MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

UTOMHUSMILJÖNS BETYDELSE FÖR PERSONER MED DEMENSSJUKDOM

Ett patientperspektiv

UMUZHAT ZURKHAEVA
YANIRA SANDSTRÖM

Akademin för hälsa, vård och välfärd
Examensarbete i vårdvetenskap
Grundnivå
15 hp
Sjuksköterskeprogrammet
VAE027

Handledare: Annica Engström
Camilla Schmidt Birgersson
Examinator: Inger K Holmström

Datum: 2017-12-11

ABSTRACT

Background: People with dementia are increasing in our society and the majority who are cared in an institution, experience limited access to visit outdoor environment. Family members, think that relatives with dementia do not have the stimulation to go outside and need to be offered more time outdoors. **Problem:** People with dementia have a desire that healthcare treatment needs to be individualized according to their identity. Nurses have a lack of knowledge about the importance of outdoor environment for people with dementia. **Aim:** Is to investigate the importance of the outdoor environment for people with dementia from a patient's perspective. **Method:** A general literature reviews according to Friberg (2012) with descriptive design. **Result:** Outdoor environment had an internal and external impact on people with dementia. They experienced a feeling of well-being, quality of life, freedom, worry, fear and social interaction with other people when going outside. **Conclusion:** Knowledge about the internal and external impact of outdoors can be important for nurses to provide a good and safe care. Increased knowledge about the outdoors can be used to support health, well-being and also relieve the suffering of people with dementia.

Keywords: Activity, dementia, nature, quality of life, well-being.

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Antalet personer med demenssjukdom blir allt fler i samhället och merparten av människor som vårdas på en institution känner begränsad tillgång till vistelse i utomhusmiljö. Samtidigt anser anhöriga att deras närstående med demenssjukdom saknar stimulans för att vistas utomhus och behöver erbjudas mer tid i utomhusmiljö. **Problem:** Personer med demenssjukdom har önskemål om att vården behöver individanpassas och erbjudas efter enskild individs behov och identitet. Samtidigt har sjuksköterskor kunskapsbrist kring betydelsen av utomhusmiljö för personer med demenssjukdom. **Syfte:** Att ur ett patientperspektiv undersöka utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom. **Metod:** En allmän litteraturöversikt enligt Friberg (2012) med beskrivande design. **Resultat:** Utomhusmiljön hade en inre och yttre påverkan på personer med demenssjukdom. Personer med demenssjukdom upplevde en känsla av välbefinnande, livskvalitet, frihet, oro, rädsla samt social interaktion med andra, vid utomhusvistelse. **Slutsats:** Kunskap om utomhusmiljöns inre och yttre påverkan kan ligga som grund för sjuksköterskan att tillgodose en god och säker vård. Ökad kunskap kring det undersökta fenomenet kan även utgöra ett stöd för att främja hälsa och välbefinnande samt lindra lidande hos personer med demenssjukdom. **Nyckelord:** Aktivitet, livskvalitet, natur, demens, välbefinnande.

INNEHÅLL

1. INLEDNING 1

2. BAKGRUND 1

2.1. Beskrivning av begrepp 1

2.1.1 Utomhusmiljö 2

2.1.2 Demens 2

2.2 Teoretiskt perspektiv 3

2.2.1 Hälsa 3

2.2.2 Lidande 4

2.3 Tidigare forskning 5

2.3.1 Upplevelse att leva med demens 5

2.3.2 Anhörigas perspektiv 5

2.3.3 Sjuksköterskans perspektiv 6

2.4 Styrdokument 7

2.5 Problemformulering 7

3. SYFTE 8

4. METOD 8

4.1 Val av metod 8

4.2 Datainsamling och urval 8

4.3 Genomförande och dataanalys 9

4.4 Etiska överväganden 10

5. RESULTAT 11

5.1 Studiernas syfte 11

5.2 Studiernas metod 11

5.3 Studiernas resultat 12

5.3.1 Inre påverkan vid utomhusvistelse 12

5.3.2 Yttre påverkan vid utomhusvistelse 14

6. DISKUSSION 15

6.1 Resultatdiskussion 15

6.2 Metoddiskussion 17

6.3 Etiskdiskussion 19

6.4 Förslag på vidare forskning 20

7. SLUTSATS 20

REFERENSLISTA.....22

BILAGA A. SÖKMATRIS

BILAGA B. ARTIKELMATRIS

BILAGA C. KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLAR

1. INLEDNING

Antalet personer med demenssjukdom blir allt fler i samhället. Det medför att flera människor kan komma att behöva vård. Detta ställer krav på sjuksköterskan och hens ansvarsområde genom att sjuksköterskan behöver vara medveten om sjukdomsbilden för att kunna erbjuda individanpassad vård. Demens är ett förvärvat, mentalt sjukdomstillstånd som i huvudsak drabbar människor i äldre ålder och kan leda till försämrad kognitiv förmåga. Sjukdomen påverkar främst det sociala beteendet. Utifrån författarnas kunskaper om demens ifrån tidigare arbetslivserfarenhet anser de att det är viktigt att uppmärksamma denna målgrupp och beskriva förutsättningarna för en god vård som kan främja hälsan hos personer med demenssjukdom. Författarnas erfarenhet av dessa personer är att de känner sig instängda då alla dörrar till avdelningen är låsta och endast vårdpersonal är berättigade till att låsa upp dörren. Författarna uppmärksammade även att en del personer tittar ut på naturen via fönstret eller balkongen om det finns en möjlighet till det. Därav uppstod intresset att skriva om personer med demenssjukdom i detta examensarbete. Intresseområdet kommer från samordnare för forskning och utveckling (FoU) inom Mälardalens kompetenscentrum för hälsa och välfärd (MKHV), Akademin för hälsa, vård och välfärd på Mälardalens högskola.

Vi möter personer med demenssjukdom i vardagen och nyfikenhet väcktes över att se vilken betydelse utomhusvistelse kan medföra för personer med demenssjukdom. Kunskap om utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom kan vara en bra förutsättning för att stärka sjuksköterskans ansvarsområde att främja hälsa hos patienten. Förhoppningen är att detta examensarbete ska komma till nytta för sjuksköterskor i det praktiska vårdarbetet. Författarna har som ambition att åstadkomma nytta för sjuksköterskor genom att bidra med ökad förståelse för utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom.

2. BAKGRUND

I bakgrunden presenteras centrala begrepp, teoretiskt perspektiv, tidigare forskning, relevanta styrdokument samt problemformulering.

2.1. Beskrivning av begrepp

Nedan beskrivs vad utomhusmiljö innebär och vilken betydelse utomhusvistelse har på människan. Under rubriken ”Demens” beskrivs vad demens innebär, vilka olika former av demens som finns, vilka förändringar som sker vid demens och vilka riskfaktorer som kan leda till demens.

2.1.1 Utomhusmiljö

Utomhusvistelse i trädgård och natur kan ha ett stort inflytande på människors hälsa (Edwardsson & Wijk, 2014). Natur beskrivs som en rofylld plats för att förbättra koncentrationsförmågan och vila hjärnans mentala kapacitet. Vistelse utomhus i natur och trädgård kan ge sinnesstimulans för både balans, syn, smak, lukt, beröring och hörsel. I natur finns det tillgång till solljus och frisk luft som kan uppmuntra människor till rörelse i olika former av promenader och trädgårdsarbete. Trädgårdsarbete kan i sin tur väcka gamla minnen och leda till att människor känner igen växter, blommor, fågelkvitter och andra naturljud. Dagsljus är viktigt för dygnsrytm genom att individen blir naturligt trött under nattetid och sover då bättre. Dahlberg och Segersten (2010) skriver att aktiviteter utomhus i form av trädgårdsterapi kan ha betydelse för hälsa och välbefinnande hos människor i en vårdande miljö. För personer med rubbad livsrytm kan tillgång till natur samt trädgård ge en positiv effekt. Utemiljö kan även uppmuntra till rörelse och ge en känsla av sammanhang.

2.1.2 Demens

Enligt World Health Organization (2016) är demens ett förvärvat, mentalt sjukdomstillstånd som kan vara kroniskt eller av progressiv natur. Sjukdomen drabbar främst människor i äldre ålder och kan leda till försämrad kognitiv förmåga. Demens kan orsakas av olika sjukdomar och kan till exempel vara en påföljd efter en stroke. Vid demens kan människans emotionella kontroll minska och detta kan påverka deras sociala beteende. Sjukdomen kan leda till försämring av de kognitiva förmågorna såsom språk, minne, tänkande, orientering, förståelse och inlärningsförmåga.

Demenssjukdomar beskrivs som ett samlingsbegrepp för ett antal andra sjukdomar som drabbar hjärnan (Edberg, 2014). De olika symtom kan skilja sig åt beroende på var skadan sitter i hjärnan, på det viset går det även att se vilken demenssjukdom människan har drabbats av. Demens kan delas in i tre olika demensgrupper; neurodegenerativa demenssjukdomar, vaskulära demenssjukdomar samt sekundära demenssjukdomar. Den neurodegenerativa demenssjukdomen innebär att hjärncellerna dör och försvinner successivt. Den vanligaste demenssjukdom är Alzheimers sjukdom som drabbar tinning och hjässloberna. Vanliga symtom vid Alzheimers sjukdom är försämrat minne, problem med att strukturera dagen och att utföra vardagliga aktiviteter. Alzheimers sjukdom kan innehålla olika stadier och delas in i mild demens, måttlig eller svår demens. Den näst vanligaste demenssjukdomen är vaskulär demens. Vaskulär demens kan bero på cirkulationsstörning i hjärnan på grund av syrebrist orsakat av blodpropp eller blödning. Sekundära demenssjukdomar är tillstånd som kan ge demensliknande symtom. Det innebär att sekundära demenssjukdomar är differentialdiagnoser som i flesta fall går att behandla. Av den anledningen är det viktigt att utreda orsaken till symptom på demens i god tid. Sekundära demenssjukdomar kan orsakas av olika bristtillstånd. Brist på vitamin B12, folsyra, B6 och B1, ämnesomsättningsstörning, infektioner och över- eller underproduktion av sköldkörtelhormoner kan leda till sekundära demenssjukdomar. Tumörer eller traumatiska hjärnskador kan leda till att ventriklar blockeras och ger demensliknande symtom. I dagsläget finns det bara bromsmediciner som kan bromsa sjukdomsförloppet för Alzheimers sjukdom. Människans kognitiva funktion kan förbättras med hjälp av bromsmediciner. För vaskulär demens samt sekundära demenssjukdomar finns oftast behandling som kan behandla den primära orsaken till respektive demensgrupp. Försämring av sjukdomsförloppet vid vaskulär demens kan förebyggas genom att förebygga ny-

bildning av blodproppar. Genom att vårda primära orsaker som kan leda till sekundära demenssjukdomar kan de demensliknande symtomen behandlas (a.a).

2.2 Teoretiskt perspektiv

Nedan följer det valda teoretiska perspektivet, där centrala vårdvetenskapliga begrepp som hälsa och lidande beskrivs enligt Katie Eriksson (1996, 2014, 2015). Begrepp som hälsa och lidande passar bra för detta examensarbete, för att få en helhetssyn och djupare förståelse av det fenomen som ska undersökas.

2.2.1 Hälsa

Hälsa är en del av det mänskliga livet och behövs ses och förstås av människan för att skapa en helhetsbild (Eriksson, 1996). Hälsa beskrivs som en helhet och det är helheten som bestämmer människans upplevelse av hälsa (Eriksson, 2014). Hälsa innebär att vara hel. Att uppleva sig som en hel människa innebär att hitta en mening och känna respekt för sitt eget liv. Vid sidan om hälsa finns helheten som innebär själva livet och om själva livet saknar sin mening har inte hälsan någon betydelse (Eriksson, 1996). Människans helhet är omätbar och odelbar och den består av kropp, själ och ande. Hälsan är unik och enskild för varje individ (Eriksson, 2014). Det går inte att ge hälsa till en annan människa, men däremot går det att stödja en människa till att vara hälsa. Hälsa förknippas med hela människan och framställs som en upplevelse av sundhet friskhet och välbefinnande (Eriksson, 1996). Sundhet innebär den psykiska hälsan. Friskhet innebär den fysiska hälsan. Välbefinnande innebär att må bra och förknippas med människans inre upplevelser.

Hälsa har ingen betydelse om inte livet har en mening (Eriksson, 1996). Det är därför viktigt att ha en förståelse av vad hälsa innebär. Hälsa är en del i människans upplevelse av sin tillvaro och sin livssituation som helhet. Ekosystem, natur och människa hör ihop, och natur innebär ett liv som människan har ansvar över. Natur behövs för människans hälsa. Natur kan ge hälsa åt människan genom att ge styrka och en mening i livet. När människan upplever hälsa har den en förmåga till att ansa, leka och lära som innebär att våga vara sig själv och låta jaget inom sig själv träda att fram. Ansa innebär en reningsteknik där människan bryr sig om att rena och bevara sig själv som en helhet. När människan upplever en inre balans inom sig, kan denne då börja ansa sig själv och andra människor. Leka innebär att öva, undersöka, testa och att skapa genom att använda fantasin. I leken kan människan ha en längtan efter att ge en känsloyttring som till exempel glädje, smärta samt upplevelse av ro och tröst (a.a).

Att lära innebär att människan kan ha en förmåga att ta emot ny kunskap och hitta nya vägar och möjligheter till att växa för en god hälsa (Eriksson, 1996). Hälsa är tro, hopp och kärlek och är människans grundläggande styrkor som träder fram under dennes olika livsskeden och som kan ses som en resurs i hälsan. Människan behöver tro, hopp och kärlek för att kunna växa och mogna. Att tro hjälper människan att ha en förtroendefull inställning till sitt liv och är grunden till människans tillvaro. Hoppet är människans tröst och koncentrerar sig på framtiden men är även en koppling till verkligheten. I hoppet finns det ett hopp om att något kommer att förändras i den aktuella verkligheten. Kärlek är däremot ett absolut krav för människans utveckling och hälsa. Människans kraft är kärleken och kärleken kan ses som

hälsa. Människan har en syn om kärlekens kraft och en uppfattning om vad kärleken har för betydelse för hälsan. Hälsa ses som en multidimensionell helhet och helheten är en del av människans totala miljö. I vilken utsträckning människan behöver anpassas till den sociala miljön för att tro sig ha hälsa (a.a). För att se människan utifrån ett holistiskt perspektiv är det viktigt att involvera helhetssynen på livet och förstå att människan är mer en bara en kropp (Eriksson, 2014). Människan är även bärare av känslor, drömmar, tankar och fantasi och människan vill vara delaktig samt forma sitt eget liv.

2.2.2 Lidande

Varje människas lidande är unik och enskild. Lidande utgör en del av människans liv och att leva innebär att lida (Eriksson, 2015). Överlag betraktas lidande som något ont, men lidande i sig har ingen betydelse. Genom att uppleva sitt lidande under livets gång kan erfarenheterna av att gå igenom sitt lidande ge lidandet en mening. På det viset betraktas lidande som en kamp och i lidandets kamp finns fyra grundpositioner, det goda och det onda samt lusten och lidandet. Lidandet är motsatsen till lusten och lusten kan användas för att bekämpa det onda. I lusten finns det rörelsen, strävan samt längtan efter det goda. I det goda lidandets kamp finns det en mening och en strävan efter att bli en hel människa utan oro och fruktan. Detta gör att människan kan uppleva lust och glädje i lidandet. I den goda lusten finns det en livsglädje, tro och en styrka i människan, men i den onda lusten är människan fast i sitt begär och fortsätter istället framåt då det kan vara svårt att bestämma över livet. I det onda lidandets kamp upplever människan enbart förtvivlan då det onda lidandet endast består av ondska. En människa som lider kan känna sig trygg av att vara ensam, men samtidigt sträva efter att få uppleva gemenskap. Förtvivlan är ett tillstånd då hoppet inte finns längre. Känsla av hopplöshet och förtvivlan kan förekomma när människan känner sig övergiven och människans djupaste begär kan vara att få kärlek och bekräftelse. Genom att ge och få kärlek kan människans värdighet bekräftas. Människans lidande kan bekräftas genom att inte överge personen genom att finnas där, bjuda in personen till ett gemenskap samt erbjuda tid och rum. Bekräftelse kan ske via beröring, blick eller ett ord och bekräftelse anpassas efter enskild individ (a.a).

Inom vården finns tre olika former av lidande som beskrivs av Eriksson (2015). Dessa är sjukdomslidande, vårdlidande och livslidande. Sjukdomslidande innebär att patienten lider på grund av en sjukdom eller behandling som kan orsaka ett lidande för patienten, framför allt när patienten känner smärta. Sjukdomslidande kan delas in i två olika kategorier: kroppslig smärta samt själsligt och andligt lidande. Smärta är oftast knuten till den kroppsliga smärtan. Den kroppsliga smärtan kan vara anledningen till människans lidande som i sin tur är kopplad till sjukdomen. Dock behöver inte smärta enbart kopplas med kroppslig smärta, den kan även upplevas av människans helhet. Människan kan drabbas fysiskt av den kroppsliga smärtan som kan leda till lidande, då både smärta och lidande kan besvära människan. I det själsliga och andliga lidandet kan människan känna sig förnedrad, skuldsatt eller skämmas på grund av sin sjukdom eller behandling. Vårdlidande är när det uppstår ett lidande på grund av vården eller bristande vård. Vårdlidande kan delas in i fyra olika former: kränkning av människans värdighet, fördömelse och straff, maktutövning och utebliven vård. Att kränka en människas värdighet kan innebär att ta ifrån dem rätten till att vara människa. Därmed kan människans möjligheter till att använda sina hälsoresurser minskas på grund av otillräcklig etiskt förhållningssätt till människan genom att inte se eller ge plats. Fördömelse

och straff hör ihop med kränkning av människans värdighet. En uppfattning om hur en patient borde vara kan leda till en känsla av fördömelse. Även förutfattade meningar om att vårdaren har rätten att avgöra vad som är bra och dåligt för patienten kan leda till fördömelse. Straff kan ses som förnedring för patienten då denne inte har förutsättningarna att ta hand om sig själv. Maktutövning kan innebära att vårdpersonalen fråntar patientens frihet till att vara patient samt utföra frivilliga handlingar. Utebliven vård kan innebära att vårdpersonalen har otillräcklig kunskap och dålig förmåga att bedöma vad patienten behöver. I sista formen är livslidande där hela människans liv påverkas på grund av sjukdom eller ohälsa (a.a).

2.3 Tidigare forskning

I tidigare forskning presenteras tre underrubriker: *Upplevelse att leva med demens; Anhörigas perspektiv samt Sjuksköterskans perspektiv*. Här presenteras hur personer med demenssjukdom kan uppleva ett liv med demensdiagnos. Här presenteras även ur anhörigas och sjuksköterskans perspektiv vilken betydelse utomhusmiljö kan ha för personer med demenssjukdom.

2.3.1 Upplevelse att leva med demens

Personer med demenssjukdom känner sig instängda samt begränsade (Graneheim & Jansson, 2007; Miltea, Shulvera, Killingtona, Bradleya, Ratcliffec, Crottya, 2015). Deltagarna upplever att vårdpersonal betraktar dem som barn (Graneheim & Jansson, 2007) och att de inte har friheten att gå dit de önskar (Graneheim & Jansson, 2007; Miltea m.fl., 2015). När de väl får lämna avdelningen följer omvårdnadspersonal med och detta förknippas med en överbeskyddande känsla hos deltagarna (Graneheim & Jansson, 2007). Personer med demenssjukdom saknar även självständighet och har hemlängtan. Det är av stor vikt att känna sig oberoende samt ha autonomi och flexibilitet i sin dagliga rutin (Miltea m.fl., 2015). Personer med demenssjukdom upplever att deras anhöriga är mer engagerade i deras vård i jämförelse med deras vårdgivare (Graneheim & Jansson, 2007). Detta på grund av att personer inom demensvård känner sig förbisedda och anser att deras vårdgivare inte erbjuder tid att lyssna eller kommunicera med dem. Att vara inkluderad i en meningsfull dialog ger en meningsfull känsla för personer med demenssjukdom. Dessutom anser personer med demenssjukdom att vården behöver individanpassas och erbjuda vård efter enskild individs behov och identitet (Miltea m.fl., 2015).

2.3.2 Anhörigas perspektiv

Anhöriga upplever att deras närstående med demenssjukdom har brist på stimulans. De upplever att titta på TV är den vanligaste aktiviteten som finns tillgänglig om dagarna (Miltea m.fl., 2015). Anhöriga anser även att det är viktigt att utföra fysiska aktiviteter och träningsprogram för att kunna upprätthålla rörlighet och livskvalitet för att därmed bibehålla fysisk hälsa. Tidigare forskning visar att anhörigas önskemål är att befinna sig i en lugn miljö när de spenderar tid med sina närstående (Innes, Kelly & Dincarslan, 2011). Val av rätt plats är viktigt för att få en hemkänsla. I en studie där anhöriga intervjuades framgår det att personer med demenssjukdom uppskattar konstruktionen av en ny terapeutisk trädgård på gruppbo-

endet (Hernandez, 2008). Anhöriga nämner att deras närstående går ut oftare efter konstruktion av en ny terapeutisk trädgård på boendet. Att ha ett tillgängligt, aktivt och säkert utrymme anses skapa möjlighet för att tillbringa mer tid utomhus tillsammans med sina närstående (Innes m.fl., 2011). Anhöriga anser att det är avkopplande för dem och deras närstående att tillbringa tid tillsammans ute i trädgården (Edwards, McDonelle & Merl, 2013). Anhöriga menar även att livskvaliteten ökar hos deras närstående efter utomhusvistelse (Detweiler, Mutfhy, Myers & Kim, 2008; Edwards m.fl., 2013). En annan betydande känsla som uppmärksammats av anhöriga är att deras närstående är på bättre humör efter vistelse i en trädgård (Detweiler m.fl., 2008; Hernandez, 2008). Även tillfredsställelse nämns som en positiv känsla vid utomhusvistelse (Jonveaux m.fl., 2013). Vidare anser anhöriga att promenader i trädgård är uppskattat då det underlättar konversationer (Innes m.fl., 2011; Jonveaux m.fl., 2013). Andra synpunkter från anhöriga är att utomhusvistelse minskar agitation, ger känsla av lugn och en positiv effekt på personer med demenssjukdom (Detweiler m.fl., 2008; Jonveaux m.fl., 2013).

2.3.3 Sjuksköterskans perspektiv

Tidigare forskning visar brist på kunskap bland sjuksköterskor kring demenssjukdomar (Hsiu-Li m.fl., 2013) och utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom (Edwards m.fl., 2013). Eftersom personer med demenssjukdomar eskalerar för varje år anser sjuksköterskor att det är viktigt att uppmuntra personer med demenssjukdom att socialisera med andra i samhället (Hsiu-Li m.fl., 2013).

Sjuksköterskor upplever att personer med demenssjukdom visar förbättringar i välbefinnande och en ökad tillfredsställelse vid utomhusvistelse (Thorsen Gonzalez & Kirkevold, 2015). Trädgård anses vara bra för att utföra både passiva och aktiva aktiviteter, för personliga möten och vid måltider utomhus (Dahlkvist, Nilsson, Skovdahl & Engstöm, 2014). En annan vanlig förekommande aktivitet är promenad utomhus (Thorsen m.fl., 2015). Att ha variation i aktiviteter som erbjuds stimulerar personer med demenssjukdom att gå ut regelbundet (Edwards m.fl., 2013). Sjuksköterskor menar även att det är mer uppskattat att vara i utomhusmiljö under våren, sommaren och hösten i jämförelse med vintertid (Dahlkvist m.fl., 2014). Sjuksköterskor uppger att vädret för det mesta är för varmt eller för kallt, för soligt eller för blåsigt för att personer med demenssjukdom ska vistas i en trädgård. Kontakt med natur och närvaro av träd anses som positiva aspekter med utomhusmiljö (Jonveaux m.fl., 2013). Sjuksköterskor nämner även att kommunikationen mellan vårdgivare och personer med demenssjukdom förbättras vid utomhusvistelse. Sjuksköterskor anser att utevistelse kan leda till att personer med demenssjukdom inte känner sig instängda och glömmer bort sina bekymmer i det tillfället. Utomhusvistelse hjälper även personer med demenssjukdom att koppla av och förbättrar humöret hos dem (Edwards m.fl., 2013; Hernandez, 2008; Jonveaux m.fl., 2013). Sjuksköterskor anser att utomhusmiljö har positiv påverkan när personer med demenssjukdom är agiterade (Hernandez, 2008). Sjuksköterskor upplever även att aptiten förbättras hos vissa då de får äta utomhus i trädgård. Användning av utomhusutrymme i terapeutiskt syfte i omvårdnaden kan vara ett bra sätt att lindra stress hos personer med demenssjukdom (Hernandez, 2008; Jonveaux m.fl., 2013). När en person med demenssjukdom blir upprörd av någon anledning, erbjuder sjuksköterskor att ta en promenad utomhus (Hernandez, 2008). Promenad utomhus är en effektiv metod för att få personer att varva ner och tänka på annat. Vistelse i utomhusmiljö anses ge möjlighet att väcka gamla minnen från bland annat barn-

domen som de i efterhand diskuterar med varandra. Sjuksköterskor nämner även att de personer som inte kan besöka trädgård av olika anledningar uppskattar utsikten ut till trädgård (Jonveaux m.fl., 2013).

2.4 Styrdokument

Hälso-och sjukvårdslagen [HLS] (SFS 2017:30) stadgar i 1§ menar att vården ska ges på lika villkor med ”respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. I Patientlagen (SFS 2014:821) stadgar i 1 § uttrycks att sjukvårdspersonalen inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska främja patientens integritet och delaktighet. I Hälso-och sjukvårdslagen [HLS] (SFS 2017:30) stadgar i 2§ står det att vården ska ”arbeta för att förebygga ohälsa”. Sjuksköterskan är ansvarig att erbjuda människor möjligheten att förbättra, bevara eller få tillbaka sin hälsa samt att se till att behandla sjukdom eller funktionsnedsättning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta är särskilt viktigt för att patienten ska ha förutsättningarna att uppnå välbefinnande samt god livskvalitet.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor menar att sjuksköterskan ska vara medveten om miljöns betydelse för att främja patientens hälsa och därmed skapa förutsättningar för en hållbar miljö (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Där nämns även att sjuksköterskan har ansvar tillsammans med samhället att införa åtgärder som tillgodoser hälsa och sociala behov hos allmänheten och den sårbara befolkningen. Hälsa anses vara motsatsen till en sjukdom och sjukvården har som ansvar att bland annat bota och lindra sjukdom samt sträva efter att försöka återställa hälsa hos behövande (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). För att kunna erbjuda en god och säker vård behöver omvårdnad erbjudas utifrån enskild patients behov och resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Då betydelse av hälsa är en unik upplevelse för varje enskild individ behöver sjuksköterskan identifiera betydelse av hälsa utifrån patientberättelsen. Detta är viktigt för att skapa bra förutsättningar för att främja hälsa hos patienten (a.a). Även lidande är en unik upplevelse för varje enskild individ och allt lidande går inte att lindra (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Inom omvårdnad är det av stor vikt att lindra lidande hos den behövande med ohälsa samt att förebygga att orsaka mer lidande. Detta ska genomföras i den mån som det är möjligt (a.a).

2.5 Problemformulering

Tidigare forskning tyder på att antalet personer med demenssjukdom ökar i samhället, och att merparten av människor som vårdas på en institution upplever begränsad tillgång till utevistelse. Personer med demenssjukdom har önskemål om att vården behöver individanpassas och erbjudas efter enskild individs behov och identitet. Samtidigt upplever anhöriga att deras närstående med demenssjukdom saknar stimulans för att vistas utomhus och behöver erbjudas mer tid i utomhusmiljö. Tidigare forskning visar även att sjuksköterskor har bristande kunskap kring betydelsen av utomhusmiljö för personer med demenssjukdom. För att ge förutsättningar för bättre vård och främja hälsa hos personer med demenssjukdom, finns därför behov av ökad kunskap hos sjuksköterskor gällande utomhusmiljöns betydelse för denna målgrupp. Författarna använder patientperspektiv i tidigare forskning för att un-

dersöka hur personer med demenssjukdom kan uppleva ett liv med demensdiagnos. Vidare är ambitionen att få djupare förståelse och finna nya fynd inom det valda området. För att kunna erbjuda en personcentrerad vård är det därför av intresse att undersöka hur personer med demenssjukdom reflekterar kring utomhusvistelse. Hälsan hos personer med demenssjukdom kan påverkas av utomhusmiljö och medföra lidande. Även lidande i sig kan påverka synen på utomhusmiljö som i sin tur kan påverka personens hälsa. Sjuksköterskor har som ansvar att tillgodose en god och säker vård samt främja hälsa och välbefinnande hos patienten. Genom att bidra med ökad förståelse för betydelse av utomhusmiljö för personer med demenssjukdom, kan förhoppningsvis detta examensarbete komma till nytta för alla sjuksköterskor oavsett arbetsplats.

3. SYFTE

Syftet är att ur ett patientperspektiv undersöka utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom.

4. METOD

Nedan följer beskrivning av val av metod, datainsamling och urval samt dataanalys.

4.1 Val av metod

I arbetet användes kvalitativ metod för allmän litteraturöversikt enligt Friberg (2012), för att ur ett patientperspektiv undersöka utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom. Enligt Friberg (2012) är en allmän litteraturöversikt en metod där både kvalitativ och kvantitativ data granskas och analyseras för att få djupare kunskap kring ämnet samt problemområdet. Både kvalitativ och kvantitativ data kan presenteras på olika sätt och resultatet går inte att jämföras exakt. En kvalitativ metod kan vara användbar för att undersöka små grupper då metoden möjliggör att fånga in djupet och lägga fokus på enskilda människans åsikt. En kvantitativ metod är bra för att fånga ett bredare perspektiv genom att använda statistiskt mätinstrument som kan underlätta vid undersökning av större grupper (a.a).

4.2 Datainsamling och urval

För att söka vårdvetenskapliga artiklar till arbetet användes databaserna CINAHL Plus, PubMed och MEDLINE. Sökorden baserades på ord som är relevanta för att besvara syftet i

resultatdelen. Beroende på sökord varierade antal träffar från några få till flera hundra träffar. Med hjälp av kombination av flera sökord som "dementia AND garden AND agitation", "dementia AND outdoor", "nature AND dementia AND activities", "dementia AND factors AND quality of life" gjordes en avgränsning. Enligt Östlundh (2012) är boolesk sökteknik en metod för att avgöra hur olika sökord ska kopplas till varandra. I en boolesk sökteknik används booleska operatorerna AND, OR och NOT. För att kunna avgränsa sökresultaten användes i arbetet booleska operatorn AND som används för att sätta ihop sökord (a.a).

Inklusionskriterierna var krav för originalartiklar som svarar an på arbetets syfte, var Peer Reviewed, vårdvetenskapliga, med full text och abstract samt publicerade mellan åren 2007-2017. Ett annat krav var att artiklarna skulle vara ur ett patientperspektiv och skrivna på svenska eller engelska.

Exklusionskriterierna var artiklar som inte berörde patientperspektiv, inte kunde relateras till syftet med examensarbetet samt de artiklar som var litteraturöversikter och litteraturstudier. Avgränsning gjordes även genom att granska om valda artiklar följer IMRAD-format, vilket innebär att artiklarna innehåller delarna: introduktion, bakgrund, metod, resultat och diskussion (Polit & Beck, 2012).

Valda artiklar kvalitetsgranskades med hjälp av ett frågeformulär utformat av Friberg (2012). Frågeformuläret innehöll frågor som hjälpte att kvalitetsgranska kvalitativa respektive kvantitativa artiklar. I frågeformuläret fanns 13 frågor för granskning av kvantitativa artiklar samt 14 frågor för granskning av kvalitativa artiklar. Artiklar som uppfyllde tio till tretton respektive tio till fjorton frågor ansågs vara av hög kvalitet. Artiklar som uppfyllde fem till nio respektive sex till nio frågor ansågs vara av medel kvalitet och studier som var under fem respektive sex poäng ansågs vara av låg kvalitet. Studier som svarar an på arbetets syfte och som slutligen inkluderades i detta examensarbete var fem kvalitativa artiklar, tre kvantitativ artikel och två artiklar med både kvalitativ och kvantitativ metod. Dessa presenteras i sökmatris i bilaga A. Nio av tio artiklar bedömdes uppfylla kriterier för hög kvalitet och en av tio artiklar bedömdes uppfylla kriterier för medel kvalitet. I bilaga B redovisas poängsättningen för kvalitetsgranskade artiklar och i bilaga C redovisas frågeformulär som kvalitetsgranskningen utgick ifrån. Tre artiklar som inkluderades i detta examensarbete användes även i bakgrunden. Anledningen till detta är att dessa tre artiklar ansågs vara relevanta både till bakgrunden och till resultatet. Det var även möjligt att urskilja i artiklarna vad som var ur patient- respektive anhörig- och sjuksköterskeperspektiv.

4.3 Genomförande och dataanalys

Vid analys av datamaterial användes metoden för allmän litteraturöversikt enligt Friberg (2012), där analys av insamlad data skedde genom att se på artiklarnas helhet, del och helhet igen. Analysen innehöll tre steg. Det första steget handlade om att skapa en helhetsbild över vilka datamaterial som fanns publicerade inom det valda området (Friberg, 2012). För att kunna få en helhetsbild över vad som undersöktes inom det aktuella området, lästes först artiklarnas rubriker. Därefter granskades artiklarnas sammanfattning med en kritisk öppenhet för att se om artiklarna kunde användas i detta examensarbete. För att kunna säkerställa att artikeln var ur ett patientperspektiv och att artiklarnas syfte svarade an på arbetets syfte läs-

tes artiklarnas metodbeskrivning samt syfte. Det andra steget innebar att avgränsa artiklarna genom att inkludera och exkludera artiklar samt genomföra granskning av kvalitet (Friberg, 2012). Där granskades även likheter och skillnader i artiklarnas innehåll (a.a). I detta examensarbete granskades och analyserades artiklarnas innehåll med fokus på likheter och skillnader i artiklarnas syfte, metod samt resultat. Fokus låg på att analysera artiklarnas innehåll genom att se på artiklarnas helhet, del och helhet igen. För att kunna få en helhetsbild lästes valda artiklar upprepade gånger. Likheter och skillnader i studiernas syfte analyserades genom att sammanställas i en tankekarta där likheter och skillnader markerades med olika färger. Studiernas metod analyserades med hjälp av en tabell där alla artiklar sammanställdes genom att delas in i respektive metodform. Som stöd i resultatanalysen gjordes ett urval av viktigt innehåll som dokumenterades i ett separat dokument för att sedan delas in i olika nyckelord. Nyckelorden hjälpte att se likheter i artiklarnas innehåll samtidigt som det underlättade att se vilka skillnader som fanns i innehållet. Det tredje steget innehöll enligt Friberg (2012) en sammanställning och sortering av insamlad data som redovisades i textform samt med hjälp av en översiktstabell. Slutligen sammanställdes likheter och skillnader i artiklarnas syfte, metod och resultat. Artiklarnas syfte, metod och resultat redovisades i textform under rubriken resultat. Arbetets resultat strukturerades med hjälp av två underrubriker: Inre påverkan vid utomhusvistelse och Yttre påverkan vid utomhusvistelse. I översiktstabellen artikelmatris, bilaga B, sammanfattades studiernas metod, syfte samt resultat.

4.4 Etiska överväganden

Arbetet följer riktlinjer enligt CODEX (2017) genom en kontinuerlig reflektion kring val och användning av metod samt artiklar för att säkerställa trovärdighet, kvalitet och etisk godkännande. Segesten (2012) menar att det är viktigt att söka vetenskapliga artiklar som kommer ifrån betalda databaser som CINAHL och MEDLINE. Detta för att eliminera risken att använda material som är irrelevanta och oseriösa. Vidare skriver Segesten att användning av vetenskapliga artiklar från betalda databaser ger en kvalitetssäkring. Alla valda artiklar i arbetet är Peer Reviewed vilket enligt CODEX (2017) innebär att oberoende forskare kritiskt granskat datamaterialet och detta ger då en ökad kvalitet och etiskt värde för innehållet.

Hänvisning till forskningsetiska principer, såsom forskningskrav samt individskyddskrav är viktigt att ta hänsyn till för alla forskare (CODEX, 2017). I detta examensarbete ingår endast artiklar som är etiskt godkända av en etisk kommitté. För att eliminera risken för plagiat då texten i detta examensarbete är bearbetad med egna ord refereras texten till författaren av texten. På det viset använder författarna ett kritiskt förhållningssätt i arbetet. Enligt Friberg (2012) behöver forskarna ha ett kritiskt förhållningssätt för att inte påverka studiens resultat med sina egna värderingar. Då detta examensarbete inte är en empirisk studie behöver inte författarna göra en ansökan om rådgivning till etisk kommitté.

5. RESULTAT

Resultatet presenterades under rubrikerna: Studiernas syfte, Studiernas metod och Studiernas resultat. Under Studiernas resultat presenterades likheter och skillnader i studiernas resultat uppdelat i underrubrikerna: Inre påverkan vid utomhusvistelse och Yttre påverkan vid utomhusvistelse.

5.1 Studiernas syfte

Tre studier varav två var kvalitativa (Duggan, Blackman, Martyr & Van Schaik, 2008; Olsson, Lampic, Skovdalh & Engström, 2013) och en kvantitativ (Calkins, Szmerekovsky & Biddle, 2007) avsåg att studera utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom. Olsson m.fl. (2013) beskrev hur personer med demenssjukdom i tidigt stadium reflekterade över att vara utomhus. Calkins m.fl. (2007) ville däremot undersöka effekten av ökad tid spenderad utomhus på sömn och agitation hos personer med demenssjukdom. Duggan m.fl. (2008) avsåg att undersöka hur människor med måttlig demenssjukdom har användning och påverkas av utomhusmiljö.

Fyra studier varav två var kvantitativa (Detweiler m.fl., 2008; Thelander, Wahlin, Olofsson, Heikkilä & Sonde, 2008) och två var mix-method (Edwards m.fl., 2013; Hernandez, 2008) avsåg att studera olika trädgårdars betydelse för personer med demenssjukdom. Två studier undersökte effekten av terapeutiska trädgårdar respektive vandringsträdgård (wander garden) för personer med demenssjukdom (Detweiler m.fl., 2008; Hernandez, 2008). En studie avsåg att utvärdera om en terapeutisk trädgård kan förbättra livskvaliteten hos äldre personer med demenssjukdom och deras vårdgivare (Edwards m.fl., 2013). I en annan studie var syftet att beskriva och utvärdera trädgårdsarbetet för personer med demenssjukdom (Thelander m.fl., 2008).

En kvalitativ studie av Moyle m.fl. (2011) hade som syfte att undersöka och förstå de faktorer som påverkar livskvaliteten hos personer med demenssjukdom. En annan kvalitativ studie undersökte tänkbara miljöer för personer med demenssjukdom (Gibson, Chalfont, Clarke, Torrington & Sixsmith, 2007). Ytterligare en kvalitativ studie avsåg att pröva och utveckla ett tillvägagångssätt för personliga naturaktiviteter för personer med demenssjukdom (Hendriks, Van Vliet, Gerritsen & Dröes, 2016).

5.2 Studiernas metod

I fem studier användes en kvalitativ beskrivande forskningsansats (Duggan m.fl., 2008; Gibson m.fl., 2007; Hendriks m.fl., 2016; Moyle m.fl., 2011; Olsson m.fl., 2013) och i tre andra studier användes kvantitativ forskningsansats (Calkins m.fl., 2007; Detweiler m.fl., 2008; Thelander m.fl., 2008). Två andra studier använde en så kallad mix-method där både kvalitativa och kvantitativa metoder ingick (Edwards m.fl., 2013; Hernandez, 2008).

Två studier utförde upprepade intervjuer (Edwards m.fl., 2013; Olsson m.fl., 2013). Tre månader innan och tre månader efter att en terapeutisk trädgård konstruerades på ett boende

utfördes en undersökning där 12 personer med demenssjukdom samt deras vårdgivare intervjuades (Edwards m.fl., 2013). I en studie utfördes upprepade intervjuer med 11 personer med tidigt stadium av demenssjukdom (Olsson m.fl., 2013). Fem studier använde semi-strukturerade intervjuer för att samla in data (Duggan m.fl., 2008; Gibson m.fl., 2007; Hendriks m.fl., 2016; Hernandez, 2008; Moyle m.fl., 2011). Gibson m.fl. (2007) använde även en fokusgrupp där totalt 67 personer ingick varav 26 av dem hade demenssjukdom och intervjuades. Studien delades in i två kohortstudier där den ena gruppen bodde i eget hem och den andra gruppen i ett vårdhem. I en undersökning utfördes semi-strukturerade intervjuer där det ingick 22 personer med demenssjukdom samt deras anhöriga (Duggan m.fl., 2008). I en studie intervjuades sammanlagt 53 personer inklusive vårdpersonal och anhöriga i 45 intervjuer (Hernandez, 2008). I en annan studie intervjuades 32 personer med demenssjukdom i forskningssyfte (Moyle m.fl., 2011). I en studie med sex fokusgruppsintervjuer ingick totalt 34 deltagare med demenssjukdom (Hendriks m.fl., 2016). I samma studie utfördes även en pilotstudie med en grupp av 13 personer med demenssjukdom. Intervjuerna spelades in och transkriberades i efterhand.

I fyra studier användes kvantitativ forskningsansats där deltagarna observerades i forskningssyfte (Calkins m.fl., 2007; Detweiler m.fl., 2008; Hernandez, 2008; Thelander m.fl., 2008). I en annan studie som använde en kvantitativ metod skedde datainsamling genom användning av ett frågeformulär för vårdpersonal (Edwards m.fl., 2013). Även Cohen-Mansfield Agition Inventory (CMAI) skala användes i två studier för att mäta deltagarnas agitationsnivåer (Calkins m.fl., 2007; Detweiler m.fl., 2008). För att samla in data från enskilda personer användes i studien en utrustning som mäter rörelse och dagsljus (Calkins m.fl., 2007). I den studien observerades även 17 personer med demenssjukdom. I en annan observationsstudie observerades 8 personer med demenssjukdom under sex veckors period (Thelander m.fl., 2008). I en annan studie observerades 34 personer med demenssjukdom i 12 månader före och efter öppning av en trädgård (Detweiler m.fl., 2008). I ytterligare en annan studien observerades personer med demenssjukdom på två olika enheter (Hernandez, 2008). Observationerna antecknades i en AARS-observationsskala samt noterades och kartlades.

5.3 Studiernas resultat

Personer med demenssjukdom hade olika uppfattningar om utomhusmiljöns betydelse för hälsan. Deltagarnas upplevelse av att vistas i utomhusmiljö presenteras under underrubrikerna: *Inre påverkan vid utomhusvistelse samt Yttre påverkan vid utomhusvistelse*. Inre påverkan innebär emotionell betydelse vid utomhusvistelse och yttre påverkan handlar om social och fysisk påverkan vid utomhusvistelse.

5.3.1 Inre påverkan vid utomhusvistelse

Resultatet av studierna visade att personer med demenssjukdom fick en ökad livskvalitet vid utomhusvistelse (Detweiler m.fl., 2008; Duggan m.fl., 2008; Edwards m.fl., 2013; Hendriks m.fl., 2016). Livskvaliteten ökade om det fanns möjlighet att förflytta sig fritt i utomhusmiljö (Duggan m.fl., 2008; Olsson m.fl., 2013). Självförtroendet förstärktes hos personer med demenssjukdom då de kunde vara ensamma i utomhusmiljö (Olsson m.fl., 2013). Samtidigt an-

såg personer med demenssjukdom att det kändes ensamt, tråkigt och omotiverande att gå ut ensam och det var önskvärt med sällskap vid utomhusvistelse för att bli motiverad och ha möjligheten att njuta av natur (Hendriks m.fl., 2016). Personer med demenssjukdom som var bosatta i sitt eget hem var mer benägna att njuta av natur (Gibson m.fl., 2007). Personer som var bosatta i eget hem hade även flera möjligheter att njuta av utomhusmiljö i jämförelse med de personer som var bosatta på ett gruppboende. Att ha möjligheten att gå ut ansågs ge en känsla av självständighet (Gibson m.fl., 2007; Olsson m.fl., 2013). Möjligheten att gå ut förknippades även med välbehag (Duggan m.fl., 2008; Hendriks m.fl., 2016). Vid utomhusvistelse hade personer med demenssjukdom möjlighet att observera lekande barn vilket väckte känsla av tillfredsställelse hos dessa personer (Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013). Personer med demenssjukdom hade även upplevelse av välbefinnande vid utomhusvistelse (Duggan m.fl., 2008; Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013). Dock förknippades okända platser i utomhusmiljö med en känsla av rädsla och oro (Duggan m.fl., 2008; Thelander m.fl., 2008).

Att kunna sitta utomhus och känna värmen från solen associerades med en känsla av välbefinnande (Duggan m.fl., 2008; Gibson m.fl., 2007; Olsson m.fl., 2013). Känna värmen från solen ansågs även ge en känsla av ro (Gibson m.fl., 2007; Hernandez, 2008; Hendriks m.fl., 2016). Att gå ut för att njuta av den friska luften var uppskattat av flera personer (Duggan m.fl., 2008; Hendriks m.fl., 2016; Hernandez, 2008). Utomhusvistelse ansågs även underlätta tänkandet (Duggan m.fl., 2008). Personer med demenssjukdom nämnde betydelsen av landsbygden och deras uppskattning av den vackra utsikten. Även himlen och dess olika nyanser av himlen hade betydelse (Duggan m.fl., 2008; Hernandez, 2008). Vistelse ute i natur väckte även gamla minnen hos personer (Hendriks m.fl., 2016) och visade på ökad aptit (Hernandez, 2008). Utomhusmiljö gav både positiva och negativa känslor hos personer med demenssjukdom. Den negativa känslan var förknippad med att vistelse i utomhusmiljö påminde dessa personer om deras sjukdom. Den positiva känslan handlade om att utomhusvistelse och utomhusaktiviteter gav bekräftelse och bevarande av deras identitet (Olsson m.fl., 2013).

Känsla av frihet vid utomhusvistelse var en återkommande upplevelse bland personer med demenssjukdom (Duggan m.fl., 2008; Gibson m.fl., 2007; Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013). Vissa personer var nöjda med den tid som erbjöds att vara utomhus, medan vissa andra personer önskade tillbringa mer tid utomhus (Hendriks m.fl., 2016). Glädje uppstod hos personer med demenssjukdom när de gick ut (Calkins m.fl., 2007) och förändring i agitation var synlig efter utomhusvistelse (Detweiler m.fl., 2008; Edwards m.fl., 2013). Personer med demenssjukdom som gick ut var mindre agiterade efter utomhusvistelse (Detweiler m.fl., 2008; Edwards m.fl., 2013). Agitation och nedstämdhet minskade och personer med demenssjukdom blev mer alerta under sommartid på grund av större tillgång till dagsljus (Calkins m.fl., 2007). Dessa personer ansåg även utomhusvistelse som ett komplement till medicinering (Olsson m.fl., 2013). Utomhusmiljö var mindre tillfredsställande under vintertid för personer med demenssjukdom (Calkins m.fl., 2007). Agitation och nedstämdhet ökade och personer med demenssjukdom blev mindre alerta under vintertid på grund av mindre tillgång till dagsljus.

När en terapeutisk trädgård byggdes i en vårdenhet observerades att personer med demenssjukdom blev stimulerade till att gå ut regelbundet (Hernandez, 2008). De personer med demenssjukdom som observerades och blev erbjudna utomhussysselsättning var villiga att

arbeta och utföra trädgårdsaktiviteter (Gibson m.fl., 2007; Thelander m.fl., 2008). De flesta aktiviteter som fanns tillgängliga uppskattades av personer med demenssjukdom. Vissa aktiviteter ansågs svårare än andra och de aktiviteter som utfördes med vilja visade på bra resultat. Att ha möjligheten att välja utomhusaktiviteter var även viktigt för personer med demenssjukdom eftersom vissa aktiviteter gav betydelse och stimulerade att vistas i utomhusmiljö (Hendriks m.fl., 2016). Vanlig aktivitet som förknippades med välbefinnande och ökad livskvalitet ute i natur var promenad utomhus (Duggan m.fl., 2008; Gibson m.fl., 2007; Hendriks m.fl., 2016; Moyle m.fl., 2007; Thelander m.fl., 2008). Att promenera utomhus ansågs även som ett bra tillfälle för att komma till ro (Hendriks m.fl., 2016). Promenader utomhus förknippades även med känsla av lättnad och nöje (Moyle m.fl., 2007; Olsson m.fl., 2013). Andra aktiviteter som var vanliga var trädgårdsarbete och aktiviteter med djur (Hendriks m.fl., 2016), sprida grus på stigarna, rensa ogräs och slänga de i kompost (Thelander m.fl., 2008) samt plantera blommor (Hendriks m.fl., 2016; Thelander m.fl., 2008). Passiva aktiviteter utomhus som förknippades med välbehag bland personer med demenssjukdom var att dricka kaffe ute med bekanta (Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013). Upplevelsen av att gå ut under sommartid visade på tillfredsställelse bland personer med demenssjukdom (Calkins m.fl., 2007). Även förändringar i sömnfunktion var synliga hos personer som besökte utomhusmiljö. När solexponeringen var som högst förbättrades sömnfunktionen hos dessa personer.

5.3.2 Yttre påverkan vid utomhusvistelse

Utomhusmiljö var en bidragande faktor till sociala interaktioner med andra människor, genom att det fanns större möjlighet att träffa bekanta utomhus (Duggan m.fl., 2008; Olsson m.fl., 2013). Personer med demenssjukdom ansåg att det var viktigt med sociala interaktioner och interaktioner med andra ökade då de engagerades i diverse gruppaktiviteter utomhus (Olsson m.fl., 2013). Den vanligaste anledningen till att vistas utomhus var för att köpa en tidning (Duggan m.fl., 2008; Olsson m.fl., 2013). Orsaken till detta var att tillbringa mer tid utomhus och socialt interagera med andra människor. Sociala interaktioner med andra människor i utomhusmiljö var uppskattat och förknippades med känsla av välbehag. Att interagera med andra människor i utomhusmiljö associerades med känsla av frihet hos personer med demenssjukdom (Duggan m.fl., 2008). Även kommunikation var viktigt enligt andra personer med demenssjukdom som menade att det kändes bra att vara utomhus då de alltid hittade någon att kommunicera med ute på gatan. Att ha möjligheten att gå ut ansågs som en variation i vardagen och som ett tillfälle för roliga och spontana möten med vänner och grannar. Möjligheten att vara utomhus ansågs även som en variation av miljö (Hernandez, 2008). Interaktion med bekanta personer utomhus ansågs ge bekräftelse på egna identiteten (Duggan m.fl., 2008). En synlig förändring uppmärksammades i beteendet hos personer med demenssjukdom efter att en trädgård byggdes på ett gruppboende (Edwards m.fl., 2013). Resultatet blev att flera personer med demenssjukdom vistades i trädgård utomhus. Dessa personer blev mer uppmuntrade till att lämna TV-rummet samt äta sina måltider utomhus tillsammans med andra på gruppboendet. Personer med demenssjukdom nämnde även att det kändes bra med fontänen, fiskarna och de nya utemöblerna i trädgård. Detta för att alla fick möjligheten att sitta tillsammans runt ett bord och kommunicera med varandra (a.a). Några personer fick rutinen att gå ut tillsammans på morgonen och sätta sig på en parkbänk (Hernandez, 2008). Även sociala interaktioner i form av att se, lyssna och bara vistas vid andra i utomhusmiljö var värdefullt för personer med demenssjukdom (Olsson m.fl., 2013). Utom-

husmiljö upplevdes som en bra miljö för att tillbringa tid med barnbarn (Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013).

6. DISKUSSION

För att svara på syftet presenteras i diskussionsdelen en resultatdiskussion, utifrån teoretiskt perspektiv, tidigare forskning och styrdokument. Därefter presenteras metoddiskussion samt etiskdiskussion.

6.1 Resultatdiskussion

Resultatet av studierna visade att personer med demenssjukdom hade ökad livskvalitet vid utomhusvistelse (Detweiler m.fl., 2008; Duggan m.fl., 2008; Edwards m. fl., 2013; Hendriks m.fl., 2016). Det var även synligt att personer med demenssjukdom hade upplevelse av välbefinnande vid utomhusvistelse (Duggan m.fl., 2008; Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013). Detta kan kopplas till Eriksson (1996) som menar att hälsa förknippas med hela människan och framställs som en upplevelse av sundhet, friskhet och välbefinnande. Sundhet innebär den psykiska hälsan, friskhet innebär den fysiska hälsan och välbefinnande innebär att må bra och förknippas med människans inre upplevelser. Svensk sjuksköterskeförening (2017) menar att sjuksköterskan är ansvarig att erbjuda människor möjligheten att förbättra, bevara eller få tillbaka sin hälsa. Detta för att patienten ska ha förutsättningarna att uppnå välbefinnande samt god livskvalitet. Tidigare forskning visar att både sjuksköterskor och anhöriga till personer med demenssjukdom ser en förbättring i beteendet hos de observerade personer efter utomhusvistelse (Hernandez, 2008). Sjuksköterskor upplever att personer med demenssjukdom visar förbättring i välbefinnande och tillfredsställelse vid utomhusvistelse (Thorsen m.fl., 2015). Även i stadgar påpekas att en viktig uppgift i sjuksköterskans profession är att ”arbeta för att förebygga ohälsa” (Hälso-och sjukvårdslagen [HLS], SFS 2017:30, 2§). Personer med demenssjukdom beundrade naturens skönhet och upplevde en känsla av njutning vid utomhusvistelse (Duggan m.fl., 2008; Hendriks m.fl., 2016). En annan positiv upplevelse var att personer med demenssjukdom blev glada efter utomhusvistelse (Calkins m.fl., 2007). Även tidigare forskning visar att anhöriga anser att deras närstående är på bättre humör efter vistelse i en trädgård (Detweiler m.fl., 2008; Hernandez, 2008).

När en terapeutisk trädgård byggdes i en vårdenhet observerades att ett antal deltagare blev stimulerade till att gå ut oftare (Hernandez, 2008). Möjligheten att vara utomhus ansågs som en bra chans för att få frisk luft samt variation av miljö. Detta kan kopplas till ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som menar att sjuksköterskan behöver vara medveten om miljöns betydelse för att främja patientens hälsa och därmed skapa förutsättningar för en hållbar miljö (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Enligt Eriksson (1996) behövs natur för människans hälsa. Natur kan ge hälsa åt människan genom att ge styrka och en mening i livet. I tidigare forskning framkom det att personer med demenssjukdom upplever en känsla av instängdhet och begränsning (Graneheim & Jansson, 2007). Personer med demenssjukdom upplever att

vårdpersonalen betraktar dem som barn och att de inte har friheten att gå vart de önskar. Resultatet visade på att ha möjlighet att gå ut gav en känsla av frihet och självständighet hos personer med demenssjukdom (Olsson m.fl., 2013). Känsla av frihet vid utomhusvistelse var en vanlig upplevelse bland deltagarna (Duggan m.fl., 2008; Hendriks m.fl., 2016; Olsson m.fl., 2013). Detta kan kopplas till Hälso-och sjukvårdslagen [HLS] (SFS 2017:30) stadgar i 1§ som skriver att vården behöver ges på lika villkor med ”respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Författarna till detta examensarbete anser därför att även personer med demenssjukdom ska erbjudas aktiviteter utomhus.

Resultatet visade att personer med demenssjukdom var mindre agiterade efter utomhusvistelse (Detweiler m.fl., 2008; Edwards m.fl., 2013). Tidigare forskning visar att även anhöriga anser att utomhusvistelse minskar agitation, ger känsla av ro och en positiv verkan på personer med demenssjukdom (Detweiler m.fl., 2008; Jonveaux m.fl., 2013). Enligt ICN:s etiska kod för sjuksköterskor har sjuksköterskan ett ansvar tillsammans med samhället att införa åtgärder som tillgodoser hälsa och sociala behov hos allmänheten och den sårbara befolkningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Sjuksköterskor i tidigare forskning anser att användning av utomhusutrymme i terapeutiskt syfte i omvårdnad är en bra möjlighet för att lindra stress hos personer med demenssjukdom (Hernandez, 2008). Om en patient är upprörd av någon anledning, frågar personalen om patienten önskar att gå ut en liten stund. Vårdpersonalen uppmärksammar att detta är en effektiv metod för att få patienten att varva ner och tänka på annat.

Även om det i de flesta studier framkom att utomhusmiljö förknippades med ökad livskvalitet och välbefinnande, fanns det personer med demenssjukdom som fick negativ känsla vid utomhusvistelse. Den negativa känslan var förknippad med att vistelse i utomhusmiljö påminde deltagarna om deras sjukdom (Olsson m.fl., 2013). Detta kan förknippas med sjukdomslidande som beskrivs av Eriksson (2015) och innebär att patienten lider på grund av en sjukdom eller behandling som kan orsaka ett lidande för patienten. Människan kan drabbas fysiskt av den kroppsliga smärtan som kan leda till lidande, då både smärta och lidande kan besvära människan. Hos vissa personer med demenssjukdom förknippades okända platser utomhus med rädsla och känsla av oro (Duggan m.fl., 2008; Thelander m.fl., 2008). Några andra personer ansåg att det var tråkigt och omotiverande att gå ut ensam och det var önskvärt med sällskap vid utomhusvistelse (Hendriks m.fl., 2016). Enligt Eriksson (2015) kan en människa som lider känna en trygghet av att vara ensam, men samtidigt sträva efter att få uppleva gemenskap. Förtvivlan är ett tillstånd då hoppet inte finns längre. Känsla av hopplöshet och förtvivlan kan förekomma när människan känner sig övergiven och människans djupaste begär kan vara att få kärlek och bekräftelse (a.a). Samtidigt ansåg några personer i en studie i tidigare forskning att de känner en överbeskyddande känsla när omvårdnadspersonal följer med personerna när de får möjlighet att lämna avdelningen (Graneheim & Jansson, 2007). Detta kan kopplas till Eriksson (2015) som skriver att lidande är motsatsen till lusten och lusten kan användas för att bekämpa det onda. Lusten är i detta fall att vara oberoende och gå ut ensam och lidande är att en vårdpersonal följer med ut mot personens vilja. I lusten finns det rörelsen, strävan samt längtan efter det goda och i det goda lidandets kamp finns det en mening och en strävan efter att bli en hel människa utan oro och fruktan (Eriksson, 2015). Detta gör att människan kan uppleva lust och glädje i lidandet. I den goda lusten finns det en livsglädje, tro och en styrka i människan, men i den onda lusten är människan fast i sitt begär och fortsätter istället framåt då det kan vara svårt att bestämma över livet.

Vissa personer med demenssjukdom gick ut för att njuta av den friska luften och friheten (Hendriks m.fl., 2016) medan andra ansåg att utomhusvistelse gav en variation i vardagen och var ett bra tillfälle för att kommunicera med grannar eller andra bekanta (Duggan m.fl., 2008; Olsson m.fl., 2013). Sociala interaktioner med andra människor i utomhusmiljö var uppskattat och förknippades med känsla av tillfredsställelse hos personer med demenssjukdom. Att interagera med andra människor i utomhusmiljö associerades med känsla av frihet hos denna målgrupp (Duggan m.fl., 2008). Enligt Eriksson (1996) innebär hälsa att vara hel. Att uppleva sig som en hel människa innebär att hitta en mening och känna respekt för sitt eget liv. Personer med demenssjukdom kände även bekräftelse av identiteten vid utomhusvistelse (Olsson m.fl., 2013). Personer med demenssjukdom ansåg att utomhusvistelse och utomhusaktiviteter gav bekräftelse och bevarande av deras identitet. Vid sidan om hälsa finns helheten som innebär själva livet och om själva livet saknar sin mening har inte hälsan någon betydelse (Eriksson, 1996). Sjuksköterskan är även ansvarig för att erbjuda människor möjlighet att förbättra, bevara eller få tillbaka sin hälsa samt behandla funktionsnedsättningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). För att kunna erbjuda en god och säker vård behöver omvårdnaden erbjudas utifrån enskild patients behov och resurser (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Det framgår i tidigare forskning att personer med demenssjukdom har önskemål om att vården behöver individanpassas och erbjudas efter enskild individs behov och identitet (Miltea m.fl., 2015). Då betydelse av hälsa är en unik upplevelse för varje enskild individ behöver sjuksköterskan identifiera betydelse av hälsa utifrån patientberättelsen (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta är viktigt för att skapa bra förutsättningar för att främja hälsa hos patienten (a.a). Sjuksköterskan behöver därför göra patienten delaktig i sin egen vård och för att kunna göra patienten delaktig behöver sjuksköterskan vara lyhörd och värdesätta patientens egna upplevelser. I Patientlagen (SFS 2014:821) uttrycks att sjukvårdspersonalen inom hälso- och sjukvårdsverksamhet ska främja patientens integritet och delaktighet. Även denna lag visar på att sjukvårdspersonalen behöver ta hänsyn till att personer med demenssjukdom ska ha rätt till uteaktiviteter. Personer med demenssjukdom menade att möjligheten att välja utomhusaktiviteter var viktigt eftersom vissa aktiviteter gav betydelse och stimulerade att vistas i utomhusmiljö (Hendriks m.fl., 2016). Detta bekräftas även av sjuksköterskor i tidigare forskning, som anser att ha variation i aktiviteter som erbjuds stimulerar personer med demenssjukdom att gå ut regelbundet (Edwards m.fl., 2013). Enligt personer med demenssjukdom var promenad utomhus den vanligaste aktiviteten som förknippades med välbefinnande och ökad livskvalitet (Duggan m.fl., 2008; Gibson m.fl., 2007; Hendriks m.fl., 2016; Moyle m.fl., 2007; Thelander m.fl., 2008). Även sjuksköterskor i tidigare forskning anser att promenad utomhus är den mest förekommande aktiviteten utomhus (Thorsen m.fl., 2015).

6.2 Metoddiskussion

I detta arbete användes en kvalitativ metod för allmän litteraturöversikt enligt Friberg (2012) där både kvalitativa och kvantitativa artiklar ingick. Litteraturöversikt kan användas för att få en större uppfattning om vad som undersökts, vilka metoder som använts och vilka teoretiska grunder artiklarna baseras på (Friberg, 2012). Då både kvalitativa och kvantitativa artiklar kan presenteras på olika sätt, valde författarna till detta examensarbete att skriva resultatet av kvantitativa artiklar med kvalitativ beskrivning. På det viset användes en kvalitativ metod

för allmän litteraturöversikt. Denna metod ansågs som en lämplig metod för att besvara examensarbetets syfte som är att ur ett patientperspektiv undersöka utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom.

För att hitta artiklar som besvarade examensarbetets syfte söktes dessa i databaserna CINAHL Plus, MEDLINE och PubMed. Sökord som användes var relaterade till examensarbetets syfte. Dessa sökord diskuterades på svenska mellan författarna till arbetet och översattes därefter till engelska för att sedan kombineras med hjälp av booleska operatorn AND som enligt Östlundh (2012) används för att sätta ihop sökord. Även booleska operatorn OR användes för att få träffar på det ena eller det andra sökordet. Kombinationen av sökord med booleska operatorn OR gav inga väsentliga träffar för detta examensarbete. Sökordet NOT har inte använts eftersom detta kan avgränsa sökningen vilket kan leda till att resultatets giltighet minskar. Enligt Östlundh (2012) kan användning av NOT vara ett problem då den kan ta bort för mycket information som kan komma till nytta. I arbetet användes även inklusions- och exklusionskriterier som underlättade sökningen av artiklar som svarade på examensarbetets syfte. Alla artiklar som användes i detta examensarbete var ”Peer-reviewed” och i arbetet användes inga artiklar som var äldre än tio år. Därmed var alla artiklar publicerade mellan åren 2007-2017. Detta gör att artiklarna är trovärdiga eftersom forskningen ständigt utvecklas samt förnyas och denna årsintervall anses vara relevant för detta examensarbete. Trots att författarna till detta examensarbete hade som fokus att söka på artiklar som endast hade fulltext och abstract framkom även artiklar med abstract, men utan fulltext. Enligt Östlundh (2012) är det inte bra att endast använda fulltext vid artikelsökning. Av den anledningen kunde resultatet i detta examensarbete påverkats eftersom relevant information kunde ha missats. Författarna till detta examensarbete valde att exkludera artiklar med endast abstract för att få färre sökträff samt för att undvika att få träff på artiklar som inte fanns tillgängliga i originaltext. När artiklar även med endast abstract söktes insåg författarna att rubriker och abstract svarade på syftet och därmed ansågs som lämpliga artiklar, men kunde ej inkluderas i arbetet då fulltext inte fanns tillgängligt. Avgränsning gjordes även genom att granska om valda artiklar följer IMRAD-format som beskrivs i Polit och Beck (2012). Det viktigt att vetenskapliga artiklar följer IMRAD-format, vilket innebär att artiklarna innehåller delarna: introduktion, bakgrund, metod, resultat och diskussion.

Enligt Polit och Beck (2012) innebär giltighet att valda studier genomgår en kvalitetsgranskning och att innehållet av valda studier är verkliga. Alla artiklar som ingår i detta examensarbete har kvalitetsgranskats med hjälp av granskningsfrågor enligt Friberg (2012). Att utföra en kvalitetsgranskning är angeläget för att kunna tänka källkritiskt samt för att kunna förstå vad analysen ska grundas på och vad enskilda artiklar handlar om. Källkritisk medvetenhet ökar även resultatets giltighet i arbetet (a.a). Alla valda artiklar ansågs uppfylla kriterier för att kunna anses som artiklar med medelhög eller hög kvalitet. Nio av tio artiklar hade en hög kvalitet, medan en artikel hade en medelhög kvalitet. Två av de valda artiklarna har sjuksköterske- och patientperspektiv, två artikel är ur patient, sjuksköterske- och anhörigperspektiv och ytterligare sex artikel är ur ett patientperspektiv. Dessa artiklar inkluderades i resultatet då innehållet var intressant och det framkom tydligt vad som är patienternas upplevelse. Då det framkom tydligt vad som var patient- respektive anhörig- och sjuksköterskeperspektiv inkluderades även tre av dessa artiklar i bakgrunden. Anledningen till detta är att dessa tre artiklar ansågs vara relevanta både till bakgrunden och till resultatet. I bakgrunden användes

endast de de delar som hade anhörig- respektive sjuksköterskeperspektiv. I resultatet användes endast de delar där patienternas upplevelse framkom. Slutligen valdes fem artiklar med kvalitativ metod, tre artiklar med kvantitativ metod och två artiklar med både kvalitativ och kvantitativ metod. Med hjälp av en litteraturöversikt är det möjligt att få fram en helhetssyn av det fenomen som ska undersökas (Friberg, 2012). En kvalitativ metod är bra för att fånga in djupet och fokusera sig på den enskilda människans åsikt, därmed är denna metod användbar för att undersöka små grupper. En kvantitativ metod är bra för att fånga ett bredare perspektiv genom att använda statistiskt mätinstrument, därmed är denna metod bra för att undersöka större grupper (a.a). Då valda artiklar ursprungligen var publicerade på engelska kunde resultatets tillförlitlighet påverkas då Google Translate inledningsvis användes för att översätta svåra delar i texten för att få en helhetsbild. Enligt Östlundh (2012) kan det komma till nytta att använda lexikon för att kunna hantera språkliga hinder som kan uppstå när engelskt text behöver översättas till svenska. Av den anledningen användes även svenskt-engelskt lexikon för att översätta enstaka ord från engelska till svenska.

Enligt Polit och Beck (2012) innebär överförbarhet att det finns en variation av deltagare som kommer från olika platser. Överförbarhet innebär även i vilken utsträckning det går att överföra ett resultat till andra situationer och grupper än det som undersöktes i studien (a.a). Resultatet i detta examensarbetet är överförbar då det finns en variation av deltagare, trots att alla valda artiklar handlar om personer med demenssjukdom. Detta beror på att personer med demenssjukdom från olika studier kommer från olika vårdenheter. Vissa bodde i sitt eget hem och några bodde i gruppboende. Resultatanalysen visar på att personer med demenssjukdom som undersöktes i respektive artikel hade någon form utav påverkan av vistelse i utomhusmiljö. På det viset är resultatet i detta examensarbetet överförbar till olika personer med demenssjukdom som vårdas i alla möjliga vårdformer. Data från denna studie kan även överföras till andra studier då författarna till detta examensarbete har beskrivit noggrant hur insamling av data har utförts för att öka arbetets trovärdighet. Enligt Polit och Beck (2012) innebär trovärdighet att studiens resultat behöver vara hållbar och vara möjlig att upprepas och visa liknande resultat vid upprepad studie. Det är den som utför studien som har ansvar för att ge tillräcklig beskrivande information för att läsaren ska kunna överföra data till andra sammanhang (a.a).

6.3 Etiskdiskussion

För att säkerställa att valda artiklar till detta examensarbete är etiskt godkända, undersöks om valda artiklar innehåller en etisk resonemang och därmed uppfyller ett av kriterierna i frågeformuläret för kvalitetsgranskning enligt Friberg (2012). Då CODEX (2017) menar att forskare har som skyldighet att informera och få samtycke från deltagare, är alla valda artiklar antingen godkända av en etisk kommitté eller fått enskild godkännande från deltagare. Alla valda artiklar som analyserats i detta examensarbete är även Peer Reviewed, vilket enligt CODEX (2017) innebär att oberoende forskare har kritiskt granskat datamaterialet innan publicering. För att därefter garantera att artiklarna har ett trovärdigt innehåll söktes alla vårdvetenskapliga artiklarna via databaserna CINAHAL Plus, PubMed och MEDLINE.

Under examensarbetet har ingen plagiering eller förfalskning skett utan all text har skrivits med egna ord. Plagiering och förfalskningar är oacceptabelt och förbjudet och alla människor som arbetar med forskning har en skyldighet att ha ett etiskt förhållningssätt CODEX (2017). Då detta examensarbete använder metoden för allmän litteraturöversikt och inte en empirisk studie, krävde inte arbetet någon etikprövning (CODEX, 2017). För att svara på examensarbetets syfte och undvika förvrängning av artiklarnas innehåll har författarna ständigt refererat till ursprungskällor genom användning av referenshantering enligt APA. Då artiklarna som används i detta examensarbete är på engelska och arbetet skrevs på svenska var det viktigt att läsa artiklarna noggrant för att kunna få en helhetsbild samt för att undvika feltolkning. För att säkerställa att resultatet i detta examensarbete inte blev påverkat av författarnas förförståelse samarbetade författarna genom att diskutera och reflektera kring innehållet i varje enskild artikel.

6.4 Förslag på vidare forskning

Utifrån andra fynd som författarna till detta examensarbete uppmärksammade vid granskning av de få artiklar som fanns tillgängliga, finns förslaget att vidare forska kring utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom. Författarna föreslår även en vidare forskning kring hinder och begränsningar för utomhusvistelse för person med demenssjukdom. Författarna uppmärksammade att flera studier nämner att personer med demenssjukdom kände en känsla av instängdhet samt begränsad tillgång till utomhusvistelse. Detta var bland annat på grund av hälsohinder samt brist på vårdpersonal som kunde följa med ut. För att öka tillgången till utomhusvistelse anser därför författarna att det är viktigt att undersöka hur sjuksköterskor reflekterar kring utomhusmiljöns betydelse för personer i demensvård. Det är även av stort intresse att undersöka mer djupgående hur anhöriga upplever utomhusvistelse för deras närstående. Vidare forskning föreslås även kring hur vården skulle kunna förbättras för deras närstående om flera anhöriga blev delaktiga i deras vård. Slutligen vill författarna föreslå att göra flera aktörer inom vårdteamet delaktiga inom demensvård genom att inkludera deras åsikter. Exempel på några aktörer är sjukgymnaster, arbetsterapeuter, läkare och vårdchefer. Detta för att få ett bredare perspektiv samt för att kunna hitta en lösning, för att flera personer med demenssjukdom ska stimuleras att vistas i utomhusmiljö.

7. SLUTSATS

Syftet med detta examensarbete var att ur ett patientperspektiv undersöka utomhusmiljöns betydelse för personer med demenssjukdom. Resultatet visar att utomhusmiljö hade en inre och yttre påverkan på personer med demenssjukdom. Det som utkristalliserades mest vad angick inre påverkan var att personer med demenssjukdom upplevde en känsla av välbefinnande, livskvalitet, frihet, tillfredsställelse, glädje samt bekräftelse av egen identitet. Ytterligare inre påverkan var att utomhusvistelse förknippades med känsla av självständighet, självförtroende, oro samt rädsla. Vidare visades att personer med demenssjukdom fick förbättrad

aptit och låg agitationsnivå vid utomhusvistelse. Det som utkristalliserades mest vad angick yttre påverkan var ökad social interaktion och kommunikation vid utomhusvistelse.

Klinisk betydelse för det här kan vara att ha kunskap om hur personer med demenssjukdom reflekterar kring utomhusvistelse kan vara till nytta för sjuksköterskan för att kunna erbjuda en mer personcentrerad vård. Kunskap om hur personer med demenssjukdom anser att de påverkas av utomhusmiljö kan hjälpa sjuksköterskan och allmänheten att bemöta denna målgrupp på det viset som de önskar att bli bemötta. Detta examensarbete har belyst utomhusmiljöns inre och yttre påverkan, vilket kan ligga som grund för sjuksköterskan att tillgodose en god och säker vård. Ökad kunskap kring det undersökta fenomenet kan även vara stöd för att främja hälsa och välbefinnande samt lindra lidande hos personer med demenssjukdom.

REFERENSLISTA

Calkins, M., Szmerekovsy, J. G., & Biddle, S. (2007). Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. *Journal of Housing for the Elderly, 21,* 211-228. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1300/J081v21n03_11

CODEX. (2017). *Forskarens etik*. Hämtad 11 september, 2017, från http://www.codex.vr.se/forskarensetik.shtml

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa & Vårdande i teori och praxis*. Natur och kultur, Stockholm.

Dahlkvist, E., Nilsson, A., Skovdahl, K., & Engström, M. (2014). Is there a caring perspective in garden/patio design in elderly care? A description and a comparison of residents' and staff members' perceptions of these outdoor spaces. *Journal of Housing for the Elderly, 28,* 85-106. doi: https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1080/02763893.2013.858094

Detweiler, M.B., Murphy, P.F., Myers, L.C., & Kim, K.Y. (2008). Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias, 23* (1), 31-45. doi: https://doi-org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1533317507309799

Duggan, S., Blackman, T., Martyr, A., & Van Schaik, P. (2008). The impact of early dementia on outdoor life: A `shrinking world´?. *Dementia. 7*, 191-204. doi: https://doi-org.ep.-bib.mdh.se/10.1177/1471301208091158

Edberg, A-K. (2014). kognitiv svikt. I A-K. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 646-685). Lund: Studentlitteratur AB.

Edvardsson, D., & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A-K. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa* (s. 76-103). Lund: Studentlitteratur AB.

Edwards, C. A., McDonnell, C., & Merl, H. (2013). An evaluation of a therapeutic garden's influence on the quality of life of aged care residents with dementia. *Dementia, 12*(4), 494-510. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1177/1471301211435188

Eriksson, K. (1996). *Hälsans idé*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (2014). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber AB.

Eriksson, K. (2015). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturöversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten.* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur AB.

Gibson, G., Chalfont, G. E., Clarke, P.D., Torrington, J. M., & Sixsmith, A. J. (2007). Housing and connection to nature for people with dementia: finding from the INDEPENDET project. *Journal of Housing for the Elderly, 21,* 55-72. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1300/J081v21n01_04

Graneheim, U. H., & Jansson, L. (2007). The meaning of living with dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing, 15*(11), 1397-1403. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1111/j.1365-2702.2006.01476.x

Hendriks, I. H., Van, D., Gerritsen, D. L., & Dröes, R. M. (2016). Nature and dementia: development of a person-centered approach. *International Psychogeriatrics*, *28*(9), 1455-1470. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1017/S1041610216000612

Hernandez, R. O. (2008). Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia: two case studies. *Journal of Housing for the Elderly, 21,* 117–152. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J081v21n01_07

Hsiu-Li, H., Yea-Ing Lotus, S., Huei-Ling, H., Sien-Tsong, C., Hsiao-Juan, L., Ming-Neng, S. m.fl. (2013). Factors associated with dementia care practices among community health nurses: Results of a postal survey. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(9), 1219-1228. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1016/j.ijnurstu.2012.02.016

Hälso-och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från Riksdagens webbplats: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

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. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.556601

Jonveaux, R. T., Batt, M., Fescharek, R., Beetos, A., Trognon, A., Chuzeville, B. S. m.fl (2013). Healing gardens and cognitive behavioral units in the management of alzheimer's disease patients: The nancy experience. *Journal of Alzheimer's Disease, 34,* 325–338. Hämtad 11 september 2017, från https://content-iospress-com.ep.bib.mdh.se/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad121657

Milte, R., Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Ratcliffe, J., & Crotty, M. (2015). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 63*, 9-17. doi: 10.1016/j.archger.2015.11.007

Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D. m.fl. (2011). Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective. *Aging & Mental Health, 15*(8), 970-977. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1080/13607863.2011.583620

Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K., & Engström, M. (2013). Person with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study. *Aging & Mental Health, 17(*7), 793–800. doi: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.801065

Patientlag (SFS 2014:821). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från Riksdagens webbplats: http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Wolters kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins.

Segesten, K. (2012). Användbara texter. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 47-56). Lund: Studentlitteratur AB.

Svensk sjuksköterskeförening (2014). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 11 september, 2017 från http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_swedish.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 7 november, 2017 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtad 11 september, 2017 från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Thelander, V. B., Wahlin, T. R., Olofsson, L., Heikkilä, K., & Sonde, L. (2008). Gardening activities for nursing home residents with dementia. *Advances in Physiotherapy*. *10*(1), 53-56. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.1080/14038190701256469

Thorsen, G. M., & Kirkevold, M. (2015). Clinical use of sensory gardens and outdoor environments in norwegian nursing homes: A cross-sentional e-mail survey. *Issues in Metal Health Nursing, 36,* 35-43. doi: http://dx.doi.org.ep.bib.mdh.se/10.3109/01612840.2014.932872

World Health Organization. (2016). *Dementia*. Hämtad den 11 september, 2017, från http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur AB.

BILAGA A. SÖKMATRIS

Databas	Sökord	Antal träffar	Urval	Valda artiklar
CINAHL Plus	Dementia AND garden AND agitation	4	Peer Reviewed 2007-2017	An evaluation of therapeutic garden`s influence on the quality of age care residents with dementia. Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents?
CINAHL Plus	Dementia AND outdoor	48	Peer Reviewed Abstract 2007-2017	The impact of early dementia on outdoor life: a 'shrinking world'? Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia: two case studies. Housing and connection to nature for people with dementia: findings from the INDEPENDENT project. Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. Gardening activities for nursing home residents with dementia
CINAHL Plus	Nature AND dementia AND activities	73	Abstract Peer Reviewed 2007-2017	Nature and dementia: development of a person-centered approach.
CINAHL Plus	Dementia AND factors AND quality of life	36	Abstract Peer Reviewed Publication: aging and mental health 2007-2017	Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective.

BILAGA B. ARTIKELMATRIS

Tids-skrift/år	Titel/för-fattare	Syfte	Metod	Resultat	Kva-litet
Tidskrift: Dementia **Årtal**: 2013	**Titel**: An evaluation of therapeutic garden`s influence on the quality of age care residents with dementia. **Författare**: Edwards,C.A., McDonelle, C., & Merl, H.	Att utvärdera om terapeutisk trädgård kan förbättra livskvalitet en hos äldre med demens och deras vårdgivare.	En mix-method. Tre månader innan och tre månader efter att en terapeutisk trädgård konstruerades på ett boende utfördes en kvalitativ undersökning där 12 personer med demenssjukdom samt deras vårdgivare intervjuades. En kvantitativ studie i form av frågeformulär för vårdpersonal användes för datainsamling.	Terapeutiska trädgården förbättrade livskvaliteten hos människor med demenssjukdom. De undersökta blev mindre agiterade och depression nivån minskades.	Kval. Hög 9/14 Kvant. Hög 9/13
Tidskrift: Dementia **Årtal**: 2008	**Titel**: The impact of early dementia on outdoor life: a 'shrinking world'? **Författare**: Duggan, S., Blackman, T., Martyr, A., Van Schaik, P.	Att undersöka hur människor med måttligt demenssjukdom har användning och påverkas av utomhusmiljö.	En kvalitativ undersökning där 22 personer med demenssjukdom inklusive deras anhöriga deltog i semistrukturerade intervjuer.	Personer med måttligt demenssjukdom ansåg att utomhusvistelse ökade livskvaliteten och var en variation i vardagen. Deltagarna uppskattade bland annat tillgången till frisk luft, solsken, naturen och den vackra utsikten utomhus. Mest uppskattade aktiviteten utomhus var promenader.	Kval. Hög 13/14

Tidskrift: Aging & Mental health **Årtal:** 2013	**Titel:** Persons with early-stage dementia reflect on being outdoors: a repeated interview study **Författare:** Olsson, A., Lampic, C., Skovdahl, K., Engström, M.	Att beskriva hur personer med demens i tidigt stadium reflekterar över att vara utomhus.	En kvalitativ studie där 11 personer med tidig demens deltog i upprepade intervjuer som sedan analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys.	Att ha möjligheten att gå ut gav en känsla av frihet och självständighet bland deltagarna. Några deltagare kände bekräftelse av ”jaget” vid utomhusvistelse och att bara kunna sitta utomhus, andas frisk luft och känna värmen från solen associerades med en känsla av välbefinnande.	Kval. Hög 10/14
Tidskrift: Journal of housing for the elderly **Årtal:** 2008	**Titel:** Effects of therapeutic gardens in special care units for people with dementia: two case studies. **Författare:** Hernandez, R. O.	Är att undersöka effekten av terapeutiska trädgårdar hos personer med demenssjukdom.	En mix-method studie. Kvalitativ studie där sammanlagt 53 personer inklusive vårdpersonal och anhöriga intervjuades i 45 intervjuer. Kvantitativ studie där personer med demenssjukdom på två olika enheter observerades. Observationerna antecknades i en AARS-observations skala samt noterades och kartlades.	Användning av terapeutiska trädgårdar visade en ökad livskvalitet hos personer med demenssjukdom. Möjligheten att vara utomhus ansågs som en bra chans för att få frisk luft samt variera miljö.	Kval. Hög 9/14 Kvant. Medel 8/13

Tidskrift: Journal of housing for the elderly **Årtal:** 2007	**Titel:** Housing and connection to nature for people with dementia: findings from the INDEPENDENT project. **Författare:** Gibson, G., Chalfont, G. E., Clarke, P.D., Torrington, J. M., Sixsmith, A. J.	Är att undersöka tänkbara miljöer för personer med demenssjukdomar.	En kvalitativ studie där sammanlagt 67 personer intervjuades. 26 av dem intervjuade var personer med någon form av demenssjukdom. Resterande personer som intervjuades var anhöriga samt vårdpersonal. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att därefter analyseras. Studien delades upp i två kohort där den ena gruppen bodde i eget hem och den andra gruppen i ett vårdhem.	Personer som bodde i sitt eget hem tycktes vara mer benägna att njuta av naturen och hade möjligheten att gå utomhus när de själva önskade. Personer som bodde i ett vårdhem hade begränsad utegång. Den naturliga miljön förbättrade självkänslan, välbefinnandet och livskvalitén hos deltagarna.	Kval. Hög 10/14
Tidskrift: International Psychogeriatrics **Årtal:** 2016	**Titel:** Nature and dementia: development of a person-centered approach. **Författare:** Hendriks, I. H., Van Vliet, D., Gerritsen, D. L., Dröes, R. M	Är att prova och utveckla ett tillvägagångssätt för personliga naturaktiviteter för personer med demenssjukdom.	Fyra forskningsfrågor utformades. För att besvara enskild fråga användes olika metoder. För att besvara två av fyra frågor användes en kvalitativ studie med sex fokusgruppsintervjuer med 34 personer med demenssjukdom. Intervjuerna spelades in och transkriberades i efterhand. För att besvara den tredje frågan användes fokusgruppsintervjuer samt litteraturöversikt. För att besvara den fjärde frågan användes kvalitativ, beskrivande pilotsstudie där 13 personer med demenssjukdom.	Personer med demenssjukdom upplevde välbefinnande och ökad livskvalitet när de befann sig ute i naturen. Naturen förknippades bland annat med nöje, avkoppling och känsla av frihet	Kval. Hög 10/14

Tidskrift: American journal of alzheimer's disease and other dementias **Årtal:** 2008	**Titel:** Does a wander garden influence inappropriate behaviors in dementia residents? **Författare:** Detweiler, MB., Murphy, PF., Myers, LC., Kim, KY.	Att undersöka effekten av vandringsträdgård för personer med demenssjukdom.	En kvantitativ studie där 34 personer med demenssjukdom observeras i 12 månader före och efter öppningen av trädgården. En enkätundersökning som besvarades av anhöriga och vårdpersonal. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) agitation skala användes för att mäta deltagarnas agitationsnivåer.	Införande av en trädgård gav både positiv och negativ effekt på deltagarna. Personer som regelbundet promenerade i trädgården var mindre agiterade och deras humör och livskvalité förbättrades. Men i slutet av undersökningen hade även de som inte besökte trädgården regelbundet samma CMAI poäng som dem deltagare som besökde trädgården regelbundet.	Kvant. Hög 9/13
Tidskrift: Advance in physiotherapy **Årtal:** 2008	**Titel**: Gardening activities for nursing home residents with dementia. **Författare:** Thelander, VB., Wahlin, R., Olofsson, L., Heikkilä, K., Sonde, L.	Att beskriva och utvärdera trädgårdsarbete för personer med demenssjukdom.	En kvantitativ studie, där 8 personer med demenssjukdom observerades under 6 veckors period.	De flesta aktiviter som erbjöds uppskattades av deltagarna. Vissa aktiviter ansågs svårare än andra och de aktiviteter som utfördes med vilja visade på bra resultat hos personer med demenssjukdom.	Kvant. Hög 9/13

Tidskrift: Aging & Mental health **Årtal:** 2011	**Titel**: Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective **Författare:** Moyle, W., Venturto, L., Griffiths, S., Grimbeek, P., McAllister, M., Oxlade, D., Murfield, J.	Att undersöka och förstå de faktorer som påverkar livskvalité n hos personer med demenssju kdom.	En kvalitativ studie där 32 personer med demenssjukdom intervjuades i forskningssyfte.	Livskvaliteten ökades hos de personer med demenssjukdom som fick delta i aktiviteter i utomhusmiljö. Den vanligaste aktiviteten som gav positiv effekt var promenader utomhus.	Kval. Hög 10/14
Tidskrift: Journal of housing for the elderly **Årtal:** 2007	**Titel**: Effect of increased time spent outdoors on individuals with dementia residing in nursing homes. **Författare:** Calkins, M., Szmerekovsy . JG., Biddle, S.	Att undersöka effekten av ökad tid spenderad utomhus på sömn och agitation hos personer med demenssju kdom.	En kvantitativ studie, där 17 personer med demenssjukdom observerades. Data samlades in med hjälp av en utrustning som mäter rörelse och dagsljus för varje person. Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) agitation skala användes för att mäta deltagarnas agitationsnivåer.	Ökad tid tillbringad utomhus visade på att Ilskan och ledsamheten minskade hos personer med demenssjukdom. Deltagarna blev även mer alerta under sommartid på grund större tillgång till dagsljus.	Kvant. Hög 9/13

BILAGA C. KVALITETSGRANSKNING AV ARTIKLAR

Granskningsfrågor enligt Friberg (2012)

Frågor vid granskning av kvalitativa studier

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är det i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är i så fall dessa formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är den i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur är undersökningspersonerna beskrivna?
7. Hur har data analyserats?
8. Hur hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop?
9. Vad visar resultatet?
10. Hur har författarna tolkat studiens resultat?
11. Vilka argument förs fram?
12. Förs det några etiska resonemang?
13. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall?
14. Sker en koppling till teoretiska antaganden?

Frågor vid granskning av kvantitativa studier

1. Finns det ett tydligt problem formulerat? Hur är detta i så fall formulerat och avgränsat?
2. Finns teoretiska utgångspunkter beskrivna? Hur är de i så fall formulerade?
3. Finns det någon omvårdnadsvetenskaplig teoribildning beskriven? Hur är den i så fall beskriven?
4. Vad är syftet? Är det klart formulerat?
5. Hur är metoden beskriven?
6. Hur har urvalet gjorts?
7. Hur har data analyserats? Vilka statistiska metoder användes? Var dessa adekvata?
8. Hänger metod och teoretiska utgångspunkter ihop? I så fall hur?
9. Vad visar resultatet?
10. Vilka argument förs fram?
11. Förs det några etiska resonemang?
12. Finns det en metoddiskussion? Hur diskuteras metoden i så fall, t.ex. vad gäller generaliserbarhet?
13. Sker en återkoppling till teoretiska antaganden, t.ex. omvårdandsvetenskapliga antaganden?

MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00
E-post: info@mdh.se **Webb:** www.mdh.se