

Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem?

– Presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter



Adel Bergland, sykepleier, dr. Polit. Førsteamanuensis, Lovisenberg diakonale høgskole, Oslo.

Introduksjon

En viktig målsetting for sykepleiere og andre ansatte som arbeider i sykehjem er å bidra til at den eldre har det godt eller så bra som mulig situasjonen tatt i betraktning. Mange sykehjem beskriver trivsel som en sentral målsetting. Trivsel er et uttrykk både fra hverdagspråket og et faglig begrep. Ifølge norske ordbøker refererer trivsel både til en tilstand av *å ha det godt* og *å like seg* og til en prosess knyttet til utvikling (1). I dagligspråket er betydningen *å ha det godt, finne seg til rette og like seg* den mest vanlige. Trivsel refererer altså til en persons subjektive opplevelse av sin situasjon, ofte i relasjon til et konkret sted. Trivselsbegrepet har så langt vært lite diskutert i sykepleiefaget.

Hensikten med artikkelen er å introdusere Haight et mfl.'s (2) trivselsteori og eksemplifisere og underbygge faktorene i teorien ved hjelp av to forskningsprosjekter. Det første prosjektet er en fenomenologisk livsverdens studie (3) om trivsel i

sykehjem (4, 5). Det andre prosjektet er en pågående studie om omgivelsenes betydning for beboernes hverdagsliv, funksjon og trivsel i sykehjem (6).

Trivselsteori

De amerikanske sykepleierne Haight, Barba, Tesh og Courts (2) introduserte i 2002 en *Trivselsteori* (Theory of thriving). Teorien ble utviklet med utgangspunkt i begrepet mistrivsel (failure to thrive – FTT). FTT refererer til et syndrom med uforklarlig vekttap og redusert funksjonsnivå; fysisk, mental og/eller sosialt hos eldre personer (2, 7). I medisinsk litteratur beskrives ulike sykdommer som årsaker til FTT (8), mens sykepleielitteraturen ofte beskriver psykososiale årsaker som sorg, tap og ensomhet (9, 10). De amerikanske sykepleieforskerne Newburn og Krowchuk presenterte i 1994 en analyse av begrepet FTT hos eldre personer som underbygget de ulike årsaksfaktorene (9). Med utgangspunkt i denne analysen ble forståelsen av

Sammendrag: En viktig målsetting i sykehjem er at eldre skal trives og ha det godt. Artikkelen presenterer en trivselsteori som indikerer at trivsel gjennom livsløpet er resultat av et samspill mellom tre faktorer: Personen, mellommenneskelige relasjoner og det fysiske miljøet. Ved hjelp av to forskningsprosjekter underbygges teorien ved å vise at trivsel i sykehjem er resultat av et individuelt og tilpasset samspill mellom disse faktorene.

Nøkkelord: trivsel, sykehjem, relasjoner, omgivelser, fysisk miljø.

Abstract: A main objective of nursing homes is to promote well-being and thriving for residents. This article introduces a theory of thriving that proposes that throughout life-span thriving results from an interaction between three factors: the person, human relationships and the physical environment. Results of two research projects showing that thriving in nursing homes results from an individual and adjusted interaction between these three factors are presented.

Key-words: thriving, nursing home, relationships, environment, physical environment.



TRIVSEL: Hvordan personen oppfatter, vurderer og håndterer sin livssituasjon kan ha betydning for trivselen. Foto: Colourbox.

FTT videreutviklet i et livsløpsperspektiv. FTT ble ikke lenger forstått som en tilstand, men som et endepunkt på et kontinuum fra mistrivsel (FTT) til trivsel (thriving). Trivsel ble beskrevet som et positivt begrep og det positive endepunktet på kontinuumet (2).

Tre faktorer er sentrale i *Trivselsteorien*: Personen, relasjonene til menneskene han/hun omgir seg med (human-environment) og det fysiske miljøet (non-human-environment) (2). Teorien beskriver personen med sosiale, fysiske, psykiske og åndelige dimensjoner. Andre mennesker og personlige relasjoner på ulike stadier i livet kan påvirke personen og det fysiske miljøet positivt og bidra til trivsel, vekst og utvikling eller påvirke på en negativ måte og derved bidra til mistrivsel og mangel på vekst og utvikling. Alle tre faktorene endrer seg og påvirker hverandre i et kontinuerlig samspill gjennom livsløpet og avhengig av hvordan samspillet er, blir resultatet en person som trives eller mistrives i større eller mindre grad. Trivsel beskrives som resultat av et *optimalt* samspill mellom personen, relasjonene

han/hun har og de fysiske omgivelsene og er resultat av en kontinuerlig tilpasning mellom disse faktorene (2, 11). En person som trives lever sitt liv på en optimal måte (2). En slik tenkning innebærer at trivsel anses som en prosess mer enn en tilstand. Trivsel i eldre år kan, ut fra dette perspektivet, forstås som en prosess hvor det kontinuerlig skjer tilpasninger som resultat av normale aldersforandringer, sykdom, endringer i fysisk funksjon og endringer i livssituasjon, slik at personen lever et så optimalt liv som mulig situasjonen tatt i betraktning (2, 11). Faktorene i trivselsteorien beskrives og eksemplifiseres videre i artikkelen.

Personen

Hvordan personen oppfatter, vurderer og håndterer sin livssituasjon kan ha betydning for trivselen (2). Et viktig element i forskning om trivsel er personens forventninger til omgivelsene. Den danske psykologen Petersen (12, 13) beskriver trivsel som en psykologisk tilstand og som resultat av personens forventninger til et miljø og hvor mange av forventningene som innfris



GDGT FORHOLD: En gruppe beboere beskrev nære og personlige relasjoner til enkeltpleiere som viktige for å trives i sykehjemmet. Foto: Colourbox.

i miljøet. Hvis mange og vesentlige forventninger innfris, blir resultatet trivsel. Hvis derimot mange og vesentlige forventninger ikke innfris, blir resultatet mistrivsel (12). Både Petersen (12) og Haigh m.fl. (2) beskriver altså trivsel som resultat av et tilpasset samspill mellom personen og personens forventninger til miljøet og den situasjonen han/hun befinner seg i. Personen kan ha innflytelse på sin egen situasjon på bakgrunn av hvilke forventninger han/hun har og hvilke strategier han/hun benytter i møte med vanskelige livssituasjoner, som for eksempel alvorlig sykdom og det å flytte på sykehjem. I situasjoner hvor en person ikke har valgmuligheter beskrives det å revurdere og justere mål og verdier som hensiktsmessige strategier (14, 15).

Personens bidrag til trivsel i sykehjem

Beboere i sykehjem har en betydelig funksjonssvikt og et stort behov for hjelp og må tilpasse seg en ny livssituasjon (16, 17). Et eksempel på hvordan beboere i sykehjem kan endre sine forventninger når de flytter på sykehjem finner vi i studien Trivsel i sykehjem (4, 5). Studien viste at når beboerne snakket om å trives i sykehjemmet, beskrev de trivsel som noe annet sammenliknet med tidligere i livet. De hadde justert og/eller endret sin oppfatning av trivsel. En kvinne som fortalte at hun trivdes i sykehjemmet, sa: «Du vet, det er ikke som før i livet. Det er helt annerledes. Det er to ulike måter. Jeg trivdes mer hjemme.» Det å flytte på sykehjem hadde ført til en stor forandring i beboernes liv. Beboere som ga uttrykk for å trives, hadde tilpasset sine forventninger til hva de mente var mulig å oppnå i miljøet, slik det beskrives av Petersen (12, 13) og Haigh m.fl. (2).

Studien identifiserte også tre ulike innstillinger til å bo i sykehjemmet: En innstilling om å trives, en ambivalent innstilling og en innstilling om å ikke ville trives (4, 5). En innstilling om å trives innebar å ta en beslutning om at sykehjemmet nå var det eneste mulige stedet å være fordi de hadde så stort behov for hjelp i dagliglivet. Videre innebar en slik innstilling å anse sykehjemmet som et hjem og tilpasse sine forventninger til de mulighetene som var i sykehjemmet. Beboere med en ambivalent innstilling og beboeren med en innstilling om å ikke ville trives holdt fast ved et håp om å komme hjem og hadde ikke slått seg til ro og blitt fortrolige med livet i sykehjemmet.

Eldre mennesker som flytter til sykehjem opplever en situasjon hvor de må *gi slipp på hjemmet*

sitt og orientere seg i forhold til de begrensningene et stort behov for hjelp og et liv i sykehjem setter. En slik livssituasjon utfordrer den eldre personens mål og verdier. Beboerne benyttet ulike strategier for å tilpasse seg livet i sykehjemmet og å kunne oppleve trivsel. Beboerne med en innstilling om å trives hadde innsett at de ikke lenger kunne klare å bo hjemme på grunn av sine helseproblemer og funksjonssvikt. De endret og justerte sine mål og verdier og la vekt på å skape seg gode dager i sykehjemmet (5, 15). Det at den eldre personen reviderer sine mål og verdier synes viktig for å trives i sykehjem (4, 5, 15). Den gruppen av beboere som hadde en ambivalent innstilling eller en innstilling om å ikke ville trives holdt fast ved ønsket om å fortsatt kunne bo hjemme også etter at de hadde flyttet inn på sykehjemmet. Gruppen med en innstilling om å trives kan sies å utvise akkomodativ fleksibilitet ved at de tilpasset sine mål til de endringene som var skjedd, mens de siste gruppene holdt fast ved sine tidligere mål og ønsker og viste assimilativ persistens (14, 15).

Relasjonenes betydning for trivsel i sykehjem

Ifølge Trivselsteorien er pleiere, familie, venner og andre beboere viktige personer for eldre i sykehjem og gode og positive relasjoner til disse personene bidrar til trivsel (2). Dette underbygges også av studien om Trivsel i sykehjem (4, 5, 18). Studien viste imidlertid et komplekst samspill mellom ulike typer av relasjoner og beboernes opplevelse av å trives eller ikke trives på sykehjemmet.

«Alle beboerne var opptatt av at pleierne måtte ha god kompetanse»

En gruppe beboere beskrev nære og personlige relasjoner til enkeltpleiere som viktige for å trives i sykehjemmet. Det var viktig å bli kjent med hverandre som personer og ikke bare i rollen som pleier og beboer. Et vanlig utsagn i denne gruppen var: *Jeg trives fordi jeg kjenner pleierne*. Flere av disse beboerne hadde knyttet seg nært til spesielle pleiere og for enkelte kunne det være avgjørende for hvordan dagen deres ble, om de fikk hjelp av sin favorittpleier i morgenstellet. Også beboere som ikke trivdes i sykehjemmet, hadde etablert personlige relasjoner til en eller flere av pleierne,

men det var ikke tilstrekkelig for at de opplevde å trives i sykehjemmet. En kvinne sa: «Jeg har fortalt (navn på primærkontakten) at hun er den beste sykepleier en kan få. Hun tar seg av alt og lytter til meg». Kvinnen fortalte videre at det var ikke noe pleierne kunne gjøre for at hun skulle trives. Alt kom an på henne selv. I de personlige relasjonene var fokus mer enn bare på de enkelte situasjonene hvor beboeren fikk hjelp. Fokus var på beboerens totale livssituasjon i sykehjemmet. Beboeren og pleieren utviklet en felles historie. I disse relasjonene utviklet det seg, fra beboerens perspektiv, en tillit og tilhørighet og tro på at pleierne ville gjøre det beste for dem. I hvilken grad beboerne aktivt tok kontakt med pleierne varierte. Noen beboere tok aktivt kontakt og la stor vekt på å ha en vennskapsliknende relasjon med stor grad av gjensidighet. Andre beboere som understreket betydningen av en personlig relasjon for å trives, ventet på at pleierne skulle ta initiativ til kontakt (18).

En annen gruppe beboere beskrev vennlige og hyggelige ikke-personlige relasjoner som viktige for å trives i sykehjemmet. Disse beboerne la vekt på at pleierne måtte være vennlige og ha en innstilling om å hjelpe. Et typisk utsagn var: *Jeg trives fordi alle pleierne er så snille og hjelpsomme*. Disse beboerne var opptatt av at pleierne viste interesse for dem som personer, men de var ikke så opptatt av å bli kjent

«Sykepleiere som har ansvar for beboere, må finne ut hva som er viktig for å trives for den enkelte.»

med pleierne som personer. Pleierne fremsto mer som en gruppe enn som tydelige enkeltpersoner. Det å utvikle en nær relasjon over tid med enkeltpleiere ble ikke vurdert som viktig for å kunne trives. Det avgjørende var at de fikk den hjelpen de trengte av pleiere som viste interesse for dem og som behandlet dem med vennlighet og med respekt (18).

En tredje gruppe beboere vurderte ikke nær tilknytning til pleiere som viktig for å kunne trives. De ønsket en viss distanse til pleierne. Deres fokus var å få kompetent hjelp og pleie heller enn personen som skulle yte hjelpen. En mannlig beboer sa: «Jeg trives. Vennlighet hele veien uten at de (dvs. pleierne) blir plagsomt personlige.» Det viktige var

at de fikk den pleien de hadde behov for. I denne gruppen var det noen som gjenkjente pleierne, for andre fremsto pleierne som en gruppe – generaliserte pleiere. En kvinne fortalte: «Jeg trives. Man kan ikke være på et bedre sted når man ikke kan være hjemme. Jeg kjenner i grunnen ikke pleierne, det er ikke viktig for meg».

Alle beboerne var opptatt av at pleierne måtte ha god kompetanse og kunnskap om beboernes sykdommer og behandling, samt at de behandlet beboerne med respekt og vennlighet (4, 5).

En annen gruppe personer som kan bidra til trivsel ifølge Haight m. fl. sin (2) trivselsteori, er andre beboere i sykehjemmet. Flere studier har vist at relasjoner mellom beboere i sykehjem ofte er begrenset og at det er vanskelig å etablere slike relasjoner (19-21). Betydningen av relasjoner til andre beboere for trivsel i sykehjemmet er lite studert. Studien *Trivsel i sykehjem* viste at det å etablere relasjoner til andre beboere er viktig for å kunne trives for noen, men ikke for alle (4, 22). Forutsetningen var at beboeren ønsket og var i stand til å etablere slike relasjoner. En gruppe beboere hadde etablert relasjoner til en eller noen få beboere som var mentalt klare og som de kunne ha en samtale med. En kvinne som spiste alle måltidene ved samme bord uttalte: «Vi kommer så godt overens. Det er som vi hører sammen.» Beboere som hadde etablert slike relasjoner, oppsøkte hverandre aktivt og tilbrakte tid sammen. Slike relasjoner bidro til trivsel ved at beboerne ga hverandre støtte, mulighet for å snakke om positive og negative tanker og opplevelser i sykehjemmet og fra tidligere i livet.

For en annen gruppe beboere var ikke relasjoner til andre beboere viktig for å kunne trives. De hadde ikke noe ønske om å etablere slike relasjoner. En kvinne fortalte: «Personlig så savner jeg ikke kontakt. Jeg er vant til å være alene. Så lenge jeg har mine (dvs. familien) som kommer og besøker meg, så er det nok for meg.» En mann fortalte: «Jeg kjenner ingen her. Jeg har ikke forsøkt å bli kjent med noen, jeg er for gammel til det.»

En liten gruppe beboere fortalte at de opprinnelig hadde et ønske om å etablere kontakt med andre beboere i sykehjemmet. Men da de hadde sett hvor mange av beboerne som hadde en kognitiv svikt, hadde de redusert sine forventninger og forventet ikke lenger å etablere slike relasjoner i sykehjemmet (22).

I samsvar med Trivselsteorien (2) var alle beboerne opptatt av at kontakt med og besøk av



FELLESKAP: Nære relasjoner mellom beboere kan være positivt, men mange bryr seg ikke om å bli venner med andre beboere på sykehjem. Foto: Colourbox.

familien bidro til trivsel i sykehjemmet. Dager med besøk fra familien ble beskrevet som gode dager sammenliknet med dager uten slikt besøk. Beboerne som ikke ønsket å etablere nære og personlige relasjoner med pleiere og/eller beboere, la stor vekt på at familien var de viktigste relasjonene for dem (4, 5).

Det fysiske miljøet

En annen faktor i Haight mfl. sin (2) trivselsteori er de fysiske omgivelsene som omgir personen, eksempelvis rom, avdelinger og bygninger. De fysiske omgivelsene kan påvirke personen direkte eller ha betydning for kontakt og utvikling av relasjoner til andre mennesker, for eksempel pleiere i sykehjem.

En litteraturgjennomgang viste at forskning om fysiske omgivelser i sykehjem i stor grad har fokusert på hvordan de fysiske omgivelsene kan bidra til økt funksjon og/eller reduksjon og regulering av utfordrende atferd hos personer med demens (6). Studiene hadde i all hovedsak negative resultatmål som reduksjon eller fravær av utfordrende atferd. Også studier med fokus på positive stimuli i omgivelsene som bilder og naturelementer, hadde ofte *atferdsregulering* som resultatmål. Litteraturgjennomgangen (6) viste at kunnskapen om hvordan de fysiske omgivelsene kan bidra til positive

resultatmål som trivsel i sykehjem er begrenset.

Studien om trivsel i sykehjem viste imidlertid, slik Haight mfl. beskriver (2) at ulike kvaliteter i de fysiske omgivelsene kan bidra til trivsel (5). De ble identifisert som tilleggsaspekter ved trivsel i sykehjem og indikerte derved at de ikke alene var tilstrekkelige for å skape trivsel. Pene, lyse og rene omgivelser ble beskrevet som viktig. Det å ha enerom ble vektlagt. En kvinne sa: «Jeg er veldig glad for at rommet er så stort at jeg har plass til noen egne møbler. Jeg føler meg mer hjemme når jeg kan sitte i mine egne stoler.» Det å ha eget bad ble vurdert som viktig for alle beboerne som hadde det, og var sterkt ønsket av dem som ikke hadde det (5).

En pågående studie indikerer at det fysiske miljøet i sykehjem har ulik betydning og funksjon blant annet avhengig av beboernes funksjonsnivå. Studien tar utgangspunkt i Werezak og Morgans (23) beskrivelse av kvaliteter ved gode omgivelser for eldre personer og personer med demens: Effektivt system for orientering, trygghet og sikkerhet, personliggjøring av steder og tilpasset nivå av stimuli.

God skilting og andre orienterende elementer kan være viktig for beboere som forflytter seg selv. For beboere som ikke forflytter seg selv, kan det ha mindre eller ingen betydning. Orienterende

elementer kan være viktig for beboere som har en moderat demenstilstand. Personer med alvorlig demens er ofte ute av stand til å forstå disse, mens mentalt klare beboere orienterer seg uten slik hjelp.

Fysiske steder og miljøer hvor det er godt å være, bør ha et tilpasset nivå av stimuli (23) og stimuli av moderat kompleksitet (24). Å sørge for et optimalt nivå av stimuli kan innebære ulike tiltak og aktiviteter for ulike grupper av beboere. Beboere som er i stand til å forflytte seg kan sørge for variasjon i stimuli ved å oppholde seg på ulike områder i og utenfor sykehjemmet i løpet av dagen. De kan delta på fellesaktiviteter på aktivitetsstuen om formiddagen, mens ettermiddagen tilbringes på rommet med å lese bøker eller få besøk fra familien. For andre beboere må tilpassede og varierte stimuli tilrettelegges av personalet. Det kan eksempelvis gjøres ved at ulike aktiviteter i avdelingen og på sykehjemmet gjennomføres på ulike fysiske steder og derved bidrar til variasjon (6).

Det er helt avgjørende at personalet vurderer kompleksiteten av stimuli ut fra den enkelte pasients situasjon, diagnose og funksjonsnivå. For få og enkle stimuli kan bidra til kjedsomhet, mens for mange og uforståelige stimuli kan bidra til forvirring. Det som kan være for få stimuli for noen beboere kan bidra til overstimulering og forvirring hos andre beboere. Å redusere overstimulering er et sentralt prinsipp i omsorgen for personer med demens (25). Det synes samtidig viktig å vurdere på hvilken måte positive stimuli kan tilpasses og fokuseres slik at de kan bidra til gode opplevelser hos personer med demens (6). Det å tilrettelegge de fysiske omgivelsene slik at de bidrar til trivsel, slik Haight mfl. (2) beskriver, krever derfor individuell tilrettelegging.

Konklusjon

De to forskningsprosjektene (4 -6) synes i all hovedsak å underbygge trivselsteorien til Haight mfl. (2). Beboerne som ga uttrykk for å trives i sykehjemmet, evnet å leve et så godt liv som mulig innenfor de rammene sykehjemmet satte (4). Studien underbygger teorien om at trivsel er resultat av et individuelt tilpasset samspill mellom den enkelte beboer, de mellommenneskelige relasjonene og det fysiske miljøet (2). På bakgrunn av studien kan det ikke listes opp hva som bidrar til trivsel hos alle beboere i sykehjem (4). Sykepleiere som har ansvar for beboere, må finne ut hva som er viktig for å trives for den enkelte. ■

Referanser

- Landrø MI, Wangensteen B. Bokmålsordboka. Bergen: Universitetsforlaget; 1986.
- Haight BK, Barba BE, Tesh AS, Courts NF. Thriving: a life span theory. *J Gerontol Nurs* 2002;28(3): 14–22.
- Schütz A, Ulf-Møller B. Hverdagslivets sociologi: en tekstsamling. København: Hans Reitzel; 2005.
- Bergland Å. Trivsel i sykehjem: en kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for sykepleievitenskap og helsefag; 2006.
- Bergland Å, Kirkevold M. Thriving in nursing homes in Norway: contributing aspects described by residents. *Int J Nurs Stud* 2006;43(6): 681–91.
- Bergland Å, Kirkevold M. Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? – En litteraturgjennomgang. *Sykepleien Forskning* 2011;6(1): 14–25.
- Rocchiccioli JT, Sanford JT. Revisiting geriatric failure to thrive: a complex and compelling clinical condition. *J Gerontol Nurs* 2009 Jan;35(1): 18–24.
- Verdery RB. Failure to thrive in older people. *J Nutr Health Aging* 1998;2(2): 69–72.
- Newbern VB, Krowchuk HV. Failure to thrive in elderly people: a conceptual analysis. *J Adv Nurs* 1994 May;19(5): 840–9.
- Bergland Å, Kirkevold M. Thriving – a useful theoretical perspective to capture the experience of well-being among frail elderly in nursing homes? *J Adv Nurs* 2001;36(3): 426–32.
- Hansen-Kyle L. A concept analysis of healthy aging. *Nurs Forum* 2005;40(2): 45–57.
- Petersen E. Trivsel og livskvalitet, krise og samfunnsudvikling: en antologi. Aarhus: Aarhus Universitet, Psykologisk Institut; 1995.
- Petersen E. Trivselsteorien – en sosialpsykologisk livskvalitetsmodell. I: Petersen E, m. fl., red. Livskvalitet, resignation og overlevelse. Aarhus: Aarhus Universitet; 1997. s. 70–97.
- Daatland SO, Solem PE. Aldring og samfunn. Bergen: Fagbokforlaget; 2000.
- Brandtstadter J, Rothermund K. The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Dev Rev* 2002 Mar;22(1): 117–50.
- Kahn DL. Making the best of it: adapting to the ambivalent of a nursing home environment. *Qual Health Res* 1999;9(1): 119–32.
- Hofseth C, Norvoll R. Kommunehelsetjenesten – gamle og nye utfordringer: en studie av sykepleietjenesten i sykehjem og hjemmesykepleien. Oslo: SINTEF, Unimed, Ledelse, organisasjon og samhandling; 2003.
- Bergland Å, Kirkevold M. Resident-caregiver relationships and thriving among nursing home residents. *Res Nurs Health* 2005;28(5): 365–75.
- Bitzan JE. Emotional bondedness and subjective well-being between nursing home roommates. *J Gerontol Nurs* 1998;24(9): 8–15.
- Ice GH. Daily life in a nursing home: Has it changed in 25 years? *J Aging Stud* 2002 Nov;16(4): 345–59.
- Hubbard G, Tester S, Downs MG. Meaningful social interactions between older people in institutional care settings. *Ageing Soc* 2003 Jan;23(1): 99–114.
- Bergland Å, Kirkevold M. The significance of peer relationships to thriving in nursing homes. *J Clin Nurs* 2008;17 (10): 1295–302.
- Werezak L, Morgan D. Creating a therapeutic psychosocial environment in dementia care. A preliminary framework. *J Gerontol Nurs* 2003 ;29 (12): 18–25.
- Cold B. Her er det godt å være – om estetikk i omgivelsene. Trondheim: NTNU 2010.
- Rokstad AMM. Miljøbehandling. I: Rokstad AMM, Smebye KL, red. Personer med demens Møte og samhandling. Oslo: Akribes; 2008. s. 152–79.