

Den fysiska miljöns betydelse för personer med demens

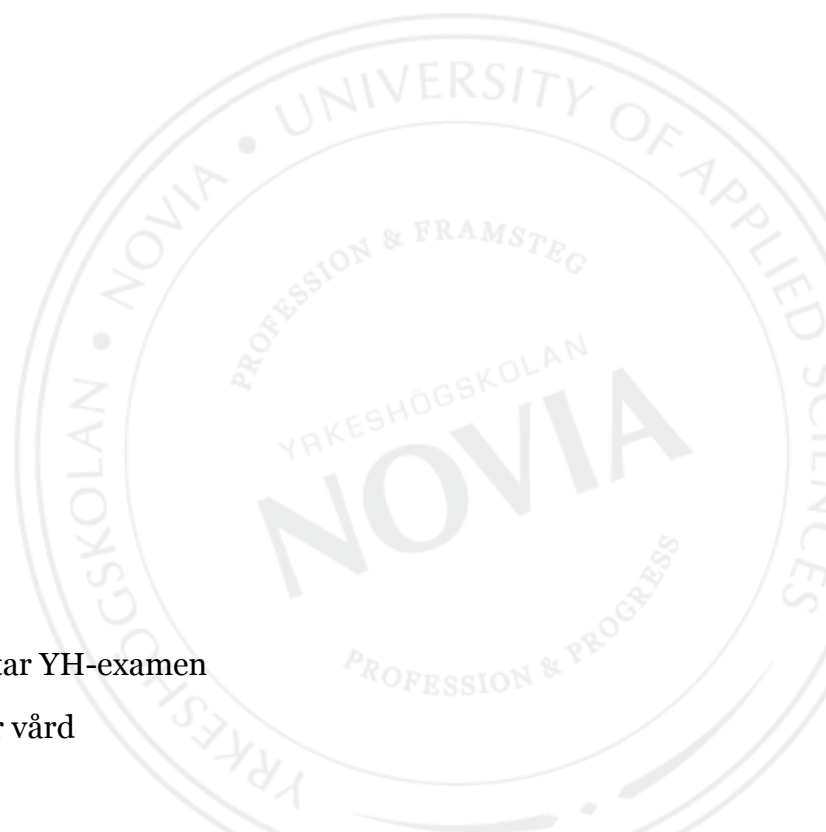
– en kvalitativ teoretisk studie

Yvonne Wikström

Examensarbete för sjukskötare YH-examen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2013



EXAMENSARBETE

Författare: Wikström Yvonne

Utbildningsprogram och ort: Vård, Vasa

Inriktning/alternativ/Fördjupning: Vårdarbete

Handledare: Halmesmäki – Hansson Erja

Titel: Den fysiska miljös betydelse för personer med demens

– en kvalitativ teoretisk studie

Datum: Våren 2013

Sidantal: 22

Bilagor: 1

Sammanfattning

Syftet med studien var att redogöra hur dementa personer fungerar i en planerad fysisk miljö för personer med specialbehov. Arbetet är beställt av den ansvariga sjukskötaren på ett demensboende. Examensarbetet är teoretiskt med dokumentstudie som datainsamlingsmetod. Undersökningen har ett kvalitativt tillvägagångssätt, och intresset inriktas på att undersöka människors upplevda värld. De olika forskningsartiklarna framställdes i en översiktsartikel, Kirkevolds (1996) resuméartikel har använts. Innehållet i datainsamlingen har analyserats med hjälp av innehållsanalys, analysen är induktiv. Resultatet kategoriserades för att göra materialet lättläst, och tolkades mot Erikssons (1996) tankar om välbefinnande och Anderssons (1986) tankar om trygghet. En kritisk granskning av examensarbetet gjordes utgående från Larssons (1994) kvalitetskriterier.

Resultatet visade att ett planerat boende för dementa personer har betydelse. Positivare beteenden i form av mindre vandranden, kognitiva förmågan förbättrades, fanns ledtrådar i vägfinningen uppkom känslan av välbefinnande, men även negativa beteenden noterades då det blev förändringar i den fysiska miljön under ombyggnadstiden. Förbättringar i den fysiska miljön tillsammans med personcentrerad vård ger välbefinnande och livskvalitet.

Språk: Svenska Nyckelord: Fysisk miljö för dementa, Alzheimers sjukdom, inredning för dementa, vård hem.

Förvaras: Yrkeshögskolan Novia

BACHELOR'S THESIS

Author: Wikström Yvonne
Degree Programme: Nursing
Specialization: Nurse
Supervisors Halmesmäki-Hansson Erja

Title: The importance of the physical environment for people with dementia
– a qualitative theoretical study

Date Spring 2013 Number of pages 22 Appendices 1

Summary

The purpose of the study was to explain how people with dementia act in a planned physical environment for persons with special needs. The study is carried out on behalf of the head nurse in a care home in Ostrobothnia. The thesis is theoretical with a document study as the data collection method. The survey has a qualitative approach, where the focus lies on investigating people's perceived world. The research articles which were used are presented in Kirkevolds (1996) resumé article.

The content of the data has been analyzed with an inductive content analyse. The result was categorized to make the material easy to read, and was compared with Eriksson's (1996) theoretical thoughts on wellbeing, and Anderson's (1986) thoughts on safety. A critical scrutiny of the thesis was compared with Larsson's (1994) quality criteria.

The result showed that a planned care home for people with dementia has a meaning by showing more positive behaviour. These are shown as less movement, an improvement in the cognitive ability, and if there was a thread of path there was a feeling of wellbeing. But also negative behaviour was noted during the reconstruction of the physical environment. Improvements in the physical environment in combination with person centered care, gives wellbeing and life quality.

Language: Swedish Key words: Physical environment for persons with dementia. Alzheimer's disease. Interior for people with dementia. Care house.

Filed at: Novia University of Applied Sciences

Innehållsförteckning

1	Inledning.....	1
2	Syfte och frågeställningar.....	2
3	Teoretiska utgångspunkter.....	2
	3.1 Välbefinnande	2
	3.2 Trygghet	3
4	Teoretisk bakgrund.....	4
	4.1 Demens.....	5
	4.2 Diagnos.....	5
	4.2.1 Demensutredning steg I.....	5
	4.2.2 Demensutredning steg II.....	6
	4.3 Den fysiska trivsselfaktorn i boendet.....	6
	4.4 En boende miljö som stöder dementa att klara sig själv.....	7
5	Undersökningens genomförande.....	7
	5.1 Dokumentstudie.....	7
	5.2 Resuméartikel.....	8
	5.3 Innehållsanalys.....	9
	5.4 Undersökningens praktiska genomförande.....	9
6	Resultatredovisning.....	10
	6.1 Beteenden.....	10
	6.2 Livskvalitet.....	12
	6.3 Utemiljö.....	15
7	Tolkning.....	16
	7.1 Tolkning av kategorin beteende.....	16
	7.2 Tolkning av livskvalitet.....	17
	7.3 Tolkning av kategorin utemiljö.....	19
8	Kritisk granskning.....	19
9	Diskussion.....	21

Litteratur

Bilagor

1 Inledning

Antalet äldre ökar stadigt i Finland, i slutet av 2011 fanns det i Finland 161 053 st män och 443 733 st kvinnor som var i åldern 75 år och uppåt. (Statistikcentralen (SC), 2012, 3). Befolkningsprognosen är att folkmängden ökar och lever till högre ålder. (SC, 2012, 4). Risken att drabbas av demenssjukdom ökar ju äldre människan blir. Ca 35 % av alla äldre över 85 år lider av en demenssjukdom. (Jaatinen och Raudasoja, 2007, 264) På grund av dessa prognoser kommer den sociala sektorn att behöva satsa mycket på de äldre. Hemvården skall fungera för dem som kan bo hemma och serviceavdelningar skall byggas för äldre med specialbehov.

Utformningen av miljön runt dementa vårdtagare har betydelse. Vårdaren har som uppgift att vårda hela människan, inte enbart sjukdomen och samtidigt skall vårdaren inge trygghet och göra vårdsituationen så behaglig som möjligt. För respondenten som vårdpersonal är utveckling av vårdmiljön av stort intresse eftersom den blir respondentens framtida yrkesmiljö. För dementa är omgivningen i form av möbler, färger och rumsindelningar viktiga aspekter då deras kognitiva förmåga är nedsatt. Syftet med examensarbetet är att redogöra för hur dementa personer fungerar i en special planerad fysisk miljö. Detta görs för att hjälpa vårdpersonal skapa ändamålsenliga boenden för dementa.

Med dementa personer i detta arbete menar respondenten äldre personer vars minne och intellektuella förmåga försämras gradvis.

Examensarbetet är ett beställningsarbete av den ansvariga sjukskötaren på ett demenshem. Sjukskötaren önskar få en inblick i vad personalen/planerarna bör tänka på vid ett nybygge för dementa personer för att det skall bli en miljö som är så funktionell som möjligt, sporrande och uppmuntrande, förhindrande av risker och faror och en trygg fysisk omgivning som påverkar personens välbefinnande positivt.

2 Syfte och frågeställningar

Syftet med examensarbetet var att redogöra för hur dementa personer fungerar i en planerad fysisk miljö för patienter med specialbehov. Detta görs för att hjälpa vårdpersonal skapa ändamålsenliga boenden för dementa.

Med hjälp av examensarbetet vill respondenten få svar på följande fråga:

Hur fungerar dementa personer i en planerad fysisk miljö?

3 Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna i detta examensarbete utgår ifrån Erikssons (1996 s 29–30) tankar om välbefinnande och om Anderssons (1986) tankar om trygghet. Trygghet och välbefinnande är det centrala för en dement person som bor på ett boende. Därför har det lagts vikt vid den fysiska miljön som kan ha betydelse för dementa personers trivsel, välmående, välbefinnande och trygghet.

3.1 Välbefinnande

Välbefinnande som teoretisk utgångspunkt fås av Erikssons (1996 s 29–30) teori om hälsa. Enligt hennes teori är hälsa ett naturligt tillstånd och behöver inte betyda frånvaro av sjukdom hos människan. Hälsa innebär att människan känner sig hel, kroppsligt, själsligt och andligt. Känner människan sundhet, friskhet och välbefinnande utgör detta människans kapacitet och inre stöd. Hälsan har att göra med hur människan känner sig. Hon kan ha välbefinnande trots sjukdom eller illabefinnande trots avsaknad från sjukdom. Känslan av välbefinnande/illabefinnande är svårförstådd av andra eftersom känslan är individuell för var och en. Då människan upplever sig vara frisk är det förenligt med hälsa, trots upplevelser från omvärlden att människan är sjuk. Människans människobild och hennes hälsa påverkas av faktorer där välbefinnande har en stor andel. Då sundhet, friskhet och välbefinnande förenas uppkommer hälsa.

Hos människan uttrycker välbefinnandet en känsla, det är ett fenomenologiskt begrepp, där människan uttrycker välmående eller inte, men välbefinnandet kan inte direkt observeras. Människans inre upplevelse ställs i relation till begreppet välbefinnande. Välbefinnande är ett ord som betyder att finna sig väl. (Eriksson 1996 s 37).

3.2 Trygghet

Trygghet motsvaras inte av någon speciell händelse eller företeelse utan är snarare individens uppfattning om olika händelser. Individen skapar sin vardagsvärld med upplevelser som trygghet och otrygghet genom egen tolkning av verkligheten. Enligt Andersson (1984, s 19) kan trygghetskänslan beskrivas som en allmän inre känsla av välbefinnande, tilltro till det egna jaget, tilltro till tillvaron i allmänhet samt en känsla av att inte vara utsatt för fara eller hot. (Andersson, 1984, s 11–18). Begreppet trygghet används ofta av personalen inom vården utan att veta ordets egentliga innebörd. Trygghet har många betydelser och några synonymer till begreppet är säkerhet, lugn och skydd. Någon egentlig översättning till engelska finns inte, utan de närmaste synonymerna är security, confidence och safety. Tryggheten kan ses som ett fenomen, ett sätt som individen uppfattar verkligheten, men kan också vara en gemensam uppfattning hos individer. Trygghet uppfattas som något bra och detta försöks uppnå, den har en positiv betydelse som varierar i olika sammanhang, med att inge trygghet förmedlas ett budskap och att handla konkret. (Andersson, 1984, s 2–19).

Trygghet ses i tre huvuddimensioner: trygghet som känsla, trygghet som ett inre tillstånd och trygghet relaterat till det liv man lever. Trygghetskänslan är något individen försöker uppnå och kan beskrivas med termer som balans, värme, glädje, lugn, tillit och själsfrid. Trygghet relateras till det liv som levs, det vill säga faktorer utanför individen påverkar tryggheten, och denna trygghet kan delas in i fyra dimensioner: miljö-, relations-, kontroll- och materiell trygghet. Miljötryggheten kan förhöjas av djur, natur och en vacker dag. Relationstrygghet uppkommer med nära relationer, familjen, vänner och släktingar. Relationen bör vara förtroendefull, öppen och inge respekt samt gott bemötande. Kontrolltryggheten handlar om att behärska olika situationer, att ha kunskap, att veta hur det är och vad man kan förvänta sig. Den materiella tryggheten utgör en grund för

existensen och till denna term hör bland annat bostad, pengar, pension, sjukvård och försäkringar.

Motsatsen till trygghet är otrygghet. Den är tung att bära och beskrivs med termer som oro, osäkerhet, obalans, rädsla, nervositet samt en känsla av att sakna plats i tillvaron. (Andersson, 1984, s 12–14).

Enligt Andersson (1984) finns två trygghetstermer inom vården, nämligen förlita-sig-på-andra-trygghet och pseudo-trygghet, den första termen innebär att patienten sätter tillit till andra individer runt sig inom vården och till vårdpersonalens kunskap då patienten själv inte kan ha kontroll över situationen. Den andra termen, pseudo-trygghet, berör patienten, anhöriga och personal, patienten tillåter sig stanna i en trygghet medan anhöriga försöker inge trygghet genom att hålla sig lugna trots att de egentligen inte vet vad de upplever. Personalen vill hålla patienten trygg och undviker sanningen i vissa situationer. Religiös tro kan främja självtryggheten hos många. Trygghet i miljön kan en person uppleva på sjukhus där hjälpen är nära. I vårdrelationen får patienten fysisk närhet och behöver inte vara ensam, vilket inger relationstrygghet. (Andersson, 1984, s 16).

4 Teoretisk bakgrund

Människan blir påverkad av miljöomgivningen. Upplevelser av den kan påverka och ge olika känslor, både negativa och positiva. En väl planerad fysisk miljö skulle kunna reducera de negativa känslorna och uppmuntra till välbefinnande samt avledande av tristess, ångest och smärta.

Som teoretisk bakgrund har respondenten valt att ta tvärvetenskaplig litteratur, som fungerar som en kunskapsbas. Fördjupning sker i demens, demensutredning, den fysiska miljöns betydelse och stödande boendemiljö. Kunskap i dessa ämnen behövs för att läsaren skall få en bättre inblick i forskningen.

4.1 Demens

Demens är ett samlingsnamn för flera olika minnessjukdomar. Dessa är inte normala åldersförändringar, utan gemensamt för dem är att personerna får sjukliga förändringar i hjärnan, vilka påverkar bland annat minnes- och tankeförmågor. Även flera funktioner kan drabbas, som förmågan att tänka, kontrollera sina känslor, hitta i miljön, uppleva känslor, tala och förstå språket och att ta egna initiativ (Demensförbundet 2012).

Demenssjukdomen delas upp i två huvudgrupper: primära och sekundära demenssjukdomar. Vid primär demenssjukdom pågår en fortlöpande nedbrytningsprocess i hjärnan, vilket leder till förtvining av hjärnvävnaden. Alzheimers sjukdom och frontallobsdemens hör till denna grupp. Alzheimers sjukdom är den vanligaste av alla demenstillstånd. Sekundär demenssjukdom orsakas av olika sjukdomar t.ex. vaskulär demens, demens orsakad av hjärnblödning, vitamin B₁₂-brist, sköldkörtelsjukdom, alkohol- eller drogmissbruk, och aids. (Skog 2009, s 28).

4.2 Diagnos

Sjukdomen är vanligast i hög ålder, men påträffas även hos yngre. Symtomen varierar mellan olika individer och beroende på var i hjärnan skadan finns. Det är viktigt att fastställa en demensdiagnos för att utesluta andra sjukdomar. Klienten själv och dennes anhöriga har rätt att veta diagnosen. För att kunna behandla med läkemedel måste en diagnos vara gjord. (Skog 2009, s 19).

4.2.1 Demensutredning steg I

För att kunna fastställa diagnosen skall personen ha haft symtomen i minst sex månader, och steg I gjorts i demensutredningen: sjukdomshistoria, ärftlighet och sociala förhållanden utretts, aktuell medicinering, kroppslig undersökning som innefattar kontroll av EKG, blodtryck, hjärt- och lungfunktion samt syn och hörselkontroll. Datortomografi tas, och i denna undersökning synliggörs om klienten haft hjärninfarkter eller blödningar. EEG (elektroencefalografi) tas för att se hjärnans elektriska aktivitet, vid Alzheimers sjukdom

är aktiviteten försämrad. Laboratorieprover tas för att utesluta urinvägsinfektion, sköldkörtelstörning, järn- eller vitamin B₁₂ brist samt prov av ryggmärgsvätska för uteslutande av infektion i centrala nervsystemet. Minnes anamnes och psykosocial anamnes görs för att förstå när eller i vilka situationer minnet sviktar, hur klienten gör för att klara situationen, hur klienten hittar i omgivningen, om denne ofta går vilse, om klienten finner de rätta orden, hur av- och påklädning fungerar, om telefonen kan användas, om intressena har ändrats samt om det förekommer sömnstörningar? Den kognitiva statusen testas oftast med Mini Mental State Examination (MMSE = MMT). Enklare tester är AQT-test och klocktest. (Skog 2009, s 47–49).

4.2.2 Demensutredning steg II

Gör man steg två är det en fullständig utredning. Steg ett räcker för en diagnos, men i vissa fall görs också steg två. En psykolog gör en neuropsykologisk undersökning som med hjälp av skalor och tester lokaliserar hjärnskadans omfattning och grad. ADL förmågan bedöms, hur klarar klienten ekonomin och sociala aktiviteter, behövs hjälpmedel och bostadsanpassning? Avvikande beteende och relationsproblem bedöms. Lämplig vårdnivå och vårdplanering utreds. Behandling med läkemedel tas ställning till. (Skog 2009, s 50).

4.3 Den fysiska trivselfaktorn i boendet

Det finns många olika trivselfaktorer i vårdboendet, inte minst personalens omvårdnad, men i mitt examensarbete tas den fysiska miljön i och runt bostaden upp. Boendet kan vara placerat i lokalsamhället för att släktingar och vänner skall ha lättare att komma på besök. Utemiljön är en viktig plats där boende kan sitta och njuta, se andra människor och följa naturen. Klienten skall kunna röra sig fritt ute för att få bort sin ångest som demenssjukdomen kan ge i ett tidigt skede. Tillgång till gröna rum ute är en stor trivselfaktor, här kan finnas växter och planteringar som väcker sinnen. Uterummet skall få de äldre att aktivera sig i form av upplevelser. Gångstigar och sittplatser i trädgården inbjuder till social samvaro. Det är viktigt att klienten ser trädgården från sitt rum (Abramsson & Nord s 263,64)

Trivseln skall framträda i planeringsskedet, vid byggandet, inflyttningen och när miljön är i användning bor i miljön. (Abramsson & Nord s 275).

4.4 En boendemiljö som stöder dementa att klara sig själv

Arkitekturen är väl genomtänkt för dementa personer. Omgivningen är tydlig gestaltad med hjälp av kontraster, ljus och färg liksom landmärken. En stimulerande miljö fri från hinder kan få dementa personer att bli företagsammare. Tryggheten och företagsamheten förbättras då belysningen, akustiken och materialet i omgivningen är genomtänkt. (Abramsson & Nord s 282).

5 Undersökningens genomförande

Undersökningen är kvalitativ och baserar sig på dokumentstudie. I den kvalitativa studien inriktas intresset på att undersöka människors upplevda värld. Metoden används ofta inom humanvetenskaplig forskning och utgår från att allt inte kan förklaras med siffror (Bell, 2007 s 13).

Respondenten har sammanställt de vetenskapliga forskningarna i en resuméartikel och analyserar data med hjälp av innehållsanalys.

5.1 Dokumentstudie

Respondenten har i sitt examensarbete enbart valt sökning av forskningsartiklar i det valda ämnet. Dementas förmåga att förstå frågeställningen inom ämnet och att få relevanta svar tar tid, därför ingen enkätstudie. Med detta menar respondenten inget illa mot dementa personer.

Respondenten valde dokumentstudie, och har tagit reda på hur dokument förklaras i olika litteratur. Ett dokument är traditionell information som nedtecknats av någon om ett visst ämne. Dokumenten kan vara skrivna för hand eller tryckt text. Hur många det finns av

dokumenten eller om de är spridda har ingen betydelse. Litteratur, privata handlingar, register och statistik är några dokumentformer. Karaktären på dokumenten avgör var de skall sökas och forskarens problemställning styr vilka dokument som utnyttjas. Tillkomsten av informationen i dokumenten saknar forskaren kontrollen över. Vid muntliga berättelser återges händelsen i obearbetat skick. (Olsson & Sörensen 2007, s 87).

Enligt Patel och Davidson har beteckningen dokument använts traditionellt för information som tryckts eller nedtecknats, men beteckningen används också numera på grund av den tekniska utvecklingen för former av film, bandupptagningar och fotografier. (Patel & Davidson 2011, s 63).

5.2 Resuméartikel

I examensarbetet framställs de olika forskningsartiklarna i en översiktsartikel (resuméartikel). Syftet med en översiktsartikel (resuméartikel) är att presentera existerande forskningslitteratur inom ett visst område. Resuméartikeln svarar på syfte, frågeställningar, vilka metoder som används och resultatet av forskningen. Det skall finnas en betydlig mängd om forskningsämnet i olika forskningar för att få en god översikt. Resuméartikeln ger en kort sammanfattning av det viktigaste i alla undersökningar inom ämnet. Resuméartikeln bör peka på konsekvenserna av analysen. Resuméartikeln är en neutral framställning, vilket gör att alla undersökningar behandlas lika, alla undersökningar presenteras på samma lista och får lika mycket uppmärksamhet. (Kirkevold, 1996, s 103–107).

Det finns styrkor och svagheter i en Resuméartikel. Styrkorna är att läsaren snabbt får en bild av innehållet i en lång rad artiklar som berör ett visst ämne, och den ger också läsaren möjlighet att plocka ut det han eller hon vill förkovra sig i. Svagheten är att värderingsarbetet och analys av forskningen lämnas åt läsaren. En kritisk analys är svår att utföra av läsaren då denne inte genast ser hela forskningen. (Kirkevold, 1996, s 109).

Resumén är en sammanfattning på ca 10-20 rader av forskningsartikeln, och att med några enstaka ord beskriva artikeln är svårt. Därför behöver den normalt utformas i flera olika versioner innan en kärnfull sammanfattning uppnås. (Bell, 2007, s 235).

5.3 Innehållsanalys

Innehållsanalysen används för att vetenskapligt analysera skriftliga data. Innehållsanalysens objekt koncentreras på kommunikationsinnehållet i till exempel intervjuer om hur personer upplever sin hälsa. Bredden och djupet i analysen är beroende på hur frågan ställs, t.ex. frågan: hur upplever du? är relativt bred och svaren kan bli spretiga, medan användningen av mer specifika frågor som t.ex.: var upplever du smärta? ger en djupare kunskap. Innehållsanalysen är induktiv. Induktiv metod innebär att utforska, och observera ett fenomen i verkligheten, och meningen är att samla in data kring det. (Olsson, 2007, s 129). Följande steg i arbetet är kategorisering, då görs en förenklad sammanställning av materialet genom att söka likheter och olikheter. Sammanställningen anknyts till samma kategori och ger dess innehåll ett beskrivande namn. Analysen fortsätter genom att förena kategorier med samma innehåll och ett namn ges som beskriver innehållet i kategorin eller de underkategorier den består av. (Kynges & Vanhanen, 1999).

5.4 Undersökningens praktiska genomförande

Examensarbetet är ett beställningsarbete av den ansvariga sjuksköterskan på ett demenshem i Österbotten. Aktuell vetenskaplig forskning har sökts efter via Nelliportalen på databaserna Ebsco och Cinahl och manuella sökningar har gjorts i tidskriften *Vård i Norden*. Sökord som använts är physical environment for dementia, alzheimer disease, interior design for dementia, care homes. Respondenten har tagit fasta på aktuell forskning från år 2008 till 2012. Alla artiklar är peer review-granskade. Respondenten fann 67 st artiklar, abstraktet lästes noga igenom och även hela artiklar vid osäkerhet. De artiklar som var relevanta valdes ut och skickades till respondentens e-post för att därifrån hämtas, sparas i elektroniskt format, genomläsas och användas i examensarbetet. 13 st artiklar är relevanta, de motsvarar syftet och frågeställningarna. Av de artiklar som valdes har en resuméartikel (se bilaga 1) gjorts och analyserats med hjälp av innehållsanalys. Med hjälp av innehållsanalysen vill respondenten få svar på följande frågor:

1. På vilket sätt påverkar fysiska miljön inomhus olika beteenden hos dementa?
2. Hur påverkas dementas livskvalitet av fysiska miljön?
3. På vilket sätt påverkar utemiljön dementas välbefinnande?

6 Resultatredovisning

Resultatet av dokumentstudien har redovisats i det här kapitlet. Frågorna har delats upp i **huvudkategorier** som svärtats för att göra materialet lättläst, underkategorier skrivits med *kursiverad stil*.

Huvudkategorier som har stigit fram är **beteenden, livskvalitet och utemiljö**. Ur huvudkategorin **beteenden** kom följande underkategorier fram, *vandrande, aggressivitet och rädsla*. I kategorin **livskvalitet** fann respondenten följande underkategorier: *välbefinnande, aktiviteter, värdighet och respekt, vägfinning och etik/hjälpmiddel*. Slutligen i kategorin **utemiljö** finns *trädgården*.

Respondenten analyserar vetenskapligt godkända artiklar för att få svar på hur fysiska miljön inomhus och utomhus påverkar olika beteenden och livskvaliteten hos dementa personer.

6.1 Beteenden

Under kategorin **beteende** har följande underkategorier stigit fram: *vandrande, aggressivitet och rädsla*.

Förändras patienters **beteende** till det positivare av fysiska miljöns omkonstruktion i korridor eller minskas negativt **beteende**. Egerton med flera (2010) har i sin undersökning kommit fram till att patienterna visade lite positivare **beteende** genom att samtal med andra ökade och besöken till den lilla butiken som var belägen i korridoren av dementa personer i sällskap med vårdare blev flera Patienterna menade att den nya ombyggda korridoren var renare, tystare och fick dem att må bra.

Vandrande

Personer med demens har många olika beteenden, av dessa beteenden är det *vandring* som förekommer mest, konstaterar Hong m.fl. (2009) i sin undersökning. Studien visade att personer med självständighet i ADL (allmän dagliga funktioner) visade mindre frekvent *vandrande* beteende, medan personer med nedsatt ADL hade en starkare tendens till *vandring*. En bekant miljö med ledtrådar såsom fotografier, bilder, texter eller personliga minnessaker utanför rummet ökade med 45 % framgången i att hitta rummet. Här kan

vandring förklaras av att en person är ute efter välbekanta saker. I studien hade observerats att när patienten blev mer förvirrad sökte han eller hon något eller någon som var bekant, vilket tyder på att *vandra* var ett sätt att lindra ensamhet och separation. I undersökningen (Chenoweth, 2011) där en avdelning anpassades till dementas specialbehov fanns en rad bevis för att förbättring av miljön kan göra beteendeförändringar till det positivare.

Aggressivitet

I Baillies m.fl. (2012) studie av sjuksköterskestuderandes erfarenheter av att vårda äldre personer med demens i sjukhusmiljö visste inte studerande hur de skulle hjälpa patienter när dessa uppträdde *aggressivt*. Studerandena fann att sjukhuset inte främjar vård av patienter med demens. Personalen ansåg att dementa patienter var på fel ställe, medan forskaren menar att akutvården diskriminerar äldre och dementa personer.

Chenoweth m.fl. gjorde en studie (2011) på olika boenden för dementa. Ett rum på varje boende hade anpassats för dementa personer. De fann att förbättrad och anpassad fysisk miljö kan tjäna som ett icke-farmakologiskt stödjande element för att minska nivåer av ångest, *aggression*, depression och psykotiskt beteende. Forskarna menar att den fysiska miljön kan inverka på livskvaliteten för personer med demens.

Vissa studier har betonat den viktiga länken mellan våldsamt beteende och miljö. Isaksson m.fl. (2009) har i sin studie funnit att äldre människor som lider av demens är särskilt känsliga för förändringar i miljön, så att även små förändringar kan leda till olika beteenden. Många personer, mycket buller, låsta dörrar, brist på utrymme och avskildhet kan utlösa *aggression*. De fann minskad *aggressivitet* och upprört beteende på vårdavdelningar som tillåter boende att ta med egna möbler i sovrum och i den allmänna miljön, och där miljön är lugn och trevlig samt dekorerad med fotografier av natur scener. Vårdgivare som arbetar i särskilda vårdenheter rapporterade signifikant lägre frekvens av exponering för störande beteende av boenden jämfört med de som arbetar i icke särskilda vårdenheter.

Rädsla

Många patienter känner sig *rädda* och förvirrade när de kommer till en ny miljö. I en studie som Mason (2011) gjorde på en demensavdelning som grundrenoverats och gjorts om till ett 12 personers boende blev patientsäkerheten högre, positiva beteendeförändringar noterades, minskning av antipsykotiska läkemedel, personalen är mera tillfredsställd. På

det gamla golvet var färgen grå och glänsande, så patienterna trodde att golvet var halt, vilket gjorde att *rädsla* för att falla fanns. Nya golvet är ett halkfritt trägolv där patienterna går säkra och trygga. Belysningen har dimmer, klart och tydligt ljus på dagen men på natten ändras ljuset till blått som ger en lugnande effekt och förståelse för att det är natt. Bra skyltning med hjälp av färgkoder och symboler hjälper patienten att hitta rätt. Forskaren menar att förbättring av miljön kan förbättra hälsan genom att patientsäkerheten är högre, *rädslan* mindre, beteendeförändringar positivare och psykläkemedel kan minskas.

Falk (2010) har i sin studie funnit att många äldre är *rädda* och otrygga vid flytt och renoveringar, för det betyder att de måste anpassa sig till en okänd miljö. Äldre som lyckas skapa hemkänsla på boendet har en större känsla av att ”höra hemma”, detta stärker självkänslan och identiteten som i sin tur stärker förmågan att hantera förändringar i sjukdomen och sjukvårdsbehovet.

6.2 Livskvalitet

I kategorin **livskvalitet** steg underkategorierna *välbefinnande, aktiviteter, värdighet och respekt, vägfinning och etik/hjälpmiddel fram*. Det finns inga viktigare behov för dementa personer när de flyttar till permanent institutionsvård än att uppnå bästa möjliga **livskvalitet** och ta emot optimal vårdkvalitet, menar Chenoweth m.fl. i sin studie (2011). **Livskvaliteten** kan bero på positiva eller negativa stimuli, däribland fysiska miljöer som saknar ledtrådar för att orientera sig i nuvarande verklighet. Personcentrerad vård ger **livskvalitet**, vården fokuserar på att göra verkliga ansträngningar för att förstå och respektera personens individualitet, förstå personens nuvarande värld, möta individuella behov av kärlek och tröst samt stödja återstående styrkor. Då personalen strävar efter att nå dessa mål placeras personer med demens i en särskild ställning som ger en känsla av tillhörighet. Fokuserar personalen inte på personcentrerad vård hos personer med demens kan beteendestörningar i psykologiska symtom uppstå. I studien framkom att de dementa som får personcentrerad vård har mindre ångest, ilska samt aggression och en ökning sker i välbefinnandet.

Välbefinnande

Riley-Doucet (2009) menar i sin studie att multisensorisk miljö stimulerar och ger en lugnare atmosfär, och ett *välbefinnande* infinner sig för dementa personer, deras familjer och för vårdarna. Familjer upplever att de kommer närmare sina anhöriga i rummet; de kan hjälpa till, men även sitta och njuta och se då anhöriga lyfter, känner och ser på olika föremål, njuter av musiken genom att lyssna eller sjunga med. Här finns mycket att upptäcka och dementa personer känner igen mycket av olika sensoriska delarna. Lamporna ger rummet en festlig och njutbar avkopplande atmosfär. Familjen kände närhet och nådde sina anhöriga i samtal, och de kunde göra något tillsammans. Resultatet av studien blev att multisensoriska rum ger mera avslappning, mindre oro samt piggare personer. Dementa var mindre uttråkade, diskuterade mera efter stunden i rummet och en positiv kognitiv effekt förekom hos några.

Den fysiska miljön får inte glömmas i processen god vård fastän personcentrerad vård anses vara guld värt menar Edvardsson (2008) i sin studie. Den fysiska miljön kan bidra till personcentrering genom att personalen ser den boendes personliga saker och livshistoria och sedan kan personalen börja använda sig av dessa saker i miljön runt den boende som känner *välbefinnande*. Den fysiska miljön kan förhindra ett generöst välkomnande om inte vårdpersonal fungerar tillsammans med boenden och tillgodoser behoven hos honom eller henne.

Aktiviteter

Vilka *aktiviteter* och hur utrymmena där dessa *aktiviteter* sker är, är viktigt för dementa och deras anhöriga, kom Innes m.fl. (2011) fram till i sin studie på demensboenden. *Aktiviteter* som stimulerar patienten, såsom minneslådor samt interaktiva plattor att röra eller känna på, förebygger oroligheter menar Mason (2011) i sin studie, även om det är viktigt att personalen är utbildad för att förstå hur de olika *aktiviteterna* används och varför.

Det är svårt att hitta *aktiverande* och rehabiliterande metoder för dementa personer med tanke på deras kognitiva svikt, och där kan utemiljön kan vara kompletterande. För att sysselsättningen skall vara meningsfull och effektiv skall det vara den dementas egna intressen som utövas. En studie har gjorts av Thelander m.fl. (2008) i en park nära ett demensboende. Parken var en romantisk park med gamla träd, en bäck som hade gångbro över, stengångar och bäddar där blommor kunde planteras. De dementa fick välja redskap,

medan ledaren assisterade. Resultatet blev att hälften av de boende behövde ständig hjälp och stöd i *aktiviteter* eller konstant tillsyn på grund av risken att falla. Flera var oberoende och plockade skräp, äpplen, krattade gräs, spred matjord, sopade gatstenar, torkade bänkar, samlade ogräs och förde till kompost. Dessa *aktiviteter* verkade vara naturliga för boendena. Promenader var den vanligaste *aktiviteten* i parken. Resultatet av studien var att *aktivering* och rehabilitering i en parkliknande miljö kan användas som komplement till andra rehabiliteringar och *aktiveringar* för att behålla eller förbättra funktionsförmågan för boende med demens. Resultatet visade att det var svårt att stödja och ta hand om flera dementa personer i parken samtidigt, så parkarbete bör ses som en individuell behandling eller *aktivering*.

Värdighet och respekt

Sjuksköterskestuderande uttryckte sin okunnighet inom vård av demenspatienter på en sjukhusakutavdelning. I Baillies m.fl. studie (2012) var studerande ledsna för att de och inte heller personalen kunde vårda med *värdighet och respekt* på grund av för lite utbildning. Studerande kämpade för att dementa personer skulle få vård på ett vårdhem, för rörligheten på akutavdelningen var begränsad, personalen var rädd att dementa skulle försvinna ut genom dörren och känslomässiga behov blev inte tillfredsställda då personalen var upptagna med specialsjukvård. Eleverna fann att sjukhuset inte främjar vård eller är rätt miljö för dementa patienter. Sjukhuset lovade utbilda sin personal och läroplanen i sjuksköterskeutbildningen skall ändras så att eleverna har kunskap att ta hand om personer med demens.

Vägfinning

Flera klienter hade svårt att hitta toaletterna och även sovrummen de var tilldelade på boendet. Den fysiska miljön inomhus måste kunna stöda dementa personer menar Innes m.fl. (2011) i sin studie. Ingen enskild miljö passar till alla invånare, men för att *finna väg* till olika utrymmen som wc, sovrum och matsal har den fysiska miljön betydelse. Fysiska hjälpmedel som ledstänger, ramper och breda dörrar underlättar.

Etik/hjälpmedel

Hjälpmedelsinstitutet (AT) främjar äldre personer, däribland dementa, att behålla livskvalitet, och göra det möjligt för dem att bo kvar i eget hem. Hjälpmedelsinstitutet är

mångsidigt och kan användas på många sätt: som stöd för vårdgivare av dementa i vardagliga problem, för att stödja sociala kontakter, för att öka säkerheten genom att installera automatiska vägledande ljus som förhindrar fallrisken med anordningar som förhindrar farliga situationer vid spisen och övervakning kan installeras i så kallade smarta golv som larmar om en person fallit. Det finns många möjligheter i AT som kan leda till att äldre helt övervakas i eget hem och kan bo längre hemma. Zwijsen m.fl. (2010) har gjort en dokumentstudie om *etiska* konsekvenser i användningen av tekniska hjälpmedel. Med specifik övervakningsutrustning blir *etiska* värden såsom integritet, självständighet och oberoende en risk. Dessutom är en potentiell konsekvens av att vara övervakad och vårdas på avstånd att den mänskliga kontakten med sjukvårdspersonal kan minska, vilket kan vara ödesdigert eftersom för vissa äldre människor kan kontakt med vårdpersonal vara enda sociala interaktion de har. Övervakning med kameror kan orsaka allvarliga känslor av kränkning och riskera sekretessen för både patient och vårdare, särskilt om de inte kan stänga av den. De flesta äldre personer uppger att så länge det finns en balans mellan behov och integritet och deras privatliv inte kränks kan eventuella integritetsfrågor upphävas i hemmiljö. Att bo hemma värderas stort och eventuella förluster av självständighet och integritet betyder inte så mycket eftersom det hävdas att dessa förluster skulle vara mycket större när de äldre flyttar till ett vårdhem.

6.3 Utemiljö

I kategorin **utemiljö** steg underkategorin *trädgården* fram.

Då Innes m.fl. (2011) gjorde en studie hur dementa och deras anhöriga tänkte vid val av demensboende kom de fram till att möjligheten att gå ut hade stor betydelse. Även var byggnaden fanns, nära samhället och anhöriga, gemensamma interna områden, individuella utrymmen och om det kändes positivt eller negativt i byggnaden var viktiga aspekter.

Trädgården

Att införa *trädgårdar* vid boenden och ta in naturen till exempel i form av blommor skapar trivsel och ger något att prata om. Det är en terapeutisk metod och ger välbefinnande menar Heathcote (2011) i sin studie. Ser man naturen genom fönstret skapar detta en känsla av förnöjsamhet med sitt boende, och det kan också minska stress och ha en positiv inverkan på hälsan. Naturen kan leda till många aktiviteter, diskussioner om blommor, stenar och växtplatser. Blommor och blad kan pressas, målas av, fotograferas och

fotoalbum göras. Heatcore (2011) menar att det finns många fördelar med att föra in växter och blommor: de ger doft som väcker minnen, växterna väcker vårdinstinkten och de boende ser hur växterna förändras. Resultatet blev att personalen kan ta in naturen i hemmet för att skapa trivsel och välbefinnande.

7 Tolkning

För att få en djupare förståelse och ett resultat har respondenten i kapitlet tolkat resultatet mot de teoretiska utgångspunkterna: Erikssons (1996) tankar om välbefinnande och Anderssons (1986) tankar om trygghet. Speglar även resultatet mot den teoretiska bakgrunden. Tolkningen struktureras enligt de kategorier som framstod i resultatredovisningen.

7.1 Tolkning av kategorin beteende

Utifrån analysen av det insamlade datamaterialet framkommer i resultaten att dementa personers beteenden kan förändras till det positivare vid ombyggnader av den fysiska miljön, förändringar antecknades om att mera samtal med andra ökade och besöken till butiken i den omgjorda delen blev fler. (Egerton m.fl. 2010). Detta stöder Anderssons (1984) tankar om att tryggheten inte motsvaras av någon speciell händelse eller företeelse utan är individens uppfattning om verkligheten.

De personer som har nedsatt ADL visade en starkare benägenhet till *vandring*, medan de som hade större självständighet i ADL hade ett beteende med mindre *vandrande*. Detta förklarades med att en bekant miljö med ledtrådar som fotografier, bilder, texter eller personliga minnessaker utanför det egna rummet gör att personen söker välbekanta föremål, menar Hong m.fl. (2009). Trygghet kan enligt Andersson (1984) uppdelas i inre och yttre trygghet. Med yttre trygghet avses de faktorer som påverkas utifrån: såsom miljö, relationer, kontroll samt materiella faktorer. Här kan relateras till då dementa *vandrar* hittar de en yttre trygghet i att finna bekanta ledtrådar i sin miljö och beteendet minskar.

Aggressivt beteende från dementa personer har studerande svårt att bemöta, detta kom fram i Ballies m.fl. (2012) studie. Där kom också fram att sjukhuset inte främjar vård av demenspatienter. Andersson (1984) menar att trygghetskänslan störs när individen har en

förlust av kontroll, här har studeranden inte kontroll och trygghetskänslan störs för både studeranden och demenspatienten.

På ett boende för dementa där varje boende fått nytt rum som anpassats till deras specialbehov kom Chenoweth m.fl. (2011) fram till att den förbättrade miljön kan minska nivåer av ångest, *aggression*, depression och psykotiskt beteende samt inverka på livskvaliteten. En annan forskare, Isaksson m.fl. (2009) fann i sin studie att äldre dementa människor är särskilt känsliga för förändringar i miljön. Även små förändringar, kan leda till mera beteendeförändringar. Även Mason m.fl.(2011) har i sin studie funnit att under pågående miljöförändringar på boendet känner patienten *rädsla*, men efter utförd förändring till specialboende skedde det positiva beteendeförändringar. Falk (2010) har i sin studie funnit att många äldre dementa är *rädda* och otrygga vid flytt och renoveringar. Falk (2010) menar att de äldre som lyckas skapa hemkänsla på boendet har större känsla av hemmahörande, vilket stärker självkänslan och identiteten, vilket i sin tur stärker förmågan att hantera förändringar i sjukdomen och sjukvårdsbehovet. Enligt Erikssons (1996) utgångspunkt att hälsa är ett integrerat tillstånd av sundhet, friskhet och välbefinnande men inte nödvändigtvis frånvaro av sjukdom eller lyte kan det i kategorin beteende tolkas som hälsa då individen i relation till kognitiva förmågan inte är i behov av mera stöd från vårdare än den kognitiva förmågan förutsätter, välbefinnandet sker stegvis, men tillstånd av tillfälligt icke välbefinnande kan förekomma. Helheten kan uppstå trots dysfunktion, om man ser på detta sätt och ur detta perspektiv kan hälsa råda trots förekomst av sjukdom eller lyte. Om dementa känner välbefinnande är det upplevd hälsa. (jmf Eriksson 1996).

7.2 Tolkning av livskvalitet

I kategorin *livskvalitet* menar Chenoweth m.fl. (2011) i sin studie att *livskvalitet* kan bero på positiva eller negativa stimuli. Fysiska miljöer som saknar ledtrådar för att orientera sig i nuvarande den verkligheten kan orsaka negativa stimuli, medan personcentrerad vård ger *livskvalitet* då vården fokuserar på att förstå och respektera personens individualitet, förstå dennes nuvarande värld, möta behov av kärlek och tröst samt stödja återstående styrkor. Eriksson (1984) säger att hälsa är relativ, någonting individuell; hälsa kan inte ges till en annan men kan stödas (att vara hälsa). På detta sätt förstås att varje dement person är individuell och därefter behöver personcentrerad vård.

Riley-Doucet (2009) kom fram till i sin studie att familjen upplever att de kommer närmare sina anhöriga i det multisensoriska rummet. De kan hjälpa till, men även sitta och njuta och

se då anhöriga lyfter, känner och ser på olika föremål, njuter av musiken genom att lyssna eller sjunga med, känna hur deras nära har ett *välbefinnande*. Trygghet ses i tre huvuddimensioner, menar Andersson (1984). De är trygghet som känsla, trygghet som ett inre tillstånd och trygghet till det liv man lever. Här i studien där dementa finner välbefinnande i samvaro med anhöriga och med att känna igen olika ting i multisensoriska rummet förstås att dementa personer känner trygghet i det liv de lever.

Aktivering av dementa med att de själv enligt förmåga och det de fann intressant i en romantisk parkliknande miljö visar att funktionsförmågan bibehålls eller förbättras menar Thelander m.fl.(2008). De fann även att det var svårt att stödja flera personer på samma gång, parkarbete börs ses som en individuell aktivering. Enligt Erikssons (1996) begrepp anså, leka och lära kan dementa personer erhålla nya handlingsmöjligheter, att lära kan tolkas att dementa personer får ny kunskap som gör att de växer mot ökad grad av hälsa. De är sig själva och det naturliga träder fram.

I den fysiska miljön inomhus har stödande av *vägfinning* betydelse menar Innes m.fl. (2011) i sin studie. Med hjälp av ledstänger, ramper, breda dörrar, bra skyltning och egna minnessaker utanför sitt rum har dementa lättare att orientera sig. Trygghetsresurser, trygghetsproducerande faktorer kan ses som komponenter och bidrar till livskvalitet för den enskilde enligt Andersson (1984). Här kan tolkas att de stödande *vägfinnings* faktorerna är en trygghetsresurs som bidrar till livskvalitet.

Hjälpmiddelsinstitutet är mångsidigt, används på många sätt och främjar därmed äldre personer med demens att behålla *livskvaliteten*, menar Zwijsen m.fl. (2010). Genom att utnyttja hjälpmiddelsinstitutets erbjudanden kan dementa personer bo kvar längre i sin hemmiljö och bibehåller på så sätt *livskvaliteten*. Många av hjälpmedlen leder till att dementa personer övervakas och etiska värden övervägs, men flera av personerna uppger att så länge det finns en balans mellan behov och integritet och privatlivet inte kränks kan eventuella integritetsfrågor upphävas i hemmet. Erikssons (1996) teori om vårdandet är att det har sin grund i kärlek som tar sig olika uttryck. Kärlek är ett uttryck som är den konkreta formen av ansning, individer som upplever frid med sig själv kan anså (älska) sig själv och andra. Med detta förstås att dementa personer som är trygga i sig själv och sin kärlek kan lita på och älska andra.

7.3 Tolkning av kategorin utemiljö

I studien Innes m.fl. (2011) hade *utemiljön* stor betydelse vid val av boende: personerna ville kunna gå ut i trädgården och de ville att boendet skulle vara nära samhället och anhöriga. Enligt Andersson (1984) kan trygghet ses i tre huvuddimensioner: trygghet som känsla, trygghet som ett inre tillstånd och trygghet relaterat till det liv man lever. Tryggheten relaterat till livet man lever kan ytterligare delas in i olika termer varav miljötrygghet upplevs av boenden i *utemiljö* och relationstrygghet uppkommer med nära relationer såsom nära anhöriga.

Att ha tillgång till en trädgård och att kunna se trädgården inifrån boendet skapar trivsel och ger välbefinnande, menar Heathcote (2011) i sin studie. Naturen skall kunna tas in, eftersom det ger en form av välbefinnande, har en positiv inverkan på hälsan och kan minska stress. Då individen är lösgjord från de ursprungliga banden måste ett nytt sätt finnas att orientera sig för att finna tryggheten, samhörigheten och fotfästet i tillvaron, då kan en spontan gemenskap med människor och naturen förena, menar Andersson (1984). Individen har ansvar för naturen, allt levande och allt liv, medan naturen kan ge hälsa åt individen och utgöra en källa till kraft och livsmening (jmf Eriksson1996) .

8 Kritisk granskning

I detta kapitel har studien genomgått en kritisk granskning för att se om den är tillförlitligt. Respondenten utgick från Larssons (1994) kvalitetskriterier för kvalitativa studier i den kritiska granskningen av hela examensarbetet. Det innebär att kvaliteten på studien undersökts. Följande kriterier valdes: perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde samt struktur.

Perspektivmedvetenheten innebär att sanningen är relativ och att det ligger ett perspektiv bakom varje beskrivning av verkligheten. Det innebär att vid första mötet med materialet som skall tolkas har en föreställning om vad det innebär, med hjälp av detta kan materialet ses som helhet. Perspektivmedvetenheten förändras ständigt under tolkningsprocessen (Larssons 1994 s 165).

För att respondenten skulle få en helhet till studien baserar den sig på teoretiska utgångspunkter, teoretisk bakgrund samt forskning. De teoretiska utgångspunkterna

passade in i arbetet då begreppen trygghet och välbefinnande som ingår i hälsa utgör en central roll i dementa personers liv. En annan teoretiker kunde ha valts då respondenten tyckte det var svårt att tolka Erikssons (1996) teori om hälsa. I den teoretiska bakgrunden valde respondenten att läsa in sig på följande relevanta områden: demens, demensutredning, den fysiska miljöns betydelse och en stödjande boendemiljö. Respondenten ansåg att denna information är viktig för att få en förståelse för helheten i arbetet.

Intern logik harmoniserar mellan forskningsfrågor, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod anser Larsson (1994 s 168–170). I studien bör finnas en röd tråd som de olika delarna relaterar till. Frågorna styr valet av insamlingsmetod och dataanalysmetod, så att frågorna har betydelse i uppkomsten av de olika kategorierna. Respondenten erhöll svar på sina forskningsfrågor och anser att litteraturstudie var en lämplig datainsamlings metod för att få djupare insikt i den fysiska miljöns betydelse för dementa personer.

Som datainsamlingsmetod använde respondenten dokumentstudier, valet av forskning var inte så enkelt och självklart. Processen har varit komplicerad på grund av att det fanns så få forskningar om dementas fysiska miljö som var relevanta.

Dataanalysmetoden har gjorts med hjälp av innehållsanalys och av Kirkevolds (1996) resuméartikel för att kunna analysera varje forskningsartikel. Resuméartikeln gav informationen som behövdes och den analyserades med hjälp av Olssons (2007) innehållsanalys. Respondenten anser att resuméartikeln var en enkel metod att samla in nödvändiga data när man väl kom underfund med den. Innehållsanalysen var ett bra sätt att hitta sammanhang och kategorier.

Etiskt värde är enligt Larssons tankar (1994, s. 171–172) en viktig aspekt i en vetenskaplig studie, för att hålla god kvalitet bör forskaren inte fuska med vad han eller hon upplever som sant. Påverkan av andras intressen bör undvikas och forskaren skall alltid se sanningen. I en vetenskaplig studie är fusk inte tillåtet. Det riktiga och sanna resultatet söks alltid och resultatet skall heller inte vinklas till någons fördel. (Larsson 1994, s. 171–172).

I god forskningsetik har enligt respondenten gjorts genom att alla data behandlats på ett objektivt sätt och respondenten har inte satt till eller tagit bort någonting. Ibland har resultat utelämnats på grund av att det inte varit relevant till denna studie, men var gränsen skulle dras har inte alltid varit lätt.

Larsson (1994, s. 173–175) menar att resultatet skall ha en god struktur samt vara överskådligt. Strukturen skall vara så enkel som möjligt och resultatet skall tydligt och klart komma fram trots en omfattande beskrivning av materialet.

I resultatredovisningen har de tre huvudkategorier som valts skrivits med fet stil och underkategorierna kursiverats. Respondenten anser att resultatet blev överskådligt.

9 Diskussion

Examensarbetets syfte var att ta upp den fysiska miljön kring dementa personer. I många av de 13 forskningar respondenten analyserat har framkommit att dementa personer fungerar olika i en planerad fysisk miljö beroende på deras kognitiva förmåga och att beteenden inte förändras enbart av den fysiska miljön, men att den fysiska miljön har betydelse.

I frågeställningen om den fysiska miljön inomhus påverkar olika beteenden hos dementa blev resultatet att förändringar i den fysiska miljön för specialboenden påverkar beteenden positivt, men under ombyggnadstiden kunde små förändringar leda till negativa beteenden. Dementas kognitiva och funktionella förmåga samt vandring påverkades positivt om miljön var bekant. Finns personliga saker eller kort som dementa personer känner igen utanför sin sovrums- eller wc-dörr känner personen igen detta och upplever en positiv känsla. Om ADL funktionen var nedsatt påvisades i vissa studier att det fanns ökat negativt beteende och psykiatriska symtom.

På frågan om dementas livskvalitet påverkas av den fysiska miljön blev svaret i studien att livskvaliteten påverkas negativt eller positivt av den fysiska miljön beroende på till exempel om den fysiska miljön hade ledtrådar för den demente att orientera sig i nuvarande verklighet. I flera studier kom fram att välplanerat specialboende för dementa och personcentrerad vård gav dementa välbefinnande och livskvalitet. Respondenten förstår här hur viktigt det är att se människan för den hon är och att inte enbart en specialmiljö gör människan hel.

På frågan om utemiljön kan påverka dementas välbefinnande blev svaret att trädgården är en miljö där livsglädjen är stor, negativa beteenden minskar och samhörigheten med anhöriga och samhället ökar samt en välbefinnandet känsla uppkommer. Många minnen finns här i form av olika växter, stenar, sand och föremål. Aktivering och rehabilitering i viss mån kunde ske i utomhusmiljö. Respondenten har inte tänkt på hur glädjande

utomhusmiljö är för boendena, men kommer att på sin framtida arbetsplats försöka få in mera utomhusvistelse för boenden.

Respondenten ifrågasätter då det i flera forskningar steg fram att vårdpersonal är osäkra i vårdandet av personer med demens och inte har kunskapen, färdigheterna och attityderna för att ge god vård. Multisensoriska miljöer är av intresse. I en forskning hade rum på olika boenden gjorts om till multisensoriska rum där boende kunde känna, se, lyssna, höra och sjunga. I dessa rum trivdes alla: dementa, anhöriga och vårdpersonal. Anhöriga följde sina nära och kunde njuta av deras välbefinnande i rummen.

Det här har varit ett mycket intressant område att göra examensarbetet i och för respondenten har det väckts många tankar och idéer om vidare forskning. Med tanke på framtida byggnader och renoveringar kan en välfungerande fysisk miljö planeras med hjälp av forskning inom området.

Litteratur

Abramsson, M. & Nord, C. (2012). *Äldres boende – forskningsperspektiv i Norden*. Lund: studentlitteratur.

Andersson, K. (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Solna: Esselte studium AB

Baillie, L., Cox, J. & Merritt, J. (2012). Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges. *Nursing Older People*. 24 (8), 33–7.

Bell, J. (2007). *Introduktion till forskningsmetodik*. (4.uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Chenoweth, L., King, M., Luscombe, G., Forbes, I., Jeon, Y-H., Parbury, J., Stein,., Brodaty, H., Fleming, R. & Haas, M. (2011). Study Protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting. *Worldviews evid based nursing*. 8 (3), 153–165.

Demensförbundet (2012). *Demenssjukdomar*.
http://www.demensforbundet.se/se/om_demens/demenssjukdomar. (Hämtat 22.10.2012).

Edgerton, E. Ritchie, L McKechinie, J. (2010). Objective and subjective evaluation of a redesigned corridor environment in a psychiatric hospital. *Mental Health Nursing*. 31 (5), 306–14.

Edvardsson, D. (2008). Therapeutic environments for older adults: constituents and meanings. *Journal of Gerontological Nursing*, 34 (6): 32–40.

Eriksson, K. (1996) *Hälsans ide'*. (2.uppl.) Stockholm: Liber.

Falk, H. (2010). There is no escape from getting old – Older persons' experiences of environmental change in residential care. *International Psychogeriatrics*, 19 (6), 1040–1050.

Heathcote, J. (2011). Natural moments: a breath of fresh air in dementia care. *Nursing & Residential Care*, 13 (6), 290–293.

Holme, M. I. & Solvang, K. B. (1997). *Forskningsmetodik*. (2.uppl.) Lund: Studentlitteratur.

- Hong, GS. & Song, J. (2009). Relationship between familiar environment and wandering behavior among Korean elders with dementia. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (9), 1365–1373.
- Hunt, L. (2011). Environments design to heal. *Nursing Older People*. 23 (1), 14–17.
- Innes, A., Kelly, F. & Dincarslan, O. (2011). Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value?. *Aging & Mental Health*, 15 (5), 548–556.
- Isaksson, U., Åström, S., Sandman, P. & Karlsson, S. (2009). Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 18 (7): 972–80.
- Jaatinen, T. & Raudasoja, J. (2007) *Våra vanligaste sjukdomar*. (3. uppl.) Helsingfors: Utbildningsstyrelsen.
- Kirkevold, M. (1996). Oversiktsartikler – et middel for å fremme integrasjon av sygepleieforskning. Ingår i: Bjerkreim, T., Mathisen, J. & Nord, R. (red). *Vision, viten og virke*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kynges, H., & Vanhanen, L. (1999). Sisällön analyysi. *Hoitotiede*, 11 (1) 3–11.
- Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. Ingår i Starrin, B. & Svensson, P-G. (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Mason, M-C. (2011). Environmental health. *Nursing standard*. 26 (13). 23–25.
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007) *Forskningsprocessen*. (2.uppl.) Stockholm: Liber.
- Parson, M. (2008) Designing care homes for people with dementia. *Nursing Older People*, 20 (4), 22–24.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011) *Forskningsmetodikens grunder*. (3.uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Riley-Doucet, CK. (2009) Use of multisensory environments in the home for people with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*. 35 (5), 42–52.

Skog, M. & Bonnier Utbildning AB. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*.(1.uppl.) Stockholm: Bonnier utbildning.

Statistikcentralen. *Finland i siffror* (2012).

Thelander, VB. Wahlin, TR. Olofsson, L. Heikkilä, K & Sonde, L. (2008) Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy*, 10 (1), 53–56.

Zwijssen, S. Niemeijer, A. Hertogh, C. (2010). Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people. *Aging & Mental Health*. 15 (4), 419–427.

Titel, Författare & år	Syfte	Metod	Resultat
1. There is no escape from getting old – Older persons' experiences of environmental change in residential care. Falk, H. (2010)	Att få en ökad förståelse för hur miljön påverkar vårdklimatet i termer av välbefinnande och livskvalitet och hur äldre personer skapar platsförankring och bevarar självidentiteten i särskilt boende.	Studien kombinerar kvantitativ och kvalitativ metod som tillåter personer och myndigheter att bli värderade både separat och tillsammans.	Enbart fysiska miljöförändringar påverkar inte livskvalitet och välbefinnande i positiv bemärkelse. Dementa personer var beroende av närheten till personal i allmänna utrymmen under renoveringen, de upplevde igenkännande och därigenom trygghet. Hemkänsla viktigare än hemligt.
2. Care home design for people with dementia: What do people with dementia and their family carers value? Innes, A Kelly, F Dincarslan, O (2011)	Att få fram synpunkter från dementa personer och deras anhöriga angående den fysiska designen på vårdboendet, och att diskutera utvecklingen av fysisk miljö som är viktiga för dem.	Sex fokusgrupper, totalt 40 människor, 29 med demensdiagnos, 11 närståendevårdare. Uppdelade på 3 grupper med dementa + anhöriga, 3 grupper med enbart dementa. Gruppen var i det rum som frågorna handlade om. Ljudinspelning med tillstånd av deltagare, allt skrevs upp, resulterade i 37 koder som blev 5 teman. En tematisk analys följde, rummen kodades.	Centrala teman är hur utrymmen i miljön används, t.ex. vad händer i byggnaden och närvaro eller frånvaro av konstruktionsdetaljer. Vägfinningshjälpmedel identifierades som positiva inslag i hemmet. Personalens närvaro gjorde hemmet hemtrevligt, detta kom fram trots inga frågor om det.
3. Caring for older people with dementia in hospital Part one: challenges. Baillie, L Cox, J Merritt, J (2012)	Att undersöka vuxna sjuksköterskestudenters erfarenheter av att vårda äldre personer med demens på sjukhus.	Fyra fokusgrupper vid ett engelskt universitet ljudinspelades vid intervjuer. Data analyserades tematiskt.	Äldre med demens är ofta intagna på sjukhus, men sjukhus främjar inte deras vård. Viss personal saknar nödvändiga kunskaper, färdigheter och attityder för att ge god vård. Vårdpersonal skall utbildas i vård av dementa. Universitet inför utbildning i vård av dementa.

<p>4. Relationship between familiar environment and wandering behavior among Korean elders with dementia. Hong, GS. Song, J (2009)</p>	<p>Att undersöka sambandet vandrande beteende i familjär miljö av personer med demens.</p>	<p>En beskrivande tvärsnittundersökning. Studien gjordes på 77 st dementa patienter och deras anhängigvårdare. Intervjuerna skedde öga mot öga med strukturerade frågor. SPSSv/12E0, beskrivande statistik, Pearsons korrelationer, t-test och flera regressioner användes i dataanalysen.</p>	<p>Det visade sig att en bekant känsla med miljön var en viktig faktor som påverkade dementas kognitiva och funktionella förmåga och vandring. Men framtida forskning med en mer tillförlitlig metod är nödvändig för att bekräfta resultaten som erhållits i denna studie.</p>
<p>5. Study protocol of a Randomised Controlled Group Trial of Client and Care Outcomes in the Residential Dementia Care Setting. Chenoweth, L. King, M. Luscombe, G. Forbes, I. Jeon, Y-H. Parbury, J. Stein. Brodaty, H. Flemming, R. Haas, M. (2011).</p>	<p>Att utvärdera effektiviteten och kostnadseffektiviteten för genomförandet av omvårdnad vårdpraxis och modifieringar av fysisk miljö i bostäder för demensvård.</p>	<p>Faktoriell grupp, slumpmässigt utvalda. Studien har gjorts i 38 statliga demenshem. 605 invånare över 65 år med demensdiagnos och 380 vårdpersonal. Analysen är en blandad modell av <i>covariance</i></p>	<p>Kostnads-konsekvensanalysen och kostnadseffektivitetens nyckeltal beräknas per enhet och resultaten ger snabb och hållbar bevis som kan informera taktiskt och sjukvårdspraxis, för att förbättra personers livskvalitet och vårdkvalitet samt minska på psykologiska symtom på demens.</p>

<p>6. Factors associated with the prevalence of violent behavior among residents living in nursing homes. Isaksson, U. Åström, S. Sandman, P. Karlsson, S. (2009)</p>	<p>Att undersöka sambandet mellan miljö och organisatoriska faktorer samt boenden och vårdgivares egenskaper på avdelningar med hög respektive låg prevalens av boenden med våldsamt beteende.</p>	<p>Tvärsnittsstudie. Studien utfördes i 10 vårdhem som bestod av 33 avdelningar Data samlades in med hjälp av Multi-dimensionell Demens Assessment Scale och Geriatriska Rating Scale. Variabler som rör organisation och miljö samlades med hjälp av enkät. Skillnader analyserades med hjälp av Mann-Whitney U-test, Chi-kvadrat test och SPSS 13AE0.</p>	<p>Våldsamt beteende är signifikant associerat med andra beteendemässiga och psykiatriska symtom och ADL- funktioner, samt vårdgivares erfarenheter av arbetet som tillfredsställande eller psykisk arbetsbelastning. Studien understryker multifaktoriell strategi för att förstå förekomsten av våldsamt beteende, även den fysiska miljön, organisatoriska faktorer, liksom egenskaper hos boendena och vårdgivare.</p>
<p>7. Ethics of using assistive technology in the care for community-dwelling elderly people. Sandra, A. Zwijsen. Alistar, R. Niemeijer. Cees, M.P.M. Hertogh. (2010)</p>	<p>En översikt över den internationella litteraturen om de viktigaste etiska överväganden inom hjälpmedelsteknik (AT) i vård för äldre med demens i bostaden.</p>	<p>Systematisk litteraturstudie. Sökte relevant litteratur om etiska konsekvenserna av att använda AT i vården av äldre dementa i hemmet. Totalt 46 artiklar. 3 teman, personlig livsmiljö, omvärlden, utformning av AT-anordningar och tillämpning i hemmet. Dataanalysen blev en tematisk etisk överblick.</p>	<p>Etiska debatten prioriteras inte för äldre som bor hemma. Etiska invändningar kommer från uppfattningen att människor är, eller skall vara oberoende och självständiga, detta är tveksamt i vården av svaga äldre inom hjälpmedels teknik.</p>
<p>8. Gardening activities for nursing home residents with dementia. Thelander, VB, Wahlin, TR. Olofsson, L. Heikkilä, K. Sonde, L. (2008)</p>	<p>Att beskriva och utvärdera trädgårdsarbete för personer med diagnosen demens med oroligt och rastlöst beteende, om det upprätthåller funktioner, förbättrar eller återställer funktioner.</p>	<p>Boende med diagnosen demens med agiterat och rastlöst beteende samt intresse för utomhusaktiviteter. Åtta stycken demenshem . Deltagarna aktiverades i utemiljö tre gånger per vecka i sammanlagt sex veckors tid under sommaren.</p>	<p>Aktivering och rehabilitering i utomhusmiljö är lämpliga i vården för dementa personer men bör ses som ett komplement till andra rehabiliterings- och aktiveringsmetoder för att upprätthålla funktioner.</p>

<p>9. Use of multisensory environments in the home for people with dementia. Riley-Doucet, CK (2009)</p>	<p>Att undersöka om det är genomförbart och effektivt att använda multisensoriska miljöer i demenshem.</p>	<p>En pilotstudie som använde kvalitativ forskningsdesign, inkluderade semi-strukturerade intervjuer från dementa över 65 med diagnos, plus anhöriga. Dataanalysen var kvalitativ och följde systematisk och sekventiell analysmetod. Fältanteckningar, ljudinspelningar, avskrifter.</p>	<p>Det upptäcktes att multisensoriska miljöer främjade beteenden hos dementa, de deltog mera i närmiljön och förhållandet till familjen förbättrades. Metoden kan användas som ett komplement till annan vård.</p>
<p>10. Natural moments: a breath of fresh air in dementia care. Heathcote, J. (2011)</p>	<p>Att göra boendena mera trivsamma genom att göra en trädgård utanför och ta in gröna växter och trädgårdens blommor, att integrera naturen i hemmet.</p>	<p>Personer med demens och mentala hälsoproblem. Boendena aktiverades genom att vara med i trädgårdsprojektet från planering till färdigställande.</p>	<p>En trädgård där livsminnen finns i form av växter, sand, stenar och föremål. Att integrera och samarbeta med naturen kan verka på ett positivt sätt. Engagera sig i naturen är terapeutiskt och ger välbefinnande.</p>
<p>11. Environment designed to heal. Hunt, L. (2011)</p>	<p>Att ge en specialiserad palliativ vård i en terapeutisk anläggning där man skapat en trivsamt, trygg och rofylld plats för demenspatienten och deras anhöriga samt ge utrymme och möjlighet för lugn eftertanke i ett privat rum.</p>	<p>En tvärvetenskaplig studie med en sjukskötare som leder palliativa vården på ett boende. Personalen i samarbete med dementa personer och deras anhöriga diskuterar sig fram.</p>	<p>Gjorde om på avdelningen så att det fanns en svit för demenspatienten i palliativ vård, sviten bestod av ett sovrum, badrum, köksvrå och ett rum där anhöriga kunde vara samt en avskild uteplats med pergola som insynsskydd. Här ges specialiserad palliativ vård och platsen är rofylld och trygg.</p>

<p>12. Objective and subjective evaluation of a redesigned corridor environment in a psychiatric hospital. Edgerton, E. Ritchie, L. McKechnie, J. (2010)</p>	<p>Att undersöka effekten av omkonstruktion av en korridor på ett psykiatriskt sjukhus hos dementa patienter, om deras beteende påverkats positivt eller om negativa beteenden minskats, om omkonstrueringen ledde till att flera patienter använder korridoren, uppfattar patienterna korridoren mera positiv än den gamla? Uppfattar personalen den omgjorda korridoren mer positivt än den gamla?</p>	<p>Observationsstudie som kallas beteendemässig kartläggning. Alla data analys utfördes med hjälp av SPSSv15.0 Beskrivande statistik presenterades i tabell. Chi-kvadrat-analys utfördes för att jämföra patienters beteende. Oberoende t-tester genomfördes för att jämföra patientens och personalens uppfattningar.</p>	<p>Resultatet visar på en positiv effekt av den omgjorda korridoren på patienternas beteende. Patienter och personal uppfattar miljön olika.</p>
<p>13. Therapeutic environments for older adults: constituents and meanings. Edvardsson, D. (2008)</p>	<p>Att beskriva vad som utgör terapeutiska miljöer och tolka vad det innebär att vara i sådana miljöer för äldre vuxna.</p>	<p>Observationer och narrativa intervjuer samlades in från patienter, deras anhöriga och personal. Informationen om studien gjordes verbalt och alla samtyckte, ingen avstod från att delta. Narrativa intervjuer genomfördes i ett avskilt rum och räckte ca 15-90 minuter per gång, sammanlagt 46 intervjuer. Observationer gjordes i sammanlagt 19,2 h. Studien har godkänts av etikprövningsnämnden för Umeå Universitet. Intervjuer och observationer analyserades kvalitativt.</p>	<p>Terapeutiska miljöer utgörs av tre samverkande och sammanvävda kategorier: den fysiska miljön, vad människor gör i miljön och en organisatorisk filosofi av vård. Terapeutiska miljöer kan stödja existentiella hemkänsla hos patienter. Studien kan bidra till sjukvårdspraxis genom att ge en bas för att reflektera över och utvärdera hur den fysiska miljön, personal och organisatoriska vårdfilosofi skall samarbeta för att stödja välbefinnandet hos äldre vuxna i långvarig vård.</p>