Dementia, to reduce the incidence of challenging behavior in Nursing Homes. The method is a review of the literature in Dementia Care, searched in databases available at the College. This study has a theoretical part, where School textbooks are used, in addition to the chosen literature. In the data collection there is much to suggest that Sensory Stimulation has a significant positive effect on challenging behavior. It has a positive impact on communication, body control and strengthening the relationship between patient and caregiver. Sensory stimulation used properly, with the relationship as an important element, may create well-being and give joy to the patients.

Innhold

Innhold.....	0
1 Innledning	1
1.1 Bakgrunn for oppgaven	1
1.2 Avgrensning.....	3
1.3 Hensikt og problemstillinger	3
2 Teoribakgrunn.....	4
2.1 Personer med demens.	4
2.2 Utfordrende atferd	5
2.3 Den relasjonelle kroppen.....	7
2.4 Sansestimulering.....	8
3 Metodebeskrivelse	12
3.1 Litteratursøk.....	12
3.2 Kvalitetsvurdering av artikler	14
3.3 Analysen	14
3.4 Funn	15
3.4.1 Sansestimuleringens iboende kraft.....	15
3.4.2 Kroppsuttrykk er sjelens speil.	17
3.4.3 Klarhet i det tilslørte.	18
3.4.4 Interaksjon en nødvendighet og relasjonen en bærebjelke	19
4 Diskusjon.....	21
4.1 Den sensitive og sansende kroppen.	21
4.2 Det helbredende miljøet - positivt for utfordrende atferd.....	24
4.3 Sansning og bevegelse en kilde til livsglede	27
5 Konklusjon.....	30
Litteraturliste.....	31
Vedlegg 1	35
Vedlegg 2	36
Vedlegg 3.....	38
Vedlegg 4	48

Danseglede

I heimbygda mi var ho fri.
Det var himmelrik på jord for henne.
Der dansa ho i doggvått gras
På blanke sommarmorgonar.



1 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Dette er en fordypningsoppgave i videreutdanningen aldring og eldreomsorg ved Høgskolen i Molde. Temaet jeg har fordypet meg i er sansestimulering til personer med demens som har utfordrende atferd. Tittelen på oppgaven er *”Sansning og bevegelse. Sansestimulering i møte med utfordrende atferd i demensomsorgen”*. Under kommer en presentasjon av min forståelse og bakgrunn for valg av tema og hensikt. Oppgaven er illustrert med bilder malt av Anne Ree Hunderi og dikt er skrevet av Ola Hunderi (Hunderi og Hunderi 2009).

Til daglig er jeg sykepleier ved en skjermet enhet på et sykehjem, og min interesse for sansestimulering har kommet gradvis gjennom erfaring med personer med demens og det jeg har sett og lært i denne videreutdanningen. Pasienter med sykdommen demens utgjør en voksende gruppe mennesker som får en funksjonssvikt i eldre år og er fordypningsområde i

pensum i aldring og eldreomsorg. Helse og omsorgsdepartementet kom i 2007 med Demensplanen 2015 ” Den gode dagen”. Den forplikter kommunene til å sette pasienter med sykdommen demens på dagsordenen, og ca 80 % av pasientene ved norske sykehjem har demens. På slutten av 1980 tallet ble det satsset på bygging av skjermede enheter tilrettelagt for personer med demens (Krüger et al. 2008). Det er små oversiktlige enheter med plass til fire til tolv pasienter i hver gruppe (Forskrift for sykehjem m.v. §4-7). Ved årsskiftet 2004/2005 hadde 85 % av alle norske kommuner etablert skjermede enheter for personer med langtkommet demens. Likevel er ikke tjenesten lovpålagt og kun 21% av sykehjemsplassene er tilrettelagt for personer med demens (Granholt 2007).

En utfordring som stadig gjentar seg i hverdagen på institusjon er ulike former for utfordrende atferd. Det kan være en del av sykdomsbildet ved demens, og hyppigheten av utfordrende atferd er på 75% (Krüger et.al 2008). Eksempler på utfordrende atferd jeg selv har opplevd i sykehjem, er rastløs vandring, roping, aggresjon, søvnproblematikk og vanskelige pleiesituasjoner. Men like viktig er apati og depresjon som ofte blir oversett, og pasientene blir ofte overlatt til seg selv. I 2009 fikk vi et nytt lovverk som åpnet opp for bruk av tvang under visse betingelser med pasientrettighetsloven 4 A. Når det oppstår utfordrende atferd blant pasienter i institusjon hender det at tvangstiltak tas i bruk. Jeg mener at dersom utfordrende atferd ble møtt og forstått med større faglighet og kunnskap ville behovet for å ta i bruk tvangstiltak bli minimalisert.

Tre av fire norske sykehjemspasienter med demens bruker ett eller flere psykofarmaka daglig (Krüger et. al 2008). Dette er medikamenter som ofte gir alvorlige bivirkninger, og pasienter med demens er særlig sårbare. Sansestimulering gir ikke bivirkninger, og miljøbehandling bør alltid prøves først, og skal alltid følge medisinsk behandling (Krüger et. al 2008). Jeg har fått økt interesse for sansestimulering som del av miljøbehandling. Sansestimulering som metode er et område det stadig utvikles ny kunnskap på, men er kanskje forsket lite på. Ny forskning kan gi økt kunnskap som bør tas i bruk, og jeg tror at bevisst bruk av sansestimulering til denne pasientgruppen har mye å si for om pasientene og medpasienter og de ansatte får en ”god dag”, som demensplan 2015 uttrykker det. Jeg ville i denne oppgaven gjennom systematisk litteratursøk finne fram til nyere forskning på området sansestimulering i demensomsorgen ved utfordrende atferd.

1.2 Avgrensning

Oppgaven måtte avgrenses så den ikke ble for omfattende og slik at jeg kunne gå i dybden. Intervensjonen var sansestimulering. Jeg gikk ikke inn på bevegelse spesifikt da den er en naturlig del av sansestimuleringen, men er likevel viktig. Arenaen er sykehjem, både somatiske og skjermede enheter. Pasientgruppen som er i fokus er pasienter med demens som samtidig har utfordrende atferd, en atferd som virker forstyrrende i miljøet og som påvirker medpasienter og personale og ikke minst pasienten selv. Behandlingen skal være mulig å bruke i den daglige omsorgen på institusjon.

1.3 Hensikt og problemstillinger

Hensikten med denne litterære oppgaven var: *”Å belyse hvordan sansestimulering kan brukes i den daglige omsorgen for personer med demens, for å redusere forekomsten av utfordrende atferd i sykehjem”*. For å utdype hensikten måtte jeg finne svar på disse problemstillingene:

- ? Hvilken effekt har sansestimulering på pasienter med demens og utfordrende atferd?
- ? Hvilken betydning har den relasjonelle delen i samhandlingen mellom pleier og pasient?

Redsle

Far min sat i toppen av ein apal,
Ein gong då skreda gjekk.
Det heile var over på nokre minutt.
For henne tek det aldri slutt.



2 Teoribakgrunn

2.1 Personer med demens.

Aldringsprosessen medfører generelt til økt sårbarhet i forhold til somatiske og psykososiale påkjenninger (Engedal 2008). Sykdomsrisikoen øker med den biologiske aldringen, og kroniske sykdommer dukker opp, ofte flere samtidig. Demens er en av disse som opptrer hyppigst blant personer over 65 år i Norge. Fra 90 år og oppover har 40,7 % demenssykdom (Rokstad og Smebye 2008). Den norske legen og spesialisten i alderspsykiatri Knut Engedal definerer demens som et hjerneorganisk syndrom, og er en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende evner i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal 2008). Både hukommelsesevnen og tankeevnen er nedsatt i en slik grad at det innebærer en betydelig svikt sammenlignet med tidligere funksjonsevne. Demens forverres over tid, er kronisk, og tilstanden må ha en varighet av minst seks måneder (Engedal og Haugen 2006).

Demens kommer av det latinske *de* (uten) og *mens* (sjel) (Rokstad og Smebye 2008). Direkte oversatt fra latin til uten sjel eller uten forstand. Demensomsorgen har forandret seg gjennom tidene. I tidligere tider ble de ”demente” tatt vare på av slekta og i fattighus og etter hvert gamlehjem. En biomedisinsk forståelse av sykdommen kom sterkt fram med fokus på symptomer, særlig de kognitive. Etter hvert som demensmedikamenter ble tatt i bruk økte interessen for demenssykdom. Atferd ble forklart ut fra sykdommen, og realitetsorientering og medisinerer skulle korrigere pasientenes forvirring pga. kognitiv svikt (Rokstad og Smebye 2008). Det gjelder fremdeles, men etter hvert er et nytt perspektiv begynt å ta form. Sosiologen og forskeren innen demens Tom Kitwood (2006) har satt fokus på at personligheten må få tre fram. Han går bort fra betegnelsen ”dement” til ”personen med demens” som også har friske sider og ressurser (Kitwood 2006). Med det er personsentrert omsorg blitt et nytt begrep.

Likevel kan det skje at selvfølelsen trues (Jakobsen 2007). Pasienter med demens kan bl.a. oppleve tap av språkfunksjon og abstrakt tenkning, identitetsforvirring, mangelfullt tidsbegrep og stedssans. Persepsjon og sanseinntrykk sorteres dårligere, og vrangforestillinger og hallusinasjoner kan utvikle seg. De kan oppleve emosjonelle forandringer, at fantasien visner, og at relasjoner forandres. De blir avhengig av andre og helhet og sammenheng reduseres. Samfunnets syn på personen med demens forandres, som også er et tap. Det er individuelt hvordan personen mestrer dette ut fra bakgrunn og ressurser til personen, pårørendes ressurser og støtte og hjelp fra helseapparatet (Jakobsen 2007). Personer med demens er sårbare for situasjoner som oppleves som overveldende, ukjente og uoversiktlige (Jakobsen 2007). Når de befinner seg i overveldende situasjoner som de ikke forstår, kan det oppstå sterke reaksjoner i form av depresjon, angst og sinne (Engedal og Haugen 2006).

2.2 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd (challenging behaviour) også kalt APSD defineres som atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Den er så vanlige ved demens at den er en del av demenssyndromet konkludert i 1996 på en konsensuskonferanse ved (IPA) International Psychogeriatric Association (Engedal og Haugen 2006). IPA foreslo å inndele APSD i atferdssymptomer og psykologiske symptomer. Atferdssymptomer er: Fysisk aggresjon,

roping, uro, agitasjon, vandring, upassende opptreden, manglende seksuell hemning og hamstring. Psykologiske symptomer er: Angst, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Krüger et. al 2008). Engedal (2006) definerer utfordrende atferd som:

”Et uønsket handlingsmønster som ikke kan forklares ut fra demenssykdommens forløp, men som er et resultat av den dementes forståelse eller manglende forståelse av sine omgivelser og samhandling med omgivelsene som springer ut fra den forståelse/manglende forståelse som finnes” (Engedal 2006, 235).

Dette endrer fokus fra aggressiv atferd som et problem med pasienten over til at nesten all aggressiv atferd hos pasienter med demens skjer i samhandling med omgivelsene, det være seg pårørende, medpasienter, pleiepersonell eller det fysiske miljøet (Engedal 2006).

De første beskrivelsene av demenslignende tilstander finner vi tilbake til Hippokrates tid. Psykologiske symptomer og atferdssymptomer fikk liten oppmerksomhet (Krüger et.al 2008). I middelalderen fantes ikke noe skille mellom galskap og demens. Eldre mennesker ble satt bort på institusjoner av forskjellig karakter, og det hevdes at enkelte ble utsatt for hekseprosesser. På attenhundretallet ble det poengtert at senil demens var ledsaget av emosjonelle symptomer (Krüger et. al 2008). Lite skjedde før den amerikanske psykologen Jiska Cohen-Mansfield i 1986 presenterte et arbeid som gjaldt sykehjemspasienter generelt, der hun operasjonliserer begrepet agitasjon (Krüger et.al 2008). Hun deler agitasjon i tre faktorer: fysisk aggressiv atferd, verbal aggressiv atferd og ikke aggressiv atferd (bl.a. rastløshet og repeterende handlinger). Hun understreker at agitasjon oppstår i et dynamisk samspill mellom pasientene og omgivelsene (Kruger et al. 2008).

Engedal (2008) har laget en modell som viser mange faktorer som sammen kan innvirke på aggressiv atferd ved demens. ”*Demenstype, grad av demens, samhandling mellom pasient og miljø, fysisk miljø, manglende innsikt i egen situasjon, angst, personlighet, og delirium*” (Engedal 2008, 228). Demensprosessen går i faser og Wogn-Henriksen(1997) viser til Sneck, Reisberg og Feris som deler den i tre faser: ”*Glemsomhetsfasen, forvirringsfasen og til sist demensfasen*”(Wogn-Henriksen 1997, 24). Med fasene kommer økende innslag av sviktende innsikt. I glemsomhetsfasen er personen stadig mer bekymret for egne hukommelsesfunksjoner, i forvirringsfasen trer svikten i kognitiv fungering klart fram, og uro og engstelse erstattes med manglende bevissthet om sykdommen. I demensfasen blir personen

svært desorientert og kan vise stor angst til tross for mangel på innsikt (Wogn-Henriksen 1997).

2.3 Den relasjonelle kroppen

Opp gjennom tidene har forestillingene om kroppen vekslet. De gamle grekerne og de første jødisk kristne hadde et harmonisk syn på kroppen der kropp og sjel ble sett på som en helhet (Raaheim 1997). Filosofen Rene Descartes var sentral i etableringen av den dualistiske tenkningen om splittelse mellom kropp og sjel først på 1600-tallet. Og denne tenkemåten henger i fremdeles; med bl.a. den medisinske utviklingen, kristendommen som så på kroppen som uren 400 år etter Kristus og dagens kroppsdyrkelse med fokus på den perfekte ungdommelige kroppen (Råheim 1997). Råheim sier at *”Den relasjonelle kroppen trenges unna i all sin følsomhet og sårbarhet, medlevelse og deltakelse. Den er ansett som rusk i maskineriet”* (Raaheim 1997, 108).

Filosofen Merlau-Ponty har utviklet begrepet ”den levde kroppen” (Raaheim 1997). Han har som utgangspunkt at vår forståelse av verden (og oss selv) er basert på kroppen vår sin forståelse av omgivelsene og sin situasjon. *”I følge Merlau-Ponty er den levde kroppen vår tilgang til verden, og enhver forandring medfører forandring av livsverden”* (Kvigne 2006, s 169). Martinsen sier dette gir selve begrepet kropp en utvidet og annen betydning enn kroppen som et fysisk objekt, til også en relasjonell kropp (Raaheim 1997). *”Kropp er sjel og sjel er kropp, de hører til i samme virkelighet”* (Råheim 1997, 96).

Kropps bildet og identitetsfølelse utvikles i barne- og ungdomsåra gjennom dynamiske reaksjoner fra omgivelsene (Bjørk, Helseth og Nortvedt 2002). Menneskets behov for berøring, varer hele livet. I alderdommen kan syn og hørsel svekkes, og nedsatt mobilitet kan redusere den naturlige tilgangen på stimuli fra omgivelsene (Karoliussen 1997). Venner og familie faller etter hvert fra, som kan gi naturlige stimuli ved klem og ta omkring, gi respekt og omsorg. Med aldringen forandres kroppen naturlig og utsettes ofte for kroniske og akutte sykdommer. Når kroppen forandrer seg, forandres også personen sitt kropps bilde, men vårt idealselv og forventninger behøver ikke å stemme overens med det ytre fysiske selv (Bjørk, Helseth og Nortvedt 2002 og Kristoffersen 1996).

Berøring er den mest basale og universelle form for kommunikasjon, og blir brukt av både dyr og menneske (Gammeltoft 2009). Graden av nærhet i forhold til andre bestemmer hvor naturlig det er med berøring (Karoliussen 1997). Berøring foregår oftest i det vi kaller sosiale soner som er hender, armer, skuldre og rygg. Andre berøringssoner er sårbarhetssonen som er ansikt, nakke, og forsiden av kroppen, og intimsone som er genitalia (Karoliussen 1997). Noen har behov for å markere egne grenser eller territorium, og har faste permanente områder som de definerer som sine, for eksempel rommet sitt eller en fast stol. I tillegg finnes usynlige grenser, som markerer det området en vil ha for seg selv. Det kalles personlig livsrom (Karoliussen 1997).

I det direkte møtet mellom pasient og sykepleier oppleves det andre mennesket gjennom sansene (Karoliussen 1997). Alle former for kroppslig kommunikasjon kan forandre, underbygge, forsterke, motsi og klassifisere meningen i det vi formidler verbalt (Karoliussen 1997). Personer med demens kan tenke i større grad enn de talespråklig kan gi uttrykk for. På cellenivå i hjernen kan språket deles inn i en dybdestruktur som er oppbygd av ikke-språklige intensjoner, og en overflatestruktur som finner uttrykket. Mens demensprosessen i hovedsak svekkes i overflatestrukturen, kan dybdestrukturen antas å bevares lengre. Bruk av berøring er viktig ved kommunikasjon og til å få kontakt. Å berolige, formidle akseptering, og gi økt stimulering, kan kompensere noe for svikt i andre sanser (Rokstad og Smebye 2008).

2.4 Sansestimulering

Sanser og tolkning av sanser endrer seg med årene, og da særlig syn, hørsel og balanse (Laake 1999). Sansene i seg selv svekkes ikke ved demens, men evnen til å tolke og integrere sanseintrykk svekkes (Jakobsen 2007). Sansestimulering er et spesifikt tiltak ved demens, der hensikten er å forebygge sansedeprivasjon (Rokstad og Smebye 2008). Sansedeprivasjon kan skje når en person fratras sanseintrykk i kortere eller lengre tid (Gammeltoft 2009). Sansedeprivasjon kan gi følelsesmessige endringer som økt irritabilitet, aggresjon og utagerende atferd, og det motsatte som er apati (Gammeltoft 2009).

Den amerikanske ergoterapeuten og psykologen Jane Ayres har utviklet en teori som heter sanseintegrasjon (Gammeltoft 2009). Den er beregnet til barn med utviklingsforstyrrelser, og påvirker hjernen til å kunne motta og bearbeide stimuli (Gammeltoft 2009). Den danske ergoterapeuten Birgitte Gammeltoft, som er spesialist i senhjerneskode, har utviklet sanseintegrasjon videre til bruk for voksne og personer med demens. Hun kaller den da sansestimulering (Gammeltoft 2009). Sansestimulering av personer med demens tar utgangspunkt i våre sanser. Under beskrives de mest grunnleggende sansene (de somatosensoriske) som vi ikke er så bevisst i følge Gammeltoft (2009). Sanser som vi er mer bevisst er syn (visuelle system), hørsel (auditive system), luktesans (olfactoriske system) og smakssansen (gustatoriske system) men de er ikke beskrevet her (Gammeltoft 2009, 37).

Den taktile sansen (berøringssansen) har reseptorer i huden som reagerer på berøring både passivt og aktivt. Huden oppfatter alle typer berøring som lett berøring, dype trykk og press, vibrasjon, kløe, varme og kulde, fuktighet og bløthet (Gammeltoft 2009). Ved hudkontakt utløses velværehormonet oxytocin, et hormon som gir velbehag og har en helbredende virkning på kroppen (Gammeltoft 2009). Taktilsansen er delt inn i to systemer, det ”diskriminerende og det alarmerende” (Gammeltoft 2009). Ubalanse i de to systemene kan gjøre at pasienten har vansker med å tolerere visse former for berøring (Gammeltoft 2009). Taktile stimuli kan påvirke våkenhet (arousal), følelsene og funksjonene til flere indre organer (Gammeltoft 2009). Det er spesielt lett berøring og ukjent berøring som vekker arousal, mens velkjente og ensartede stimuli skaper ro og senker arousal (Gammeltoft 2009). Når taktilsansen ikke er optimal, kan noen bl.a. søke stimuli ved å stimulere leppene med hendene eller putte ting i munnen. Noen kan vri hendene i håret eller sitter på hender og føtter m.m. (Gammeltoft 2009). Sansestimulering brukes målrettet for å fremme aktivitet og vekke pasientens oppmerksomhet, eller for å hemme aktivitet og virke beroligende (Gammeltoft 2009).

Den proprioceptive sansen (muskel og leddsans) er viktig for å oppfatte musklens og leddenes spenningstilstand, stilling og bevegelse. Den stimuleres ved aktiv bevegelse av kroppen selv, eller ved å føle motsand i knoklene (Gammeltoft 2009). Proprioceptive stimuli kan sende hemmende impulser til det autonome nervesystemet, slik at stresshormon blir hemmet, og kroppen kan restituere seg (Gammeltoft 2009). Personer med nedsatt proprioceptiv sans har ofte klossete motorikk. Vi kan observere at pasienten har spenning i

musklene, vandrer urolig, skjærer tenner, klapper med hendene, trommer med fingrene eller vipper urolig med foten. Tiltak som kan prøves er dype trykk og vibrasjoner, gjennom kuledyne, massasje og tepper (Gammeltoft 2009).

Vestibulærsansen (balansesansen) ligger i det indre øret, og har reseptorer i balanseorganene (Gammeltoft 2009). Balansen er viktig for evnen til å holde seg oppreist og for å gi informasjon om hodets stilling og bevegelse til enhver tid. Den registrerer også balanse, fart og motvirker tyngdekraft (Gammeltoft 2009). Ved overreagerende vestibulært system kan hjernen ikke modulere stimuli og reaksjonen er for voldsom (Gammeltoft 2009). Dette kan forårsake engstelse, og ansenthet ved hurtig bevegelse og stillingsforandringer (Gammeltoft 2009). Hjernen lærer større toleranse ved å være i generell aktivitet. Roende bevegelser er ensartet bevegelse i kroppens lengderetning, for eksempel gyngestol eller ligge på tvers i hengekøye (Gammeltoft 2009). Stimulerende aktiviteter er hurtig forandringer i retning og hastighet, sidebevegelser med urytmisk karakter, og spesielt stimulering med omdreininger (Gammeltoft 2009).

Demenssykdom kan medføre store problemer med å være våken og tilgjengelig for sansestimulering, og mulighetene for å skille positive stimuli fra forstyrrende stimuli er svekket (Rokstad og Smebye 2008). Arousal, som betyr våkenhet i hjernen, styres fra det retikulære system som ligger i hjernestammen. Den er avgjørende for sanseintegrasjon og en forutsetning for at hjernebarken kan bearbeide stimuli relevant. Arousal eller impulsaktivitet økes ved sansning av for eksempel lys, lyd, bevegelse, berøring og duft. Kognitiv trening foregår på et høyt nivå i hjernen, og hvis ikke hjernen er gjort parat eller vekket, vil stimuli ikke kunne mottas og bearbeides relevant. Et lavt arousal medfører sløvheter og apati (Gammeltoft 2009).

Den norske legen og musikkterapeut Audun Myskja (2006) beskriver musikk som medisin. Musikalske stimuli kan påvirke vårt bevissthetsnivå, og EEG viser målbare kliniske reaksjoner på tonalt spektrum, intervaller og rytmer (Myskja 2006). Rolig musikk med pulsrytme er beroligende, mens livlig musikk, med skiftende rytmer er vekkende. Likeså taktfast musikk som ved marsjer (Gammeltoft 2009). Sanseapparatet vårt har en begrenset mulighet til å romme flere typer opplevelse samtidig (Myskja 2006). Vi kan ha et grunnleggende stemningsklima der for eksempel angst, depresjon og smerter blokkerer

mestringssystemet vårt (Myskja 2006). Hvis vi lytter til musikk som kan fremkalle en eufori (oppstemthet), kan dette gi en respons i midthjernen slik at den kan utkonkurrere den ubehagelige grunnstemningen (Myskja2006). Musikk som språk er mindre sårbart cerebralt sett enn talespråket. Noen av nettverkene i hjernen er utelukkende viet til behandling av musikk, mens andre nettverk er delt med språkforståelse, kompliserte bevegelser og ferdigheter (Myskja 2006). Musikk kan øke kommunikasjon og informasjonsflyt mellom forskjellige deler av hjernen, og riktig bruk av musikk kan hjelpe en å bli dyktigere i språk, matematikk og for eksempel sport (Myskja 2006). Med økende alder blir vi stadig mer avhengig av tidligere overlærte, ferdigheter. Slike ferdigheter kan gå i dvale når de ikke blir brukt, men forsvinner ikke. Musikk kan påvirke hjernen til å åpne slike soner (Myskja 2006). Sansestimulering skal skape gode opplevinger og være behagelig, men det er individuelt hvordan personer oppfatter stimuli, avhengig av personens tidligere erfaringer og evne til å bearbeide stimuli. Derfor må stimuli tilpasses den enkelte. Vi kan tilby forskjellige sansestimulerende aktiviteter, og samtidig avlese kroppsspråket hvordan det blir mottatt (Gammeltoft 2009).

Ei anna verd

Brått kunne ho verte borte for meg,
Forsvann i si eiga verd.
Kva møtte henne i denne verda?

I byrjinga kom ho attende til meg.
No sit ho fast i denne verda,
Ho finn ikkje vegen attende.



3 Metodebeskrivelse

3.1 Litteratursøk

Denne oppgaven er en litteraturstudie, der datagrunnlaget er vitenskaplige forskningsartikler funnet ved søk i databasene som var tilgjengelige ved Høyskolen i Molde. Det var naturlig å velge databaser som hadde helsefag som tema, og jeg gjorde søk i Ovid, Proquest og SweMed. Jeg brukte avansert søk, og det var stor forskjell på hvor mange treff jeg fikk i de ulike basene. Ovid er en internasjonal database, hvor jeg fikk flest treff i og som jeg fikk søkt spesifikt på i forhold til problemstillingene. I Swemed som er nordisk og Proquest som er internasjonal fant jeg mange interessante artikler, men få spesifikt på tema. Ovid hadde en samling av flere databaser som ga mulighet til å søke i flere samtidig. Viser til vedlegg 1 med oversikt over databasene i Ovid.

Når jeg startet søket brukte jeg nøkkelord i hensikt og problemstillinger som utgangspunkt. Jeg fant egnede søkeord på engelsk ved å bruke SweMed som kom opp med flere forslag på

slektbare ord. I SweMed var det også ”Meshtermer” som kunne brukes. Jeg fikk best resultat når jeg brukte stammen av ordet og trunkeringstegn. Demens eller Alzheimer er nøkkelord som var med i alle søk. Dette ble kombinert med utfordrende atferd (APSD, BPSD eller BRSD og behaviour). Jeg prøvde også å søke på sansestimulering alene eller i kombinasjon med utfordrende atferd. Jeg fikk ideer til ord for sansestimulering i artiklene jeg fant, som for eksempel taktil stimulering, Snoezelen (sanserom), musikk og terapi og massasje. Viser til vedlegg nr 2 med tabell over søkeord og treff. Jeg avgrenset søket videre til litteratur fra 2004 og senere. Dette for å få med den nyeste forskningen. Når jeg søkte i Ovid ekskluderte jeg artikler som ikke hadde ”abstract” eller sammendrag. Dette for å lette arbeidet, og mange av artiklene uten abstract var ikke vitenskaplig forskning. Til slutt fjerner jeg duplikatene, før endelig treffresultat.

Når jeg gikk igjennom søkelisten som var på 622 treff til sammen, så jeg først på titlene og vurderer om det var innenfor temaområdet. Jeg ekskluderte reviewartikler og artikler som ikke var på engelsk, svensk dansk eller norsk. Jeg leste 146 abstract og fikk en oversikt over artiklene om de var innenfor temaområdet, om de hadde en metodedel. Etter dette hadde jeg 47 artikler å skimlese, men 12 av disse var duplikater. Artikler der fokuset var medikamentell behandling ble ekskludert, likeså dersom arenaen var i pasientens egen bolig. Jeg ønsket å ha fokuset på institusjon og ikke-medikamentell behandling. Jeg ekskluderte artikler der hovedfokus var ansattes eller pårørendes belastning, noe som er aktuelt og viktig, men ligger utenfor oppgaven. Artikler der temaet var pasienter med utfordrende atferd, ble inkludert og lå innenfor temaområdet jeg skulle skrive om. Likeså artikler der intervensjonen var sansestimulering. Jeg fant noen artikler som kombinerte flere metoder som for eksempel sansestimulering og reminisens. For at oppgaven ikke skulle bli for stor måtte jeg ekskludere disse selv om de var interessante og nyttig. Å bruke sansestimulering uten å kommunisere er umulig. Jeg fikk ikke tid til å søke spesifikt på kommunikasjon, men hadde håp om å finne dette beskrevet i forskningsartiklene. Jeg endte med 16 artikler som jeg hadde lyst til å ha med i oppgaven. Etter kvalitetsvurdering ble to artikler ekskludert pga for dårlig kvalitet. Jeg hadde fått et tips fra læreren om at Eva Götell hadde forsket på musikkterapi i forhold til pasienter med demens. Jeg søkte opp forfatternavn manuelt i Bibbys ask og fikk et treff på en oppgave som besto av fem artikler som var meget aktuelle, og jeg brukte fire av disse. De var fra 2000 studie I, 2002 studie II, 2003 studie III (under trykking) og studie IV var et manuskript, alle beskrevet i et dokument. Pga kort tid fikk jeg ikke søkt opp disse artiklene

hver for seg. Disse ble inkludert selv om de var litt eldre fordi de belyste musikk og sang brukt i kommunikasjon med pasienter med demens, og musikkterapiens egenskap i å fremme gode interaksjoner. Viser til vedlegg nr 3 som viser 18 artikler med oversikt over forfattere, tidsskrift, utgivelsesår og sted, tittel, hensikt, metode, deltagelse, hovedfunn og min kvalitetsvurdering.

3.2 Kvalitetsvurdering av artikler

Noe som var nytt for meg var å kvalitetsvurdere artikler, viser til vedlegg nr. 3. Jeg tok utgangspunkt i to skjema fra boka "Evidensbasert omvårdnad" (Willman et al. 2006), som skolen anbefalte å bruke. Jeg bearbeidet skjemaene litt for å få mer oversikt over de 20 artiklene jeg hadde fått. Å kvalitetsvurdere artiklene var en utfordring, og jeg understreker at dette var min vurdering. Jeg måtte få en oversikt om det var kvantitative eller kvalitative design på artiklene jeg hadde funnet, slik at de ble vurdert under riktig skjema. Ulikt design krever ulike spørsmål. En artikkel hadde både kvantitativ og kvalitativt design, men den skåret best på kvalitativt design og ble vurdert sammen med de kvalitative artiklene jeg hadde. Jeg graderte artiklene i god, middels eller dårlig etter funn på disse skjema i tillegg til størrelsen på datamaterialet og tidsrom for eksperimenter og observasjoner. To artikler ble som sagt vurdert til å være av for dårlig kvalitet og ble ikke tatt med i videre vurdering og jeg hadde 18 artikler jeg kunne ta med inn i analysen og det videre arbeidet.

3.3 Analysen

Jeg satt med en bunke artikler som jeg skulle danne meg et inntrykk av og spørre meg selv om de ga svar på problemstilling og hensikt med oppgaven min. Jeg startet med å lese artiklene for å få en oversikt og delte de inn etter tema. Jeg fant fem tema eller metoder; seks artikler som gikk på multistrategier og/eller Snoezelen. Sju artikler omhandlet musikkterapi. Tre artikler var mer spesifikk på fysisk sansestimulering (massasje, taktil stimulering og terapeutisk berøring). En artikkel kombinerer musikk og berøring og en artikkel var

spesifikk på sansestimulering kombinert med samspill. Dette var førsteinntrykket, en delforståelse. Jeg leste gjennom artiklene flere ganger og til slutt mer grundig, og skrev ned alle funn som jeg tenkte kunne være nyttig i forhold til hensikt med oppgaven. Det ble som en pendelbevegelse som hermeneutikken beskriver mellom meg som leser og teksten (Thomassen 2006). Slik fikk jeg en helhet og bedre forståelse i forhold til hensikt med oppgaven. Jeg satt igjen med en god del funn i forskningsmaterialet. Jeg leste gjennom materialet på nytt, men nå på tvers av artiklene for å finne likheter og ulikheter og til slutt delte jeg inn funnene som presenteres i kapittel 3.4.

3.4 Funn

3.4.1 Sansestimuleringens iboende kraft.

Det viste seg i datamaterialet jeg hadde funnet at mange pasienter har en signifikant effekt av sansestimulering på agitert atferd (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie II, III, IV , Hicks-Moore og Robinson 2008, Holliday-Welsh, Gessert og Renier 2009, Raglio et al. 2008, Staal et al. 2007, Ziv et al. 2007, Weert et al. 2005 og Weert et al. 2004). Tolv artikler viser signifikant effekt på sansestimulering, som ble brukt i forbindelse med morgenstell, ved måltid og andre sammenhenger på dagtid. Et eksempel er Furesund et al. (2007) som kaller det øyeblikkets virkning; En kvinne som vanligvis protesterer utagerende mot dusjing, fikk børsting før hun ble introdusert tilbud om dusj. Hun ble villig med i dusjen etter endt behandling samtidig som pleieren har fokus på pasient, kropp og velvære. Et annet eksempel er en studie av Holliday-Welsh, Gessert og Renier (2009) der pasienter som hadde spesielle utfordringer i forhold til agitert atferd på "baseline" fikk signifikant effekt av massasje. Det viste seg at om sansestimuleringen ikke behøvde å ha en umiddelbar effekt, så hadde den en effekt over tid (Furesund et al. 2007, Hawranik, Johnston og Deatrich 2008, Hicks-Moore og Robinson 2008, Roumen et al. 2008 og Raglio et al. 2008). Raglio et al. (2008) observerte at musikkterapi ga en reduksjon i APSD som varte en mnd. etter avsluttet behandling. Roumen et al. (2008) observerte at Snoezelen hadde effekt i tolv uker etter avsluttet behandling. To artikler viser ingen signifikant effekt på agitert atferd, men de viser likevel en generell reduksjon i agitert atferd (Hicks-Moore 2005) og Ward-Smith, Llanque og Curran 2009).

I tolv av atten artikler viste det seg at sansestimulering hadde positiv effekt på pasientenes sosiale fungering, og likeså fikk de en mer adekvat atferd (Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, II, III og IV, Hawranik, Johnston og Deatric 2008, Hicks-Moore 2005, Hicks-Moore og Robinson 2008, Holliday-Welsh, Gessert og Renier 2009, Weert et al. 2005, Ziv et al. 2007 og Staal et al. 2007). Hicks-Moore 2005 observerte at i ukene som musikken ble spilt var atmosfæren i dagligstuen mer avslappet og harmonisk sammenlignet med ukene uten musikk, og en hyppigere sosialisering. Hicks-Moore og Robinson (2008) fant ingen forskjell på effekt på ikke-aggressiv atferd, aggressiv atferd mellom behandlingsgruppene som var enten håndmassasje, favorittmusikk eller begge deler samtidig. Det var forventet en økning av effekt ved kombinasjon av metodene som uteble, men det var positiv effekt i alle gruppene, og effekten varte en time etter behandling.

Det var også funn på at sansestimulering ikke hadde effekt på enkeltelementer i hva som ble forsket på (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Hicks-Moore 2005, Holliday-Welsh, Gessert og Renier 2009, Skovdal, Sørli og Kihlgren 2007 og Weert et al. 2005). Holliday-Welsh, Gessert og Renier (2009) observerte ingen effekt av sansestimuleringen på sosialt utfordrende atferd. Dette reflekterer muligens den lille andelen av pasienter med utfordrende sosial atferd ved "baseline". Hawranik, Johnston og Deatric (2008) fant ingen signifikant forskjell mellom gruppen som fikk terapeutisk berøring og simulert terapeutisk berøring. Skovdal, Sørli og Kihlgren (2007) observerte en pasient som fant sansestimuleringen forstyrrende. Ziv et al. (2007) fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene om musikken ble spilt først eller sist i observasjonsperioden. Weert et al. (2005) fant at rastløshet og verbal aggresjon minket marginalt. Cox, Burns og Savage 2004 fant i den kvantitative studien ingen signifikant forskjell mellom tiltakene og observasjonstidspunkt på hvert tiltak, mens sinne ikke var observert på noe tidspunkt. Pga. lavt nivå av negative affekter er det ikke mulig å dra noen slutning på verdien av de kvantitative observasjonene av Snoezelenrommet, sansehagen eller dagligstuen. Effekten kommer fram i observasjonene fra pleierne og pårørende i den kvalitative delen. Hicks-Moore og Robinson (2008) kommenterer at sosial interaksjon kan ha påvirket resultatet av studiet, og det gjelder nok i de fleste undersøkelsene.

3.4.2 Kroppsuttrykk er sjelens speil.

Mange av artiklene kan beskrive at sansestimuleringen kan fremkalle positive følelser hos pasientene og hos deres pleiere. Det var ulike typer av "well-being", som oversatt til norsk blir en følelse av velbehag, trivsel og positive følelser. Dette blir uttrykt på ulikt vis, gjennom kroppsholdning, kroppsbevegelse og ansiktsuttrykk (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, III og IV, Hicks-Moore 2005, Ziv et al. 2007, Weert et al. 2004, og Weert et al. 2005). Pleiere, pårørende og pasientenes eget utsagn understreker også dette. Ved bruk av musikk spesifikt (Götell 2003 studie III, Hicks-Moore 2005 og Ziv et al 2007) fikk pasientene en forandret kroppsbevegelse. Pasientene fikk en mer opprettet kropp, avslappede skuldre og beveget seg på en rolig mjuk og harmonisk måte (Götell 2003 studie III). Pasientene svaiet seg i takt med musikken og klappet forsiktig takten på musikken med hendene (Hicks-Moore 2005). Det var signifikant virkning på ansiktsuttrykk i mange studier (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. (2007), Götell 2003 studie III, Hicks-Moore 2005, Weert et al 2004, Weert et al. 2005 og Ziv et al 2007). Det ble observert tilfredshet i pasientenes ansikt, øynene åpnet seg, smiler, ble mer responderende og tar imot de varierte inntrykkene i Snoezelenrommet (Cox, Burns og Savage 2004).

Pasientenes "well-being" kom fram i artiklene gjennom pasientenes utsagn, og observeres av pleiere, pårørende og observatører (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, III og IV, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007, Weert et al. 2005 og Ziv et al. 2007). Cox, Burns og Savage 2004 sin studie viser mange funn på "well-being".

Snoezelenrommet og sansehagen øker avslapning, glede, behag og trivsel signifikant hos pasientene. Pasientene forlater Snoezelenrommet lettet og glad, og følelsen av glede varer ved (Cox, Burns og Savage 2004). Glede og behag ble også registrert i stuen uten sansestimulering ved en-til-en kontakt. Men det var observert mer tristhet på dagligstuen enn i sanserom og sansehage. Götell 2003 studie I viser at pasientene uttrykker følelser ved å si at det er moro, lo ofte og uttrykte godt humør under musikkstunden. Humøret varte i flere timer og noen ganger resten av dagen. Pasientene trenger forsiktig introduksjon til Snoezelenrom (Cox, Burns og Savage 2004). Det samme viser Skovdal, Sörlie og Kihlgren (2007) ved bruk av terapeutisk berøring, som må introduseres to ganger til fem pasienter før de slapper av. Tilnærmingen er viktig ved bruk av sansestimulering (Furesund et al. 2007, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Furesund et al. 2007 beskriver hvordan noen pleiere setter seg i stemning

før behandlingen, og må tenke gjennom hvordan de skal komme i kontakt med pasientene. Noen kjenner gjennom hendene for å formidle ro og bli mottakelig selv, å kjenne seg samstemt uttrykker noen pleiere (Furesund et al. 2007). De registrerte også at nesten alle pasientene sovnet under behandling, og noen sov opptil 150 min etter behandling (Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Sansestimuleringen påvirker både pasientene og pleierne positivt følelsesmessig (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, II, III og IV og Ziv et al. 2007). Mindre stress ble registrert og en behagsfølelse for pleierne. På Snoezelenrommet føler pleierne seg avskjermet fra de andre, fred og meditasjon (Cox, Burns og Savage 2004).

3.4.3 Klarhet i det tilsørte.

Det viser seg i datamaterialet at pasientene fikk øket bevissthet og ble mer oppmerksomme for sine omgivelser under og etter sansestimuleringen (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie III og IV, Staal 2007 og Weert et al. 2004). Pasientene tolket omgivelsene på en mer adekvat måte, ble mer fokusert og samlet (Furesund et al. 2007). Noen som vanligvis sov i stolene sine på stuen var våkne i sanserommet, og sansehagen så ut til å fasinere og engasjere dem (Cox, Burns og Savage 2004). Pasientene virket sensorisk mer våkne, ble oppmerksomme på pleieren som sang og snudde seg mot pleieren (Götell 2003, studie III). En pasient viste glede ved å være i aktivitet med å plukke blomster, og fortsatte å lukte på blomsten resten av dagen. En ønsket å vanne med hageslangen og satte pris på å kjenne frisk luft, sollyset og fargene i hagen (Cox, Burns og Savage 2004). En kvinne som vanligvis var stille ble fasinert og startet å snakke i sanserommet (Cox, Burns og Savage 2004). Götell (2003, studie I) observerte at pasientene så ut til å være ekstra oppvakte og full av vitalitet og humør. Men etter femten minutter hadde de fleste glemt at de hadde deltatt. Ved kjente sanger sang de fleste med, og noen ga uttrykk for at sangene vekket gamle minner (Götell 2003, studie I). Raglio et al. (2008) fant at sansestimulering ikke hadde noen effekt på MMSE. Likevel viste det seg hos noen at de fikk en bedre kroppsbeherskelse og bedring i ADL (Götell 2003 studie III, Staal et al. 2007). MSBT i kombinasjon med medisinsk behandling hadde en forbedring i ADL i forhold til medisinsk behandling alene (Staal et al. 2007). Pleiere forteller at pasientene virket revitalisert, og de snakket med mer tone i stemmen (Götell 2003 studie IV).

3.4.4 Interaksjon en nødvendighet og relasjonen en bærebjelke

I datamaterialet kommer det fram at sansestimulering kan bedre kommunikasjon mellom pasient og pleier (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 I, III og IV, Hicks-Moore 2005, Holliday-Welsh 2009, Raglio 2008, Skovdal, Sørli og Kihlgren 2007, Weert 2004, Weert 2005 og Ziv 2007). Eksempler på det er Weert (2004) som introduserte snoezelenfilosofien under morgenstell. Det ble en signifikant økning av øyekontakt mellom pasient og pleier, økning i totalt antall smil både fra pleier og pasient. Weert 2005 viste at sansestimulering har signifikant virkning på interaksjon mellom pasient og pleier ved økning i at pasienten responderer på tiltak og får en normal lengde på setningene.

Götell, Brown og Ekman studie II fant at pasientene uttrykte en økning i forståelse av hva som ble verbalt kommunisert. Pasientene fikk en forbedret mulighet til å uttrykke deres vilje og mening. Sansestimulering virket også på kommunikasjon mellom pasientene. Pasientene så mer direkte på hverandre og fortsatte å småprate (Hicks-Moore 2005). Sansehagen forbedret eller lettet kommunikasjonsmulighetene mellom pasienter og pårørende (Cox, Burns og Savage 2004), og sang bedret øyekontakt mellom pasient og pleier, hørselen virket skjerpet og pasienten ble mer våken (Götell 2003 studie III). Pleierne konstaterer at generelt kan de interagere med pasientene på en mer positiv måte etter at de hadde startet med taktil stimulering (Skovdal, Sørli og Kihlgren 2007).

Samtidig viser datamateriale at tilnæringsmåte og kommunikasjon påvirker resultatet av sansestimuleringen (Furesund et al. 2007, Skovdal, Sørli og Kihlgren 2007, Götell 2003 studie II og IV og Weert et al, 2005). Furesund et al (2007) fant mye i sin undersøkelse om pleiernes tilnæringsmåte ved bruk av sansestimulering. Sansestimuleringen må være underbygget metodisk for å gi positivt resultat. Her nevnes ”grounding”, der pasienten skal sitte stødig og komfortabelt, kanskje støttet opp med puter og teppe (Furesund et al. 2007). Noen artikler nevner også viktigheten av å ha ro og fred å få være en-til-en (Cox, Burns og Savage 2004). Andre eksempler viser at sansestimulering ikke ga synlig effekt. I en situasjon var pleieren uforberedt og ukjent med pasienten, og i en annen situasjon syntes det å være manglende tilstedeværelse hos pleieren (Furesund et al. 2007). Det konkrete håndlaget var ofte ikke bevisstgjort hos pleierne. Noen pleiere starter med ansiktsmassasje, som kanskje ikke

var heldig i forhold til tilnærming (Furesund et al. 2007). Det var også positive situasjoner som viste en veksling mellom kroppslig og verbal handling, som tok dialogens form. Toneleie ble tilpasset behandlingen og det skjedde en kommunikasjon gjennom bruk av pusten (Furesund et al. 2007). Mimikk ble også brukt for å etablere og holde på kontakten med pasienten, bl.a. blunke til pasienten, smile eller gi et lite klapp eller bruke lun humor (Furesund et al. 2007).

I datamaterialet er det flere funn på at pasienter og pleiere får en bedre relasjon til hverandre ved bruk av sansestimulering, og det skjedde noe mellom dem følelsesmessig (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, II og IV, Hicks-Moore 2005, Holliday-Welsh, Gessert og Renier 2009, Weert 2005). Holliday-Welsh, Gessert og Renier (2009) fant at massasje påvirker både psykologiske og fysisk interpersonlig interaksjon mellom massasjeterapist og pasient, og mellom observatør og pasient. Pleierne uttrykte at de fikk et varmere relasjonsforhold, en nærmere nærhet til pasientene ved bruk av taktil stimulering (Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Götell (2003, studie II) sier det skjedde en musikalsk tilnærming i interaksjonen mellom pasient og pleier og at det så ut som det var en tilnærmet omfattende kontekst. En ny dimensjon i relasjonelle forholdet hadde utviklet seg og varte lenge etter at musikkstunden var avsluttet (Götell 2003 studie I). Det virket som om både pasientene og pleierne delte noe likeverdig, begge uttrykte humor og lekenhet (Götell 2003 studie IV).

Det var også eksempler på at kommunikasjon ikke styrket sansestimuleringens effekt (Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie II og IV, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Det var noen få eksempler på at pleierne fokuserte ensidig på metoden, og pasienten kunne gi uttrykk for at dette var uforståelig og grusomt (Furesund et al. 2007). En pleier og en pasient kommuniserer med negativ følelser og dårlig humør (Götell 2003 studie II og IV). En av pleierne følte at det var unaturlig å gi taktil stimulering når pasienten hadde sovnet og det ikke var noen feedback fra pasienten (Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Til slutt vil jeg nevne en pårørendes uttrykk av glede ved å være i sansehagen, Når hun så parasollen med fine farger på, var det som om hun var et helt annet sted, på en strand og følte ikke å være på et sykehjem (Cox, Burns og Savage 2004).

Barnet

Eg har fått eit barn.

Ho er det nye barnet mitt.

Eg er glad i barnet

Gjev det varme

Gjev det omsut

Det ligg djupt i oss at vi skal ta vare
på borna



4 Diskusjon

4.1 Den sensitive og sansende kroppen.

I følge mine funn er det å ha kontakt med egen kropp grunnleggende. En slik kontakt kan skapes gjennom musikk og taktil stimulering (Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie III). Pasientene fikk en forandret kroppsholdning med avslappede skuldre og mer opprettet kropp. Musikkterapi virket spesifikt på kroppsbeherskelse og motorisk aktivitet. Pasientene fikk en forandret kroppsfølelse og derigjennom en bedre kroppsbeherskelse. Sansestimulering med bl.a. børsting eller massasje hadde samme effekt. Gjennom taktilsansen og den proprioceptive sansen fikk pasienten bedre kroppsfølelse som medvirker til at pasienten bl.a. ble frivillig med i dusjen. De fikk i følge Merleau-Ponty sin teori en annen tilgang til verden og dermed en forandret livsverden (Kvigne 2006 s. 169). Denne kroppsfølelsen mener jeg har betydning for pasientens kontroll med hva som skjer på badet når pleieren skal hjelpe pasienten under morgenstell. Dersom pasienten ikke har kroppskontakt har ikke pasienten den kontrollen som

er nødvendig for å kjenne seg trygg, og det skjer en blokkering i nervecellene der angst og stress får dominere, med uhensiktsmessig motorisk aktivitet, aggresjon og protester som uttrykk.

Noen reagerer annerledes med å gå inn i seg selv, blir apatiske eller deprimerte (Gammeltoft 2009). De stenger kroppen og verden ute fysisk og mentalt. Viser til malerier av Inger Anne Ree Hunderi, som er en amatørkunstner som ble rammet av Alzheimer sykdom. Hun fortsatte å male samtidig som sykdommen utviklet seg. Samtidig som bildene uttrykker hennes indre følelser tolker jeg de til også å avspeile hennes fysiske kroppsfølelse, der detaljer forsvinner og er feilplassert. Gammeltoft (2009) sier at når pasienten tegner kroppen, eller bruker kroppspuslespill kan vi umiddelbart få et bilde av hvordan pasienten opplever sin kropp. Ved skader i hjernen kan pasienten få feil persepsjon av egen kropp, avhengig av hvor i hjernen skaden sitter. Det skjer en visuell og mental endring av hvordan legemsdelene er plassert i forhold til hverandre (Gammeltoft 2009). Det er ikke bare en fysisk oppfatning som endres men også den tankemessige og følelsesmessige (Gammeltoft 2009). Kropp og sjel hører sammen som kroppsfenomenologien beskriver.

Kroppen gir også uttrykk for hvordan grunnstemningen eller følelsene er. Kroppsholdning og ansiktsuttrykk, på godt og vondt. En tilnærming til kroppen skjer flere ganger daglig i forbindelse med personlig hygiene og ved måltid dersom pasienten må ha hjelp ved guiding eller mating. Mange praktiske oppgaver er allerede innlært men kan ligge i dvale som for eksempel det å vaske seg. Dersom musikk kan åpne nervebaner i hjernen slik at pasienten klarer mer av utførelsen selv slik Götell, Brown og Ekman (studie IV) observerte, kan det gi pasienten en bedre mestringsfølelse. Det er viktig at utstyr og rom er gjenkjennbart. For eksempel å få stå eller sitte ved vasken, å se og lukte toalettsåpen og kjenne på rennende vann. I tillegg kan sansestimulering utløse velværehormoner som reduserer stressnivået. Pasienten kan komme i en "well-being" stemning som virker positivt. Samtidig kan pleieren fokusere på kroppslig velbehag når pasienten skal utføre oppgaver som kan være skremmende.

Denne behagsfølelsen og grunnstemningen kan virke så avslappende at den blir søvndyssende. I mine funn viser det at mange pasienter fikk avslappet ansiktsuttrykk og mange sovnet etter behandling, ved både taktil stimulering og beroligende musikk (Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie III, Raglio et al. 2008, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Jeg

mener kroppskontakt særlig dype trykk virker beroligende og kan vekke lagrede minner som assosieres med trygghet i forhold til nære relasjoner, for eksempel mor-barn. Oksytosin blir skilt ut ved hudkontakt, og musikk eller sang kan vekke minner som ligger i dvale fra barndommen. Dette kan være et hjelpemiddel når pasienten er urolig på natt.

I følge mine funn viser det seg at sansestimuleringen ikke bare roer ned, men kan også gi et høyere arousal eller våkenhet og bevissthet for mange pasienter (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, II, III og IV). Noen pasienter virket sensorisk mer våkne, hørselen virket skjerpet, og en var delvis fridd fra sin apati. ”*Ho finn ikkje vegen attende*” skriver Ola Hunderi, om kona si som har demens. Han opplever at det blir vanskeligere og vanskeligere å nå inn til henne, ho er i sin egen verden (Hunderi og Hunderi 2009). Når pasienten har lavt arousal er det vanskelig å nå inn og det kan være umulig å få til et samarbeide. Slike situasjoner tror jeg kan fremme utfordrende atferd når pleie eller andre aktiviteter skal gjennomføres. Ved lavt arousal kan fysisk tilnærming oppleves som en trussel for pasienten. Gammeltoft (2009) sier at nivå på arousal er avgjørende for sanseintegrasjon og at hjernebarken kan bearbeide stimuli relevant. Ved bruk av vekkende sansestimulering kan vi forberede pasienten på det som skal skje. Frisk luft, vind og sol er sansestimulering som jeg mener burde vært brukt bevisst. Jeg har også selv opplevd at pasienter har behov for å sove, å stenge verden ute, for deretter å få økt energi. Men pasienten skal ikke sove mer enn nødvendig og ulike sansestimuli bør prøves ut og tilpasses for den enkelte.

Mine funn viser også at tiltak må prøves gjentatte ganger og over tid før det får ønsket effekt (Cox, Burns og Savage 2004, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Noen ganger kommer effekten etter en stund (Furesund et al 2007). Gammeltoft (2009) beskriver det diskriminerende og beskyttende system i taktilsansen. Det kan oppstå ubalanse og pasienten klarer ikke å sortere stimuli og kan bli overreagerende. Det er også slik at hjernen må venne seg på nye typer stimuli for å bli trygge. Flere pasienter var skeptiske til bruk av det nye sanserommet med adgang til mange typer stimuli (Cox, Burns og Savage 2004). Men flere fikk effekt etter flere forsøk. Sanserommet er nytt for pasientene og kroppen kan settes i alarmberedskap. Det har vist seg at pasienter med demens fortsatt har den egenskapen at de kan lære seg nye ting når dette blir gjentatt systematisk og blir gjenkjennbart, slik er det også med for eksempel terapeutisk berøring (Hawranic, Johnston og Deatrich 2008).

Mine funn viser at pasienten kan reagere på at sosiale soner blir trådd over, noe som gjør at tilnærmingen er viktig. Det er for eksempel bedre å starte massasjen på trygge soner mer perifert med hånd eller fot i stedet for ansikt (Furesund et al. 2007). Når sykdommen utvikler seg har pasienten mindre ressurser til å oppsøke kontakt med omverdenen. De kan også med sin væremåte støte personell, medpasienter og pårørende fra seg. Sansedeprivasjon øker som kan resultere i apati, aggresjon eller repeterende handlinger som selvstimulering (Gammeltoft 2009). Dette har pleieren ansvar for å motvirke, og mine funn viser at sansestimulering kan brukes på en bekreftende måte. Pleierne kjenner gjennom hendene for å formidle ro og bli mottakelig selv (Furesund et al. 2007). I all kommunikasjon er øyekontakt viktig og gjennom måten vi tilnærmer oss pasienten på. Dette er avgjørende om han opplever seg kun som en kropp eller ting, og ikke et helt menneske med en sensitiv, sansende kropp med egne tanker og følelser. Mine funn viser at pleieren må være observant på pasientens kroppsholdning og ansiktuttrykk, ansenhet og motorikk (Götell 2003 studie III). Det kan gi et inntrykk av hvordan pasienten har det kroppslig og følelsesmessig.

4.2 Det helbredende miljøet - positivt for utfordrende atferd

I følge mine funn viser det seg at tilstedeværelsen av personell har mye å si for effekten av tiltakene. Sansestimuleringen hadde flere effekter; at generell uro og agitasjon gikk ned, ikke-aggressiv og uadekvat atferd gikk ned og atmosfæren og stemningen ble mer avslappet og harmonisk. I noen tilfeller viste det seg at en til en kontakt ga like stor effekt på uro som sansestimuleringsmetoden i seg selv (Cox, Burns og Savage 2004, Hawranik, Johnston og Deatrich 2008 og Hicks-Moore og Robinson 2008). Det virket faktisk bare å gjøre noe. ”*For henne tek det aldri slutt*”, skriver Ola Hunderi i diktet ”*Redsle*”. Han viser til følelsen Anne Ree Hunderi uttrykker gjennom bildene sine (Hunderi og Hunderi 2009). Vi må som pleiere forsøke å finne pasienten der han er, og så forsøke å hjelpe slik at det blir bedre. Søren Kirkegaard uttrykker det så fint;

”For i sandhet at kunne hjelpe en anden, maa jeg forstaae mer end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, som han forstaar. Naar jeg ikke gjør det, saa hjelper min Mer-Forstaaen ham slet ikke.” (Samuelson 2006, 53)

Pleieren må forsøke å finne personen med APSD der han er, han må klare å se personligheten, kjenne livshistorien, finne mennesket bak som er unikt og tolke atferden ut fra konteksten. APSD må forstås som et uttrykk for indre følelser, og all problematferd må ses på som forsøk på kommunikasjon, relatert til behov (Kitwood 2006). I mine funn kommer det fram episoder der personalet mislyktes i å opprette en god relasjon med pasienten under morgenstell og pasienten ble verbalt utagerende (Götell 2003 studie IV). Ut fra Kitwood (2006) sin teori kan det sies så strengt at APSD-symptomer i høyere grad skyldes manglende forståelse og omsorg enn en strukturell feilfunksjon i hjernen. Pasienter med demens har ofte problemer med å uttrykke seg verbalt, og pleieren må bruke andre metoder for å få en forståelse for hva som ligger bak atferden, for å imøtekomme pasientens behov. Mine funn viser faktisk at sansestimulering kan brukes for å bedre kommunikasjonen, gjenopprette og styrke relasjonen.

Mine funn viser at forstyrrende elementer bør fjernes før sansestimuleringen tas i bruk (Furesund et al. 2007, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007). Likeså må alltid mulige somatiske årsaker som ligger bak pasientens atferd avdekkes (Rokstad og Smebye 2008). Når en person får sykdommen demens, forandres som regel miljøet rundt personen, med stigende psykologisk forsømmelse jo lengre ut i sykdommen pasienten kommer (Kitwood 2006). Personer med demens har behov for et normalt miljø, mest mulig likt et hjem og å bli møtt med normale forventninger og reaksjoner (Engedal og Haugen 2006). I følge Kitwood har personen med demens en klynge av fem psykologiske behov; *”Trøst, tilknytning, inklusjon, beskjeftigelse og identitet”* (Kitwood, 89 - 90). De er ikke ordnet hierarkisk men alle er like viktige og overlapper hverandre og møtes i det sentrale behovet for kjærlighet. Personer med demens har et uendelig behov for kjærlighet (Kitwood 2006). Mine funn viser også at pleierne kan dekke flere av disse behovene ved bruk av sansestimulering og ved å etablere relasjonelle forhold til pasienten (Furesund et al. 2007, Cox, Burns og Savage 2004, Holliday-Welsh, Gessert og Renier 2009, Götell 2003 studie I, II, IV og Weert et al. 2005). Pleieren bekreftet pasienten på verbale uttrykk, samtidig som hun strøk over pasientens hånd og tok den i sine hender. *”Pasienten ser på hånda som blir massert og lukker så øynene med et tilfreds uttrykk”* (Furesund et al. 2007, 42). Pasienten fikk en bekreftelse på at hun var verdifull ved at pleieren ga tilbakemelding på det hun uttrykte, det ga henne en trøst, hun var med i et kroppslig og verbalt samspill, og var dermed inkludert, det oppsto et reelt møte mellom pasient og pleier, og reelle møter skaper tilknytning til den andre. Samtidig fikk pasienten dekt behovet for taktile stimuli, som er så viktig i følge Gammeltoft (2009).

Jeg har erfart at ved APSD er det snart å fraskrive seg ansvaret og legge skylden på pasienten eller "systemet". Jeg vil si det slik at APSD kan oppfattes som en etisk fordring som Løgstrup uttrykker (Eide et al. 2003). Den etiske fordringen er taus, sier han, da den ikke styres av regler eller prinsipper. "*Vi kan ta imot i omsorg, eller ødeleggelse, i ivaretagelse eller utnyttelse*" sier Løgstrup (Eide et al. 2003, 67). Vi som er pleiere har et stort ansvar og stor makt i forhold til pasientenes liv, og særlig personer med demens, som ikke har samme mulighet til å uttrykke seg og ta ansvar for seg selv. Levinaas har også satt ord på møtet med den andre, og han kaller det den annerledes andre. "*Den andre rammer meg som et an-svar et krav om å svare, om å gi respons*" (Eide et al. 2003). I følge Levinaas sin teori kan vi møte den andre slik hun er, som noe annerledes, og dermed noe uforståelig, kan bare gjøres med "*tillit, respekt, åpenhet og ansvar*" (Eide et al. 2003, 53). Denne ansvarsfølelsen har vi for alle vi møter, men for at jeg skal overleve som et jeg, uten å måtte underkaste meg i et umulig ansvar for den andre, bygger jeg opp ulike forsvarsmekanismer både individuelt og kollektivt (Eide et al. 2003). I mine funn er noen eksempler på at forsvarsmekanismene er kommet for langt.

"During the whole session, when singing as well as talking, the caregiver sounded irritated, firm and tense. The patient responded immediately, appearing vitalized and expressing emotions and moods of anger and despair.." (Götell 2003 studie IV, 39).

Når vi ikke lytter etter vår indre følelse om hva vi bør gjøre, er det fordi vi går inn i roller og omgir oss i ytre krav som overstyrer oss. Jeg tror at i denne situasjonen er ikke pleieren tilstedeværende. Kitwood (2006) bruker et begrep som heter ondartet sosialpsykologi. Han antyder ikke ondartede hensikter fra de som yter pleie, men sier at ondartetheten er en del av vår kulturarv (Kitwood 2006). Ondartet sosialpsykologi har tendens til å øke proporsjonalt med frykt, anonymitet, og maktdifferanse, og folk med demens i senere stadier er ekstra utsatt og blir forfordelt i alvorlig grad med hensyn til menneskelig kontakt (Kitwood 2006).

Det er viktig at pleieren reflekterer over sine handlinger, både under samhandling med pasienten (refleksjon i handling) og i etterkant. Pleieren må tørre å ta opp etiske spørsmål og få reflektere over de i pleiegruppen. Det kan i følge Kitwood (2006) være en fare for at:

"En mand eller kvinne kan få stillet den mest nøjaktige diagnose, blive underkastet den mest grundige observasjon, udstyret med en nøje detaljert plejeplan og anbragt i

de mest behagelige omgivelser – uten at noen møder af Jeg-Du-slagen nogensinde har fundet sted” (Kitwood 2006, 22).

Personalet er ansvarlig for å opprettholde relasjonen til pasienten. Relasjonen, det bærende element, må være med i alle situasjoner, og det er så viktig hvordan pleieren kommuniserer kroppslig og verbalt i forhold til personer med demens. *”Å være en person er en rang eller status som tildeles et menneske av andre i en kontekst av innbyrdes forhold og sosial væren”* (Kitwood 2006, 18). Kitwood sier at det er gjennom andre at vi får bekreftelse på at vi er en person. Buber påpeker at det er to måter å ha relasjoner på. En ”Jeg-Det” relasjon og en ”Jeg-Du” relasjon (Eide et al. 2003, 48). Jeg-Det relasjonen er den vanlige når vi samhandler med ting i rundt oss, ved en ”Jeg-Du” relasjon skjer det en virkelig dialog, der mennesker møtes i sitt innerste vesen. Før vi tar i bruk sansestimulering er det viktig å være observant på om det er ønskelig fra pasientens side. Vi bør kjenne pasienten og må ”sense og sanse” pasientens reaksjoner som Furesund et al.(2007) uttrykker det. Sansestimuleringen må ikke bli et mål i seg selv, men være en del av miljøarbeid slik at personen med demens får være i det jeg kaller et ”helbredende” miljø.

4.3 Sansning og bevegelse en kilde til livsglede

Å ta i bruk sansestimulering bevisst er et av flere elementer som har betydning for god omsorg. Det vi ser, hører, føler mot kroppen av temperatur og trekk, og det vi kan lukte er miljøet rundt oss. Sammensetningen av farger, lys, akustikk og temperatur er avgjørende for trivsel og hjemlighet og medfører sansestimulering. Det er viktig å få til en balanse mellom stimuli; ikke for mye og ikke for lite, slik at pasienten unngår sansedeprivasjon, eller blir overstimulert, noe som kan føre til uro og agitasjon følge Gammeltoft (2009). Myskja (2006) sier vi må løpende vurdere bruken av lyd, og respektere at noen trenger stillhet. Målet er ikke mest mulig sang og musikk, eller annen sansestimulering, men å finne de tiltakene som virker for den enkelte personen med demens, eller gruppen med personer med demens på et gitt tidspunkt, i en gitt mengde og på en god måte (Rokstad og Smebye 2008 og Myskja 2006).

Når vi møter nye personer og eller når vi skal prøve nye metoder kan vi ut fra Bubers teori kalle det et ”vågestykke”. Et vågestykke er en mulighet, men man taper også noe av styringen og kontrollen over det som skjer, fordi det som skjer mellom et ”Jeg” og et ”Du” er basert på

gjensidighet (Eide et al. 2003). Ved for eksempel å ta i bruk terapeutisk berøring, har jeg opplevd å bli usikker. Kanskje det kommer en respons gjennom ansiktsuttrykk eller pust, et lite sukk (Furesund et al. 2007, Skovdal, Sörlie og Kihlgren 2007, Götell 2003 studie IV). Det kan være nok til å få en bekreftelse på at en er på rett vei. Løgstrup sier at å vise tillit er en risiko. Du investerer i noe fra deg selv. Du er avhengig å få en respons som kanskje ikke kommer, og det oppstår ikke et møte. Du legger mer eller mindre noe av ditt liv i den andres hånd frivillig og i tillit i følge Løgstrup (Eide et al. 2003). Dette kan også føles overfor medarbeidere. Dersom vi lykkes kan investeringen være en kilde til livsglede for pasienten og deg selv.

Vi må også våge å tro at pasienten mestrer noe. Antonovsky (2005) har utviklet en mestringssteori som heter "salutogenese". Den handler om å gjøre tilværelsen begripelig, håndterbar, og meningsfull. Slik kan pasienten få en opplevelse av sammenheng (Antonovsky 2005). Vi må se pasientens ressurser og få de fram i lyset slik at de blir tydelige for pasienten selv og omgivelsene. Det er lett å glemme at pasienter med demens har ressurser. Enhver person er en betydningsskaper og en grunnleggende kilde til handling sier Kitwood. Vi må finne det unike som virker. Blomster, vannslange, drikke te, kjente sanger som vekker gamle minner (Cox, Burns og Savage 2004, Götell 2003 studie I). Jeg synes det er fantastisk at dersom forholdene legges til rette for det, kan sansestimulering gjenopprette pasientens kontakt med sine følelser. Kommunikasjonen kan bli bedre, og interaksjon mer positiv. Pasienten forstår konteksten bedre, med muligheter til å ta flere selvstendige valg.

I følge mine funn kan sansestimulering være en kilde til livsglede. Det kommer fram gjennom pasientenes ansiktsuttrykk, latter og sang og gjennom reelle møter som oppstår mellom pasient og pleiere, og mulighetene det gir å gjøre noe sammen med medpasienter og pårørende (Cox, Burns og Savage 2004, Furesund et al. 2007, Götell 2003 studie I, III, og IV, Hicks-Moore 2005, Ziv et al 2007, Weert et al. 2004 og Weert et al. 2005). "*Der dansa ho i doggvått gras*" (Hunderi og Hunderi 2009, 35). Sang, dans og aktiv lytting kan brukes som en terapeutisk pakke, for samhandling, trivsel og vekst. Det kan fremme mestring og selvtillit hos pasientene Myskja (2006). Musikk kan gi signaler for å forsterke rammen rundt daglige aktiviteter i avdelingen, og vekke hukommelsesspor i hjernen. Visuelle og taktile signaler kan kombineres med musikk (Myskja 2006). Pleieren må være reflektert, ta ansvar og bruke sin kunnskap og fantasi. Myskja (2006) sier det handler om å bruke det vi har, bryte fastlåste

mønstre, prøve å finne de små stundene der endring kan skje, for små muligheter åpner seg stadig i hverdagen, og det enkle er ofte det beste.

5 Konklusjon

I denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan sansestimulering kan brukes i den daglige omsorgen for personer med demens, for å redusere forekomsten av utfordrende atferd i sykehjem. Jeg har fått svar på sansestimuleringens mange positive effekter på utfordrende atferd, at den bl.a. kan redusere agitasjon, påvirke klarhet, våkenhet og livsglede. Jeg fikk belyst mer direkte viktigheten av relasjonen som et bærende element i samhandling med personer med demens. At sansestimuleringen kan bidra til å lette kommunikasjon og knytte sterkere relasjoner mellom personen med demens og hjelper var en ny dimensjon for meg. I forhold til min yrkesfunksjon har jeg lært hva jeg skal observere i forhold til pasienter med utfordrende atferd, og fått mange nye ideer om metoder som med enkelhet kan brukes i hverdagen i sykehjem. Jeg har lært mye om å søke opp forskningslitteratur, og det gjenstår å ta det i bruk i hverdagen når jeg står overfor nye problemstillinger. Jeg mener sansestimulering brukt både individuelt og i grupper for pasienter med eller uten demenssykdom, kan være en metode for å spre livsglede i sykehjem generelt.

Litteraturliste

- Antonovsky, Aaron. 1991. *Hälsans mysterium*. Stockholm: Bokförlaget Natur och Kultur
- Bjørk, Ida Torunn, Sølvi Helseth og Finn Nortvedt (red.). 2002. *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Cox, Helen, Ian Burns and Sally Savage. 2004. Multisensory Environments for Leisure. Promoting Well-being in Nursing Home Residents With Dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 30 (2): 37-45.
- Eide, Solveig Botnen, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2003. *Fordi vi er mennesker En bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S
- Engedal, Knut. 2008. *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Fagbokforlaget Aldring og helse.
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2006. *Lærebok Demens Fakta og utfordringer*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Furesund, Anna-Sofie, Else Lykkeslet, Torill Skrondal og Kjersti Wogn-Henriksen. 2007. Sansestimulering-metode og møte. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning* 5 (1): 37-49.
- Gammeltoft, Birgitte Christensen. 2009. *Sansestimulering for voksne*. Danmark: fa. Gammeltoft.
- Granholt, Gro Østmoe. 2007 *Individuell hverdag i gruppe*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.
- Götell, Eva. 2003. Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Sweden. Götell, E., Brown og S-L. Ekman. 2000 (studie I). Caregiver assisted music events in psychogeriatric care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 7(2): 119-125.
- Götell, Eva. 2003. Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Sweden. Götell, E., Brown og S-L. Ekman. 2002(studieII). Caregiver singing and background music in dementia care. *Western Journal of Nursing Research* 24(2): 195-216.
- Götell, Eva. 2003. Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Sweden. Götell, E., Brown og S-L. Ekman. 2003 (studie III). The influence of caregiver singing and background music on posture, movements and sensory awareness in dementia care. *International Psychogeriatrics* (in press).
- Götell, Eva. 2003. Singing, background music and music-events in the communication between persons with dementia and their caregivers. Sweden. Götell, E., Brown og S-L.

Ekman. (studie IV). The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care (manuscript).

Hawranik, Pamela, Pat Johnston and Judith Deatrach. 2008. Therapeutic Touch and Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease. *Western Journal of Nursing Research* 30 (4): 417-434.

Helse og omsorgsdepartementet. 2007. *Demensplan 2015 "Den gode dagen"*. Delplan til omsorgsplan 2015.
<http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/Omsorgsplan2015/Demensplan2015.pdf>

Helse og omsorgsdepartementet. 1999. *Lov om pasientrettigheter*.
<http://www.lovdatab.no>

Helse og omsorgsdepartementet. 1988. *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*.
<http://www.lovdatab.no>

Hicks-Moore, Sandee L. and Bryn A. Robinson. 2008. Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. *Dementia* 7 (1): 95-108.

Hicks-Moore, Sandee Lynn. 2005. Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes. Effects on Agitated Patients with Dementia. *Journal of Gerontological Nursing* 31 (12): 26-32.

Holliday-Welsh, Diane M., Charles Gessert and Colleen M. Renier. 2009. Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment. *Geriatric Nursing* 30 (2): 108-117.

Hunderi, Inger Anne Ree og Ola Hunderi. 2009. *Vegen inn i skoddeheimen. The Road into the Land of Mist*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.

Jakobsen, Rita. 2007. *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Karoliussen, Mette og Kari Lislud Smebye. 1997. *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kitwood, Tom. 1997. *En revurdering av demens. Personen kommer i første rekke*. Dansk utgave København: Munksgaard Danmark

Kristoffersen, Nina Jahren (red). 1996. *Generell sykepleie I. Fag og yrke – utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

Krüger, Ragnhild M. Eidem (red), Per Kristian Haugen, Øyvind Kirkevold, Aase-Marit Nygård og Torill Elisabeth Utne.(red.) 2008. *Å leve med demens Erfaringsbasert utvikling av tilbud*. Tønsberg: Aldring og helse forlaget.

Kvigne, Kari 2006. Kvinnens levde kropp etter hjerneslag. I: Bengtson, Jan (red). *Å forske i sykdoms- og pleieerfaringer. Livsverdensfenomenologisk bidrag*. Kristiansand:

Høyskoleforlaget, s 169-186. (Artikkelsamling: Hovedemne 2: Sykdom, funksjonssvikt og mestring i eldre år).

Laake, Knut. 2003. *Geriatri i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag 4. utgave.

Myskja, Audun. 2006. *Den siste song-song og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling*. Bergen: Fagbokforlaget

Raaheim, Målfrid. 1997. Forståelse av kroppen som fenomen. Kritikk og utfordringer i helsefagenes grunnlagsforståelse. I: Alvsvåg, Herdis, Norman Andersen, Eva Gjengedal og Målfrid Raaheim (red). *Kunnskap, kropp og kultur. Helsefaglige grunnlagsproblemer*. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 95-123. (Artikkelsamling: Hovedemne 2: Sykdom, funksjonssvikt og mestring i eldre år).

Raglio, Alfredo, Giuseppe Belleli, Daniela Traficante, Marta Gianotti, Maria Chiara Ubezio, Daniele Villani and Marco Trabucchi. 2007. Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 22 (2): 158-162.

Rokstad, Anne Marie og Smebye. 2008. *Personer med demens Møte og samhandling*. Oslo: Akribe A/S

Roumen, Milev V., Tracey Kellar, Marilyn McLean, Vicky Mileva, Veb Luthra, Shiela Thompson and Linda Peever. 2008. Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24-Week Single-Blind Randomized Controlled Pilot Study. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 23 (4): 372-376.

Røkenes, Odd Harald og Per-Hallvard Hanssen. 2006. *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeidet med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke A/S.

Samuelsen, Anne Gerd. 2006 *Kunsten i samspill. Fra ord til handling*. Oslo: Kommuneforlaget.

Skovdal, Kirsti, Venke Sörlie and Mona Kihlgren. 2007. Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International journal of older people nursing* 2 (3): 162-170.

Staal, Jason A., Amanda Sacks, Robert Matheis, Lesley Collier, Tina Calia, Henry Hanif and Eugene S. Kofman. 2007. The effect of snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *Psychiatry in medicine* 37 (4): 357-370.

Thomassen, Magdalene. 2006. *Vitenskap kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapfilosofi for helse og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS.

Ward-Smith, Peggy, Sara M. Llanque and Denise Curran. 2009. The Effect of Multisensory Stimulation on Person Residing in an Extended Care Facility. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 24 (6): 450-455.

Weert, Julia C. M. van, Alexandra M. van Dulmen, Peter M. M. Spreeuwenberg, Miel W. Ribbe, and Jozien M. Bensing. 2005. Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care. *American Geriatrics Society* 53 (1): 24-33.

Weert, Julia C. M. van, Alexandra M. van Dulmen, Peter M. M. Spreeuwenberg, Miel W. Ribbe, and Jozien M. Bensing. 2004. Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling* 58 (2005): 312-326

Willman, Aina, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Författerna och studentlitteratur.

Wogn-Henriksen, Kjersti. 1997. "Siden blir det vel verre...?" *Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Nasjonalt kompetansesenter om aldersdemens. SEM: Info-banken.

Ziv, Naomi, Amit Granot, Sharon Hai, Ayelet Dassa and Iris Haimov. 2007. The Effect of Background Stimulative Music on Behavior in Alzheimer's Patients. *Journal of Music Therapy*. 44 (4): 329, 15 pgs.

Vedlegg 1

Oversikt over databaser som var med i samme søk i Ovid alle datoer.

Helsebiblioteket Journals@Ovid

Journals@Ovid Full Text,

AMED(Allied and Complementary Medicine) fra 1985 til søkedato

British Nursing Index 1994 til søkedato

British Nursing Index and Archive 1985 til søkedato, EMBASE 1996 til søkedato

Ovid MEDLINE(R)In- prosess & Other Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R) 1950 til søkedato

Ovid MEDLINE(R)1950 til søkedato

Ovid Nursing Database 1950 til søkedato

PsycINFO 2002 til søkedato.

Vedlegg 2

Tabell over datasøk

Dato og Database	Søkeord	Antall treff	Leste Abstract	Skumleste artikler	Artikler til kvalitetsvurdering
10.09.09 Ovid Prøvesøk	BPSD\$ and (Nurce\$ or Staff\$)and(Behavior\$ or Behaviour\$)and (Facility\$ or environment\$)	63	23	4	1
14.09.09 Ovid Prøvesøk	(BPSD\$ or BSRD) and Behavio\$ and Care\$ and therap\$ and (Dement\$ or alzh\$) and(Nurse or Staff)and home\$	39	7	5	1
25.09.09 Ovid 1. søk	(Dement\$ or Alzheimer\$) and “sensory stimulation” and (“long term care” or “nursing home”)	80	15	8	5
25.09.09 Ovid 2. søk	(demen\$ or Alzheimer\$) and Snoezelen\$	50	28	6	4 (+1 funnet 25.09 1. Søk)
01.03.10 Ovid 1. søk	(demen\$ or Alzheimer\$) and ((APSD\$ or BPSD\$ or BSRD\$)or (“Challenging behave\$” or “Disruptive behavior\$”))and “sensory stimulation”	31	14	6	1(+ 5 funnet 25.09 1. Og 2. Søk)
01.03.10 Ovid 2. søk	(demen\$ or Alzheimer\$) and ((APSD\$ or BPSD\$ or BSRD\$)or (“Challenging behave\$” or “Disruptive behavior\$”))and Snoezelen\$	26	10	2 leste artikler men har de fra før.	0
01.03.10 Ovid 3.søk	(demen\$ or Alzheimer\$) and ((APSD\$ or BPSD\$ or BSRD\$)or (“Challenging behave\$” or “Disruptive behavior\$”))and (“relaxing music” or “music therap\$)	41	21	2 artikler jeg ikke klarte å finne i skolens bibliotekbase 3 leste artikler men har 2 av de fra før	(2 funnet 10.09.09 og 1.3. 1. Søk)
01.03.10 Ovid Søk 4	(demen\$ or alzheimer\$) and ((APSD\$ or BPSD\$	10	7	0	0

	or BSRD\$)or (“Challenging behave\$” or “Disruptive behavior\$”))and lavende\$				
01.03.10 Ovid søk 5	(demen\$ or Alzheimer\$) and ((APSD\$ or BPSD\$ or BSRD\$)or (“Challenging behave\$” or “Disruptive behavior\$”))and Tactile\$	23	3	4	2 (+ 2 funnet 14.09.09 og 25.09.09 1. Søk)
01.03.10 Ovid søk 6	(demen\$ or Alzheimer\$) and ((APSD\$ or BPSD\$ or BSRD\$)or (“Challenging behave\$” or “Disruptive behavior\$”))and massage	23	13	2	(2 funnet 25.09.09 og 1.3.10 5. søk)
02.03.10 SweMed	Demens\$ or explode på dementia and explode på “behavioral symptoms”	72		6	0 Flere fagartikler
02.03.10 SweMed 2. Søk	(Demens\$ or explode på dementia)and explodesøking på “behavioral-Symptomes and eksplodesøking på Music-Therapy	76		4	
02.03.10 SweMed 3. søk	Demens\$ or explodesøking på dementia) and explodesøking på Behavioral-Symptoms and sansestimulering	4		3	1
02.03.10 Proquest	(Demens\$ or Alzheimer\$) and (behavior\$ or “challenging behavior” and therap\$	Avgrenser til full tekst 84	5	3	1
		622	146	47	16 artikler

2 av disse 16 artiklene ekskluderes ved kvalitetsvurdering, og i tillegg kommer 4 artikler ved manuelt søk.

Vedlegg nr 3

Oversikt over artikler og kvalitetsvurdering						
Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/ Instrument	Deltagere Frafall	Hovedfunn	Kvalitet
Cox Helen, Burns Ian and Savage Sally 2004 Australia Journal of Gerontological Nursing	Multisensory Environments for Leisure. Promoting Well- being in Nursing Home Residents With Dementia.	Å undersøke hvor effektiv to typer av multisensory omgivelser , Snoezelenrom og sansehage er for å øke trivsel for eldremennesker med demens.	Kvantitativ metode og kvalitativ metode. Observere pasienter i Snoezelenrom , sansehage og aktiviteter på dagligstue. Affect Rating Scale(ARS)som kartlegger glede, sinne, angst or redsel, tristhet, interesse og tilfredshet. 16 min x9 observasjoner av hver pasient. Ikke randomisert. Kvalitativ metode med intervju av pleierne og besøkende.	24 beboere med demens i et sykehjem, Kriterier å ha mulighet til å vise følelser. 23 kvinner og 1 mann. 6 pleierne og 6 besøkende.	Den kvantitative u.s. viste ingen signifikant forskjell mellom de 4 observasjonssted i de ulike omgivelsene under hver obsevasjonsrunde. Eneste signifikante forskjell mellom de tre omgivelsene var tristhet. Signifikant mer tristhet i stuen, sammenlignet med sansehage og snoezelenrom. Men generelt ingen stor forekomst av tristhet.	Middels kvalitet. Ikke spesifikk i forhold til utfordrende atferd, men viste effekt i forhold til det. Undersøker tilfredshet. Finner ikke beskrevet etiske vurderinger i forhold til forskningsmetode.
Furesund Anna- Sofie, Lykkeslet Else, Skrondal	Sansestimulering- metode og møte	Å studere sansestimulering og samspill. Å få vite mer	Kvalitativ metode Fenomenologisk, med intervju av	9 videofilmer og 9 intervjuer. 4 hjelpere og 5 pasienter	Relasjonen det bærende element, viktigere enn metoden.	God kvalitet

<p>Torill og Wogn-Henriksen Kjersti</p> <p>2007</p> <p>Norge</p> <p>Nordisk tidsskrift for helseforskning</p>		<p>om pleiernes refleksjoner om sine handlinger. Diskutere relasjonelle dimensjoner ved metoden.</p>	<p>pleierne. Feltforskning. Filming fra situasjoner hvor sansestimulering foregår, spontane og planlagte.</p>		<p>Øyeblikkets virkning: Fra å være urolige ble pasientene mer fokusert og samlet. Etterklngen: Fysisk roligere, noen mer avslappet ansiktsuttrykk, opptrådte mer som forventet og syntes å tolke omgivelsene på en mer adekvat måte. Samarbeidet bedre og kunne tåle å være alene i fellesskapet.</p>	
<p>Götell Eva Studie I</p> <p>Götell, E., S. Brown og S-L. Ekman</p> <p>2000</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p>	<p>Caregiver assisted music events in psychogeriatric care.</p>	<p>Å belyse betydningen av musikkstunder og pasienter og pleieres reaksjoner og sosiale interaksjoner, før, under og etter disse musikkstundene.</p>	<p>Etnografisk metode. Feltobservasjon med notater Intervjuer dokumentlesing</p>	<p>48 Pasienter og 35 pleiere</p>	<p>Undersøkelsen viste at pasientene hadde evnen til å synge, spille på instrumenter, bevege kroppen og ha moro under musikkstundene. En del opplevde å få vekket gamle behagelige minner. Pleierne opplevde at pasientene ble enklere å pleie resten av den dagen. Pleierne opplevde å få en spesiell kontakt med pasientene.</p>	<p>God kvalitet</p>
<p>Götell Eva Studie II</p> <p>Götell, E., S. Brown og S-L.</p>	<p>Caregiver singing and background music in dementia care</p>	<p>Å belyse den verbale kommunikasjonen mellom personer med alvorlig demens og deres pleiere under</p>	<p>Fenomenologisk- hermeneutisk metode Videoopptak</p>	<p>9 Pasienter og 5 pleiere</p>	<p>Bakgrunnsmusikk: Pleierne minket antall verbale instruksjoner, samtidig viser pasientene en bedring i forståelse av det</p>	<p>God kvalitet</p>

<p>Ekman 2002 Western Journal of Nursing Research</p>		<p>morgenstell uten musikk og sang, med bakgrunnsmusikk og pleier synger til/eller sammen med pasienten..</p>	<p>Kontrollgruppe</p>		<p>som uttales verbalt. Delvis løst fra sin apati; ved hyppigere å uttrykke deres vilje og meninger. Mindre motstand; ingen bruker aggresjon. Likevel en pasient skriker, men med mindre styrke enn tidligere. Situasjonen blir lettere fordi pasientene virker å forstå konteksten bedre. Sang under morgenstell: Ingen pasienter uttrykker aggresjon eller skriker. Økt kommunikasjon verbalt generelt. Sangen påvirket interaksjonen positivt i en musikalsk samstemthet, og en tett kontekst/samhørighet.</p>	
<p>Götell Eva Studie III Götell, E., Brown S.og Ekman S-L. 2003 International Psychogeriatrics (under trykking)</p>	<p>The influence of caregiver singing and background music on posture, movement s and sensory awareness in dementia care.</p>	<p>Å belyse hvordan pasientene og pleierne formidler seg med sine kropp og sansefølsomhet under morgenstell, uten musikk eller sang med bakgrunnsmusikk og pleier synger til/eller sammen med pasienten.</p>	<p>Kvalitativ analyse Videoopptak</p>	<p>9 pasienter og 5 pleiere</p>	<p>Bakgrunnsmusikk og sang: Pasientene hadde en mer opprettet kropp. Sto stødigere, bedre balanse. Bevegelsen speilet musikken. Bevegelsene var tryggere, videre, og mer uttrykksfull. Livligere, mindre stiv og skjelven. Bedring i fingermotorikk. Pasientene demonstrerer konsentrasjon, vigilance,</p>	<p>God kvalitet</p>

					<p>interesse, glede, tilfredshet gjennom ansiktsuttrykk. Øket sensorisk våkenhet. Så opp og mer rundt seg. Hørsel økte, responderer mer på pleierens spørsmål. Mer bevisst musikken. Noen nynner med eller synger melodien. Mer kontroll på bevegelsene. Bedring i ADL. Går stødigere. Kjenner seg igjen i speilet m.m. Påvirket også pleierne positivt.</p>	
<p>Götell Eva Studie IV Götell, E., S. Brown og S-L Ekman Manuscript</p>	<p>The influence of caregiver singing and background music on vocally expressed emotions and moods in dementia care.</p>	<p>A belyse følelser og sinnsstemninger som uttrykkes i den verbale kommunikasjonen under morgenstell uten musikk eller sang, med bakgrunnsmusikk og pleier synger til/eller med pasienten.</p>	<p>Kvalitativ analyse Videopptak</p>	<p>9 pasienter og 5 pleiere</p>	<p>Bakgrunnsmusikk: Pasientene uttrykker en dominans av positive og emosjonelle følelser. Virket revitalisert. Variert toneleie. Mange sang energisk med. Uttrykte humor og lekenhet. En pasient som uttrykker negative følelser under vanlig morgenstell hadde en forbedring med bakgrunnsmusikk. Med sang: Ingen uttrykker negative følelser.</p>	<p>God kvalitet</p>
<p>Hawranik Pamela,</p>	<p>Therapeutic Touch and</p>	<p>A undersøke om terapeutisk berøring</p>	<p>Kvantitativ metode. Randomisert blindet</p>	<p>60 beboere alle over 65 år med Alzheimer</p>	<p>Ingen forskjell mellom gruppene i effekt på fysisk</p>	<p>God kvalitet</p>

Johnston Pat og Deatrich Judith 2008 Canada Western Journal of Nursing Research.	Agitation in Individuals With Alzheimer's Disease	er en effektiv metode for å redusere utfordrende atferd hos pasienter med demens. Utfordrende atferd (CMAI) som fysisk aggresjon, fysisk ikke-aggresjon, og verbal utagering.	studie. 3 grupper Terapeutisk berøring 1 behandling daglig i 5 dager. 1 etterlignet behandling og 5 dager med vanlig pleie.	på et sykehjem med MMS skår 23 eller mindre. Rapportert av pleiepersonalet at de har hatt hyppig utfordrende atferd siste 2mnd, eller en historie med utfordrende atferd. Ikke akutt sykdom. Frafall på 9.	aggresjon, og verbal utagering. Signifikant forskjell i effekt på fysisk ikke-aggresjon(pacing, gjentatte handlinger og generell uro). Alle tre gruppene viste mindre utfordrende atferd i perioden. TT gr. Og etterlignet behandling viste større reduksjon enn ved vanlig pleie. Minimal effekt etter 24 timer.	
Hicks-Moore Sandee L. og Robison Bryn A. 2008 Canada Dementia	Favorite music and hand massage. Two interventions to decrease agitation in residents with dementia	Å teste effekten av å bruke handmassasje og favoritt musikk, for å redusere utfordrende atferd hos pasienter med demens.	RCT studie. Tester handmassasje og favorittmusikk sammen og hver for seg. 3 x3 gjentatte behandlinger hver på 10 min. HM, FM og HMF.M. Bruker (CMAI) tre forskjellige tidsintervall: 10 min før rett etter behandling og 1 time senere.	41 beboere med mild til moderat demens og utfordrende atferd. Bor 3 forskjellige SCU spesialenheter på tre sykehjem. Primærdiagnosen demens, mulighet til å høre og føle med hendene. Kjent historie med utfordrende atferd. Frafall på 15 pga noen viste ikke utfordrende atferd, andre flyttet avdeling eller døde.	Handmassasje og favorittmusikk hver for seg og kombinert er effektive med en signifikant reduksjon i utfordrende atferd umiddelbart og 1 time etter behandling. Ikke signifikant forskjell mellom kombinert behandling og hver for seg.	Middels kvalitet Ingen blindet uavhengig undersøker Sosial interaksjon kan ha påvirket eksperiment gruppen
Hicks-Moore og Sandee Lynn	Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes.	Å undersøke om avslappende musikk under måltid kan virke	Kvantitativ metode Kvasiekseptimentell studie. studie. 4	33 beboere på spesial enhet. 3 frafall	Det kom fram et tydelig mønster i redusert antall tilfeller av utfordrende	Middels kvalitet * Ikke randomisert

2005 Canada Journal of Gerontological Nursing	Effects on agitated Patients with Dementia.	beroligende og redusere utfordrende atferd blant personer med demens i et sykehjem.	uker. Baseline data uke 1, Musikk uke 2, ikke musikk uke3, musikk uke 4.		atferd under ukene med musikk, i forhold til ukene uten musikk.	Ikke kontrollgruppe men dager uten behandling Ikke blindet
Holliday-Welsh Diane M., Gessert Charless og Renier Colleen M. 2009 Minnesota Geriatric Nursing	Massage in the Management of Agitation in Nursing Home Residents with Cognitive Impairment	Å undersøke potensialet i massasje for å redusere agitasjon ved kognitiv svikt hos pasienter i pleiehjem.	Kvantitativ metode	54: 39kvinner 13 menn 2 frafall 1 døde og 1 fikk hudproblemer. Vandring, verbal agitasjon og ukritisk språk, fysisk og ukritisk agitasjon, sosialt upassende, forstyrrende og motsetter seg pleie.	Pasientenes utfordrende atferd var lavere under massasjeintervensjonen enn på baseline. Når undersøkelsen ble avgrenset til pasientene med significant nivå av agitasjon på baseline, økte den observerte effekten av massasje på agitasjon.	Middels kvalitet Ikke randomisert ikke kontrollgruppe Ikke blindet
Raglio Alfredo, Bellelli Giuseppe, Traficante Daniela, Gianotti Marta, Ubezio Maria Chiara, Villani, Daniele og Trabucchi	Efficacy of Music Therapy in the Treatment of Behavioral and Psychiatric Symptoms of Dementia	Å undersøke effekten av musikkterapi for å redusere APSD hos pasienter med demens.	RCT studie. Randomisert. Blindet. Kontrollgruppe Kvantitativ metode. Tester 8-16 og 20 uker(MMSE, Barthel Index, NPI). Nonverbal MT Rytme og	59 personer med demens av Alzheimer type eller vaskulær demens. Inklusjon og eksklusjonskriterier. Frafall på 2 pasienter og 3 musikkterapeuter.	En signifikant forbedring i global NPI. Ikke i kontrollgruppen. Mest uttalt på NPI var vrangforestillinger, aktivitet, agitasjon, angst, apati, irritabilitet, motorisk aktivitet, og nattesøvnforstyrrelser. Ingen forskjell på MMSE	God kvalitet Undersøkelse på kommunikasjon var ikke gjort i kontrollgruppen

Marco 2007 Italia Alzheimer DIs Assoc Disord			melodiinstrumenter. 3 sykluser med 10MT avdelinger(30 min/ avdeling) Videoopptak.		Barthel Index minket både i eksperiment og kontrollgr. MT kan være effektiv i å redusere APSD til pasienter med langtkommen demens. Kan også virke positivt på kommunikasjon mellom pasient og musikkterapeut.	
Roumen Milev V, Kellar Tracy, McLeanMarilyn, Mileva Vicky, Luthra Veb, Thompson Shiela og Peever, Linda. 2008 Canada American Journal of Alzheimer's disease and other Dementias	Multisensory Stimulation for Elderly With Dementia: A 24- Week Single- Blind Randomized Controlled Pilot Study	Å undersøke om multi sensorisk sansestimulering (MSS) har en uttalt effect på oppførsel til pasienter I forhold til vanlig pleie(CAU).	Kvantitativ metode. 24-ukers enkelt- blindet RCT kontrollert pilot studie. MSS gitt 1 eller 3 omganger i uka i 12 uker Kontrollgruppe Observasjonsskala (DOS) eller (CGI-I) 12 uker i tillegg uten behandling	21 beboere med demens i et langtids pleiehjem med utfordrende atferd 3 frafall	En trend for bedre effekt når hyppigheten av behandlinger pr. uke øker. MSS er en hensiktfull tilleggsbehandling ved demens. Effekt varer etter behandling er avsluttet i 2 uker.	Middels kvalitet Et lite utvalg, antall pasienter. Ikke god randomisering. Ikke helt blindet Ulike grupper i forhold til MMSE
Skovdal Kirsti, Sörлие Venke og Kihlgren Mona	Tactile stimulation associated with nursing care to	Å beskrive ut fra dokumentasjon både fra pleiernes erfaring med å gi taktil stimuli	Kvalitativ metode Randomisert Feltstudie	Fem pasienter med demens og som viser aggressive eller rastløse tendenser og	Alle beboerne avdekker signaler på positive følelser og avslapning. Pleierne konstaterer at de	Middels kvalitet Grunnlag litt lite med massasje 1

2007 Sverige International journal of older people nursing	individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care	til fem pasienter med moderat til alvorlig demens(som viste aggressiv atferd eller rastløse tendenser), og observert forandring blant pasientene.	Intervju	deres pleiere.	følte de fikk kommunisert på en mer positiv måte og at de følte å ha en varmere(mer ekte)relasjon med pasientene.	gang i uka. Funn av observerte forandringer litt dårlig presentert, kunne hatt en modell.
Staal Jason A., Sacks Amanda, Matheis Robert , Collier Lesley, Calia Tina, Hanif Henry og Kofman Eugene S. 2005 USA(tror jeg) Psychiatry in Medicine	The effects of Snoezelen (Multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric inpatient unit.	Å prøve ut en kombinasjonsmodell med tradisjonell psykiatrisk pleie og en ikke –farmakologisk behandling MSBT(Multisensory behavior therapy)i for å redusere agitasjon og apati og styrke ADL hos mennesker med demens på en akutt psykiatrisk sykehus. Sammenligne med tradisjonell psykiatrisk pleie alene.	Kvantitativ metode RCT enkelt blindet studie Stimuli av syns, hørsel, lukt og taktil sans. Individualisert behandling.	24 geriatriske pasienter med diagnosen demens med utfordrende atferd på en akuttavdeling alderspsykiatrisk enhet. 12 fikk MSBT og standardpleie, og 12 kontrollgruppe som fikk standardpleie. I alt 16 kvinner og 8 menn. MSBT gruppen hadde signifikant høyere alder enn kontrollgruppen.	MSBT gruppen hadde en signifikant bedring på aggressiv atferd sammenliknet med kontrollgruppen. Likeså bedring på apati og KI-ADL. Kombinasjonen av farmakologisk behandling og MSBT kan redusere nivå av agitasjon mer enn standard behandling alene.	Middels kvalitet Hvilken behandling eksperimentgruppen får er ikke beskrevet annet enn MSBT og viser til Staal
Ward-Smith Peggy, Llanque	The Effect of Multisensory	Å sammenligne hyppigheten av	Kvantitativ metode.	14 beboere med demens	Dokumentert utfordrende atferd som målløsvandring,	Middels kvalitet

<p>Sarah M. og Curran Denise</p> <p>2009</p> <p>USA</p> <p>American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias</p>	<p>Stimulation on Persons Residing in an Extended Care Facility</p>	<p>problematisk atferd blant individer med Alzheimer sykdom som bor i et pleiehjem som får multisansestimulerings omgivelser (MSSE) med de som ikke får MSSE.</p>	<p>Observert 1. mnd og 3 mnd senere. Snoezelenfilosofi 15-20 min behandling på ettermiddag. 4 behandlinger gjennom perioden.</p>	<p>Kontrollgruppe</p>	<p>prøver å gå ut, slåing, roping og aggressivt språk. MSSE resulterte i redusert antall tilfeller av utfordrende atferd.</p>	<p>Ikke randomisert Lite utvalg 7+7 Ikke blindet nevnt Ikke beskrevet etisk vurdering</p>
<p>Weert JuliaC., Dulmen Alexandra M., Spreuwenberg Peter M.M., Ribbe Miel W. og Bensing, Jozien M.</p> <p>2005</p> <p>Nederland</p> <p>Journal of the American Geriatric Society</p>	<p>Behavioral and Mood Effects of Snoezelen Integrated into 24-Hour Dementia Care</p>	<p>Å undersøke effekten av snoezelen program I 24 timers daglig pleie, på utfordrende atferd hos pasienter med demens i et pleiehjem.</p>	<p>Kvantitativ metode. Kvasiekspirimental pre- og posttest design.</p>	<p>124 pasienter med moderat til alvorlig demens og pleieavhengighet i pretest. 128 pasienter i posttest. 61 var med under hele studiet.</p> <p>Kontrollgruppen fikk vanlig pleie.</p>	<p>Beboere som får snoezelen viser en significant behandlingseffekt med hensyn til apati, tap av anstendighet, upassende oppførsel, aggressiv oppførsel og depresjon. Under morgenstell vistest signifikant forandring i wellbeing (humør, glede, trivsel og tristhet) og bedre adekvat oppførsel(respondere på verbal kommunikasjon, relasjon til pleierne, normal lengde på setninger).</p>	<p>God kvalitet</p> <p>Kunne ønsket en enklere modell for resultat, effekt</p>
<p>Weert Julia C. M. van, Dulmen Alexandra M.,</p>	<p>Effect of Snoezelen, integrated in 24</p>	<p>Å undersøke effekten av snoezelen brukt under morgenstell, på</p>	<p>Kvasiekspirimental pre og post undersøkelse.</p>	<p>129 pasienter</p> <p>Moderat til alvorlig</p>	<p>En signifikant økning av pleierne i personrettet oppmerksomhet, affektiv</p>	<p>God kvalitet</p> <p>Kan være vanskelig å</p>

<p>Spreeuwenberg Peter M.M., Ribbe Miel W. og Bensing Jozien M.</p> <p>2004</p> <p>Nederland</p> <p>Patient Education and Counseling</p>	<p>hour dementia care, on nurse-patient communication during morning care.</p>	<p>kommunikasjons skalaen CNA og på beboere med demens I sykehjem.</p>	<p>Kontroll grupper.</p> <p>I 24 timer. Over 18 mnd.</p> <p>250 videoopptak</p>	<p>demens, moderat til stor pleieavhengighet, ikke tilleggpsykiatrisk diagnose, sanserorganer helt eller delvis intakt, ikke sengeleiepasienter.</p>	<p>berøring og smil. Økning i sosiale verbale ytringer (mer sosial konversasjon, enighet, snakker om sansestimuli, informasjon og autonomi). Pasientene signifikant effekt på smil, oppmerksomhet, mindre negativ oppførsel (misfornøydhet og sinne) og verbalt uttrykt autonomi.</p>	<p>skille om effekten er pga kommunikasjon eller sansestimulering Begge hører sammen</p>
<p>Ziv Naomi, Granot Amit, Hai Sharon, Dassa Ayelet and Haimov Iris.</p> <p>2007</p> <p>Amerika?</p> <p>Journal of Music Therapy.</p>	<p>The Effect of Background Simulative Music on Behavior in Alzheimer's Patient</p>	<p>Å undersøke om bakgrunnsmusikk kan øke positive reaksjoner og redusere negative symptomer på aggresjon hos beboerne.</p> <p>Å undersøke effekten av bakgrunnsmusikk brukt i en time når pasientene ikke er opptatt med strukturert aktivitet</p>	<p>Kvantitativ metode.</p> <p>Prosjektet gikk over 4 uker. Observert hver onsdag, 17 min uten musikk, så 17 min med musikk.</p>	<p>28 beboere både med og uten familiær bakgrunn i musikkinteresse. 3 menn og 25 kvinner. Alzheimer, medium til alvorlig demens.</p>	<p>En signifikant økning i positive sosial oppførsel og en signifikant reduksjon i negativ oppførsel relatert til agitasjon mens musikken blir spilt.</p>	<p>Middels kvalitet</p>

Vedlegg 4

Fra: Bjørg Randi Halse [mailto:brhalse@halsabygda.no]

Sendt: 30. april 2010 12:27

Til: 'hunderi@phys.ntnu.no'

Emne: Skoddeheimen

Tusen takk for at jeg får bruke bilder fra boka Vegene inn i Skoddeheimen. Jeg vil gjerne bruke bilde "Dansegleder" s. 35, "Sara Brightman" s. 61, "Ulf Lundell" s. 77 og "Dance macabre in shadowland" s. 53.

Til opplysning er oppgaven jeg skriver om sansestimulering, med bl.a. musikkterapi. Og heter Sansning og bevegelse. Sansestimulering i møte med utfordrende atferd i demensomsorgen.

Hilsen Bjørg Randi Sallaup Halse

Fra: Ola Hunderi [mailto:hunderi@phys.ntnu.no]

Sendt: 1. mai 2010 18:00

Til: Bjørg Randi Halse

Emne: Re: Skoddeheimen

Hei

Her kommer bildene. Jeg sender ett og ett på grunn av størrelsen på filene.

Ha en fin dag.

Mvh

Ola