



Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Bacheloroppgave

Tillitsskapende demensomsorg ved utfordrende atferd

Kandidatnummer: 10018

Antall ord: 8614

Sammendrag

Tittel: Tillitsskapende demensomsorg ved utfordrende atferd.

Hensikt: Oppgavens hensikt er å finne ut hvilke tilnæringsmetoder og tiltak en som sykepleier eller annet helsepersonell kan og bør anvende i møte med utfordrende atferd hos eldre personer med demens i sykehjem, samt hvilke forhold som kan skape utfordringer knyttet til dette.

Problemstilling: Hvordan kan tillitsskapende tiltak benyttes for å gi god omsorg og livskvalitet til personer med demens og utfordrende atferd i sykehjem?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, som bruker 9 forskningsartikler, som alle på sin måte belyser ulike tilnæringsmetoder relatert til utfordrende atferd hos personer med demens

Resultat: Litteratur og forskning viser at dersom en tilstreber personsentrert tilnærming gjennom tillitsskapende tiltak til personer med demens med utfordrende atferd vil en kunne begrense og forebygge denne atferden, samt forhåpentligvis gi bedre omsorg og styrke livskvaliteten til pasientgruppen. De viktigste nøkkelpunktene som trekkes fram var utdanning og kompetanseheving blant ansatte, se hver enkelte pasients behov og situasjon, kartlegge bakenforliggende årsaker til atferden og videre utarbeide tiltak og sørge for at denne informasjonen kommuniseres og dokumenteres til alle som utøver omsorg for den personen.

Konklusjon: Funnene gjort i faglitteratur og forskningsartikler konkluderer med at en personsentrert tilnærming skal være utgangspunktet i utarbeidelsen og utøvelsen av tillitsskapende tiltak. Dette er essensielt for å kunne gi god omsorg, håndtere atferd, og ivareta behovene til eldre personer med demens.

Nøkkelord: Utfordrende atferd, Demens, Tillitsskapende tiltak, Ikke-farmakologiske intervensjoner, Sykehjem, Omsorg.

Abstract

Title: trust-building dementia care with challenging behavior.

Purpose: To look at how nurses and other health care staff can use non-pharmacological interventions based on a person-centered approach when dealing with old patients with dementia in nursing homes who exhibit BPSD and challenging behavior, and factors that can inhibit this work.

Topic question: How can a non-pharmacological, trust-building approach be used to provide good care and ensure good quality of life for elderly patients with dementia in nursing homes who exhibit challenging behavior.

Method: Literary review with selection of 9 research articles, all of which highlight different aspects related to dealing with challenging behavior in elderly people with dementia.

Result: Both literature and research show that striving for a person-centered approach through non-pharmacological interventions for persons with dementia and challenging behavior can limit and prevent this behavior and its symptoms, in addition to providing a better care environment and a higher quality of life. Key aspects are highlighted: education for care-staff, see each person as an individual, with individual needs and try to see the situation from their point of view, map the factors contributing to the behavior, and further come up with interventions and make sure to document and relay this information to all staff caring for that person.

Conclusion: Findings in both research and other literature concludes that a person-centered approach should be the foundation for establishing and implementing non-pharmacological interventions. This is essential regarding providing good care, managing behavior and preserving the needs of elderly people with dementia.

Key words: Challenging Behavior, Nursing home, Dementia, Non-pharmacological interventions, care.

Innhold

1.0 Innledning	6
1.1 Tema	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema	6
1.3 Definisjon av sentrale begreper.....	6
1.4 Oppgavens avgrensninger	7
1.5 Oppgavens oppbygning	8
2.0 Metode	9
3.0 Empiri	13
3.1 Artikkelmatrise	13
3.2 Empiri sammenfattet	20
4.0 Teoretisk Referanseramme	22
4.1 Demens - et omfattende begrep.....	22
4.1.1 Symptomer ved demens.....	22
4.1.2 Nevropsykiatriske symptomer	22
4.2 Utdfordrende atferd – hva og hvorfor?.....	23
4.2.1 Agitasjon.....	24
4.3 Personsentrert omsorg.....	25
4.3.1 VIPS-modellen – en modell for personsentrert omsorg	25
4.3.2 Hva er tillitsskapende tiltak?	26
4.4 Sykepleieteoretisk perspektiv. Omsorg, tillit og trygghet.	26
5.0 Diskusjon	28
5.1 Hvordan møte utfordrende atferd?	28
5.2 Kunnskap, kommunikasjon og kompetanse – grunnlaget for tillitsskapende tiltak.	30
5.3 Den personsentrerte omsorgen – store tanker, små tiltak.	32
6.0 Konklusjon	34
Referanseliste	35

Tabeller

Tabell 2.1: Søketabell	10
Tabell 3.1: Artikkelmatrise A	13
Tabell 3.2: Artikkelmatrise B	14
Tabell 3.3: Artikkelmatrise C	14
Tabell 3.4: Artikkelmatrise D	15
Tabell 3.5: Artikkelmatrise E	16
Tabell 3.6: Artikkelmatrise F	16
Tabell 3.7: Artikkelmatrise G	17
Tabell 3.8; Artikkelmatrise H	18
Tabell 3.9: Artikkelmatrise I	19

1.0 Innledning

1.1 Tema

Tema for denne oppgaven er knyttet til eldre personer med demens i sykehjem med fokus på utfordrende atferd, og om hvordan en gjennom en personsentrert tilnærming kan iverksette tillitsskapende tiltak som skal sørge for god omsorg og bidra til å ivareta livskvaliteten.

1.2 Bakgrunn for valg av tema

Antall personer med en eller annen form for demensdiagnose i Norge er estimert til å være rundt 80 000, hvor ca.30 000 av disse bor på sykehjem. (Engdal & Haugen, 2018, s.25) Bakgrunnen for at jeg har valgt dette temaet er at jeg ved siden av studiet jobber på en sykehjemsavdeling som nettopp er tilegnet for denne brukergruppen, i tillegg til at jeg mener dette er et tema som er en svært viktig del av faget sykepleie.

Ettersom det blir flere og flere eldre, øker antallet personer med demens, og følgelig er også en tydelig økning i antall tilfeller av personer med demens som viser utfordrende atferd. I vanlige sykehjemsavdelinger kan dette være vanskelig å håndtere, slik at å øke kunnskapen om hvordan å legge til rette for håndtering av slik atferd er avgjørende for å kunne møte framtidens behov. Sykdom ved demens er den vanligste årsaken som fører til at personer må flytte til sykehjem, hvor hele 80% av disse igjen lider av ulik grad med kognitiv svikt, og følgelig minst ett symptom ved APSD. (Selbæk, Engedal & Bergh, 2013)

Det trengs kunnskap om hvordan å håndtere denne atferden slik at det ikke går på bekostning av livs- og helsekvaliteten til både pasienter, pårørende og ansatte ved sykehjemmene. Med utgangspunkt i overnevnte tema har jeg valgt ut følgende problemstilling:

«Hvordan kan tillitsskapende tiltak benyttes for å sikre god omsorg og livskvalitet til eldre med utfordrende atferd i sykehjem?»

1.3 Definisjon av sentrale begreper

Sentrale begreper i denne oppgaven er oppsummert under, fulgt av en kort definisjon. Ytterligere og mer utfyllende beskrivelse følger som en del av den teoretiske referanserammen i kapittel 4.

Demens – Fellesbetegnelse på et syndrom, relatert til progressiv kronisk grad av kognitiv svikt, funksjonssvikt og endring av personlighet. Flere ulike symptomer, som gradvis utvikler seg fra lett/mild grad til alvorlig grad (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 409-411).

Utfordrende atferd – Atferd relatert til symptomer ved demenssykdom. Symptomer og atferd som karakteriseres som utfordrende kalles APSD – Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 246).

Agitasjon – Begrep som forsøker å beskrive og forklare indre spenning og ytre uro. Agitasjon er et av de vanligste symptomene ved APSD (Selbæk, 2018, s. 249).

Tillitsskapende tiltak – Betegnelse på tiltak som utføres når pasienter motsetter seg helsehjelp, som alltid skal prøves eller iverksettes før det utøves tvang. I denne oppgavens sammenheng bruker jeg begrepet som en fellesbetegnelse på ikke-farmakologiske og personsentrerte tiltak.

Personsentrert omsorg – Tilnæringsmetode for oppfølging og behandling av personer med demens. Handler om å se den enkelte, og å dekke grunnleggende psykososiale behov (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 422).

APSD – Forkortelse for atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (Selbæk, 2018, s. 246).

Livskvalitet – Begrep som definerer en persons opplevelse av kvaliteten i eget liv. Handler om en persons egen opplevelse samt materielle forhold (Folkehelseinstituttet, 2016).

1.4 Oppgavens avgrensninger

Problemstillingen, og oppgaven som sådan, er avgrenset til å kun omhandle eldre demente med utfordrende atferd i sykehjem. Eldre personer er i denne sammenhengen 65 år og oppover. Dette er relatert til at APDS blir mer framtreddende og øker i forhold til sykdomsforløpet og alvorlighetsgraden av demensen (Engdal & Haugen, 2018, s.246). Jeg velger med dette bort å fokusere spesifikt på pasientgruppen yngre personer med demens, grunnet oppgavens størrelse. Jeg velger å ikke inkludere eldre pasienter i sykehus eller andre psykiatriske institusjoner, men avgrenser det til å handle om eldre som bor på sykehjem, med stort hjelpebehov. Dette er fordi jeg ønsker at fokuset skal være relatert til sykepleie i sykehjem og innenfor rammene som denne avgrensingen medfører i form av ressurser, kompetanse og sykepleiefokus. Utfordrende atferd utarter i tillegg hyppigere jo mer alvorlig sykdommen er og desto lengre ut i forløpet man er, slik at sykehjem blir den største arenaen hvor denne pasientgruppen er.

Demens er globalt, slik at mitt litterære blikk er globalt. Jeg velger å inkludere litteratur, fag- og forskningsartikler utarbeidet også utenfor Norge. Jeg ønsker heller ikke å sette søkelys på eller inndele forskningen etter type demens, da utfordrende atferd kan være gjeldende uavhengig av hvilken konkret demensdiagnose en person har.

Brukergruppen er som nevnt tidligere eldre personer med demens i sykehjem. I oppgaven vil jeg betegne denne gruppen som både pasienter, eller beboere. Dette er relatert til at det er disse begrepene som brukes i forskningsartiklene som anvendes i oppgaven.

Begrepet *tillitsskapende tiltak* bruker jeg i denne sammenheng til å dekke det jeg senere vil beskrive som ikke-farmakologiske intervensjoner. Jeg legger til grunn at dette begrepet fokuserer mer på konkrete tilnæringsmåter og tiltak, samtidig som det også inkluderer aspektet med personsentrert omsorg. Tillitsskapende tiltak sees ofte i sammenhengen av forebygging av bruk av tvang. Aspektet med bruk av tvang, eller forebygging av tvang er ikke noe jeg inkluderer som en del av søkelyset eller formålet til denne oppgaven.

Begrepet omsorg står her sentralt. Derfor har jeg valgt å inkludere sykepleieteoretikeren Kari Martinsens syn på omsorg for å belyse oppgavens tema og problemstilling.

Begrepet utfordrende atferd og forkortelsen APSD bruker som synonyme begreper i denne sammenheng da de beskriver samme atferd som jeg ønsker å belyse.

I oppgaven vil jeg trekke in egne eksempler og erfaringer fra egen arbeidserfaring fra sykehjem. Alle egne erfaringer eller opplysninger i oppgaven er fullstendig anonymisert etter lov om taushetsplikt, jf. Lov om Helsepersonell. (Helsepersonelloven, 1999)

Medikamentell behandling som tiltak for å behandle somatisk sykdom, og følgelig ASPD er utenfor denne oppgavens avgrensninger om tillitsskapende og ikke-farmakologiske tiltak, og vil derfor ikke inkluderes som en del av oppgavens teoretiske grunnlag, eller tas med i drøftingen.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven vil videre være inndelt i kapitler. Kapittel 2 som er det neste kapitlet tar for seg metoden jeg har anvendt for denne oppgaven, og beskriver grunnlaget for dette samt inneholder tabell over utførte søk.

I kapittel 3 presenterer jeg utvalgte forskningsartikler, og oppsummerer deres innhold og relevans for oppgavens tema og problemstilling. Kapitlet inneholder også en artikkelmatrise i form av en tabell med disse artiklene.

Kapittel 4 presenterer den teoretiske referanserammen. Her tar jeg for meg sentrale begreper og perspektiver relatert til tema og problemstilling. Kapitlet inneholder også en presentasjon av relevant sykepleieteori, her valgt ut ved

Opgavens hovedtyngde ligger i kapittel 5, hvor jeg vil forsøke å trekke linjer og drøfte det forskningen sier opp mot det teori, samt personlig erfaring, og vurderer om problemstillingen kan besvares ut fra det jeg har samlet av kunnskap.

Kapittel 6 er oppgavens siste kapittel. Her vil jeg forsøke å oppsummere drøftingen for deretter å trekke en konklusjon basert på oppgavens empiriske og teoretiske grunnlag.

2.0 Metode

I dette kapitlet vil jeg presentere valg av metode samt bakgrunnen for dette. Jeg vil først beskrive metoden jeg har brukt, for så videre å presentere søkehistorikk og søketabell. Grunnlaget for oppgaven er bygget på valg av metode. Metoden som velges legger grunnlaget for hvordan en går fram får å finne informasjon. Metoden er altså det redskapet vi benytter når vi skal undersøke noe. (Dalland, 2017, s. 52)

2.1 Litteraturstudium

Som en litteraturstudie, baserer denne oppgaven seg på eksisterende kunnskap og forskning. Thidemann (2015) beskriver en bacheloroppgave som anvender litteraturstudie som metode, som en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder. (Thidemann, 2015, s.79-80)

Formålet med denne oppgaven blir med dette som utgangspunkt å finne, gjennomgå og presentere utvalgte forskningsartikler, samt å i tillegg anvende andre relevante kilder som belyser problemstillingen. Jeg har valgt ut flere ulike artikler, samt anvendt pensum- og annen litteratur som på ulike måter presenterer kunnskap om det utvalgte temaet. Disse kildene vil anvendes for å drøfte tema og problemstilling, samt legge grunnlaget for det jeg vil presentere som en konklusjon.

Dalland skriver i sin bok om oppgaveskriving at sekundærkilder er å regne som annenhåndskilde, og at det har skjedd noe med innholdet i overgangen mellom primærkilden og den sekundære. (Dalland, O, 2017, s. 162) Pensumlitteraturen og fagbøkene jeg har brukt er å regne som sekundærlitteratur, men at kildene i seg selv er pålitelige nok til at jeg ikke vurderer dette til å være en stor begrensing med tanke på innholdets validitet. Da forfatterne er anerkjente innenfor sine felt, og litteraturen er publisert fra anerkjente forlag og i flere publikasjoner.

For å finne relevante kilder, herunder både fag og forskningsetikker, har jeg gjort strukturerte søk i forskjellige anerkjente databaser, blant annet ved hjelp av PICO-skjema. Tabell I i neste delkapittel viser utførte søk i de ulike databasene.

2.2 Søkeprosessen

Litteratursøk er hovedsakelig gjort i databasene PubMed, SweMed+ og Sykepleien.no. Søkene i PubMed gav mest relevante funn, samt at det var lettere å finne artikler som var gratis å lese, slik at alle de utvalgte forskningsartiklene er hentet fra PubMed. Artiklene er engelskspråklige da søkene i databaser gav få norskspråklige funn. I PubMed har jeg anvendt funksjonen «AND», for å bedre kombinere søkeord da enkeltsøk på f.eks. «dementia» eller «BPSD» gav alt for mange treff. Følgende er en tabell over utførte søk, hvilken database og hvor mange treff søket gav, samt hvor mange artikler av det gitte søket jeg valgte ut for bruk i oppgaven. Avgrensninger gjort i søkeprosessen inkluderer å

begrense søket til nyere dato, eller innenfor de siste ti eller fem årene, i tillegg til å velge at søket kun skal inkludere *clinical trials* eller *ranomized control trial*.

Utvelgelse av artikler ble i første omgang gjort gjennom å lese overskriften, samt sammendraget for å konstatere at det var en tilknytning og relevans til min oppgaves tema. Deretter ble mulige anvendbare artikler lest grundigere, hvor jeg fokuserte på metode, begrunnelser og teorigrunnlag, før de ble endelig valgt ut til å inkluderes i oppgaven, og videre lest i sin helhet.

Dato	Søk	Database	Avgrensninger	Søkeord/kombinasjon av søkeord	Antall treff/antall valgt	Utvalgte artikler
24.04.2020	1	PubMed	10 years, Clinical Trial	Non-pharmacological interventions (AND) BPSD	5	A
24.04.2020	2	PubMed	5 years, Randomized Controlled Trial	Non-pharmacological interventions (AND) Dementia	38/2	B,C
08.05.2020	3	PubMed	10 years, clicial trial	Quality of Life (AND) dementia (AND) BPSD	10/1	D
08.05.2020	4	PubMed	5 years	Reminiscence therapy (AND) BPSD (AND) dementia	7	E
10.05.2020	5	PubMed		Non-pharmacological interventions (AND) BPSD (AND) Dementia (AND) Nursing home	20/2	F,G
11.05.2020	6	PubMed	5 years	Person-centered care (AND) BPSD (AND) nursing home	6/1	H
19.05.2020	7	PubMed	5 years	Environment (AND) BPSD (AND) nursing home	8/1	I

Inkluderte artikler:

A: Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A., & De Beni, R. (2018). Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(7), 915–925. DOI: [10.1002/gps.4872](https://doi.org/10.1002/gps.4872)

B: Dimitriou, T. D., Verykouki, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., & Tsolaki, M. (2018). Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. *Functional neurology*,

33(3), 143–147. PMID: 30457967. Hentet fra:
<https://www.functionalneurology.com/common/php/portiere.php?ID=c7d02430ef86d54f975877b5330f26aa>

C: Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebaek, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(12), 1312–1321. DOI: [10.1002/gps.4436](https://doi.org/10.1002/gps.4436)

D: Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zancacchi, E., Granieri, E., Imbriani, M., & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1534–1539. DOI: <https://doi.org/10.1111/jgs.13558>

E: Hsu, T.-J., Tsai, H.-T., Hwang, A.-C., Chen, L.-Y., and Chen, L.-K. (2017) Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatr Gerontol Int*, 17: 28–35. DOI: [10.1111/ggi.13037](https://doi.org/10.1111/ggi.13037).

F: Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B., & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and ageing*, 45(6), 856–863. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw136>

G: Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., Riff, S., Lavallart, B., & Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(12), 1386–1395. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2275>

H: Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Penrod, J., Hill, N., & Yevchak, A. (2015). "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. *The Gerontologist*, 55 Suppl 1, S50–S60. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv014>

I: Jao, Y. L., Liu, W., Williams, K., Chaudhury, H., & Parajuli, J. (2019). Association between environmental stimulation and apathy in nursing home residents with dementia. *International psychogeriatrics*, 31(8), 1109–1120. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000589>

Tabell 2.1: Søketablell

2.4 Utvalgte kilder – kritikk og kriterier for utvelgelse.

Dalland skriver i sin bok om oppgaveskriving at kildekritikk handler om å beskrive og vurdere de kildene og den litteraturen en har funnet og lagt til grunn for oppgaven, samt at kriteriene for hvordan en har gått frem for å finne disse kildene legges fram. (Dalland, 2019, s.158)

Valgt litteratur er gjort ved hjelp av grundig søketeknikk og utvelgelse og presisering materiale og funn. Jeg har funnet det jeg mener er dekkende litteratur som beskriver flere ulike sider av temaet, og som sammen får fram essensen i problemstillingen og klarer å belyse denne på en god måte. Noe av det utvalgte materiale er av nyere dato, som styrker validiteten og relevansen. Jeg har også prioritert å finne artikler som er fagfellevurdert, og eventuelt utgitt i andre anerkjente publikasjoner.

Som hjelp i utvelgelsesprosessen ser jeg på artiklenes struktur. Forskningsartikler bruker vanligvis IMRaD-struktur. Dette innebærer at artikkelen har en introduksjon, at metoden beskrives, samt at den har presentasjon av resultat og diskusjon (Dalland, 2017, s. 163). Dette ble et grunnleggende kriterium for utvelgelse av artiklene.

En av forskningsartiklene, (Hsu, Tsai, Hwang, Chen, L.Y. & Chen, L.K., 2017), er gjort i Taiwan, hvor mannlige krigsveteraner var deltakere. Dette kan ha noe å si for hvordan pleie til eldre personer med demens og utfordrende atferd er, samt resultatet for studien, grunnet kulturelle og sosialøkonomiske forskjeller. Jeg har imidlertid vurdert denne til å anvende metoder likt for andre studier utført, og at den også bruker kjente vurderings og kartleggingsmetoder i vurderingen av tiltakene og utfordrende atferd hos personer med demens.

Felles for mange av artiklene er at de anvender flere av de samme anerkjente kartleggingsverktøyene i vurderingene av i hvilken grad tiltakene/intervensjonene hadde effekt. Dette bidro til å styrke grunnlaget for utvelgelse.

3.0 Empiri

I dette kapittelet vil jeg presentere og beskrive utvalgte artikler som et resultat av forrige kapittelets søkeprosess. Resultatene presenteres først i tabell. Deretter vil jeg så vil beskrive og sammenfatte artiklene. Dalland sier at data og empiri i første omgang skal presenteres saklig og uten egne vurderinger, slik at leseren kan gjøre seg egne meninger (Dalland, O, 2017, s. 214). Resultatene presenteres derfor foreløpig uten drøfting eller vurdering relatert til problemstilling. Grunnet at disse ble valgt ut er at jeg senere i oppgaven vil drøfte hvordan en i pleien av eldre personer med demens med APSD kan anvende ulike tilnæringsmetoder og tiltak for å håndtere/forebygge og redusere pasientenes utfordrende atferd.

3.1 Artikkelmatrikse

Under følger tabellene over de ni utvalgte forskningsartiklene. Tabellene inneholder referansen, samt et sammendrag av artikkelens hensikt, metode og resultat.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/ Diskusjon
Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A., & De Beni, R. (2018). Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. <i>International journal of geriatric psychiatry</i> , 33(7), 915–925. DOI: 10.1002/gps.4872	Å se på om dukketerapi (DT) ville ha en innvirkning på personer med alvorlig grad av demens, og måle eventuell effekt på APSD ved hjelp av en pålitelig skala for å måle APSD. Det ble også undersøkt om DT ville ha innvirkning på daglig funksjonsevne, herunder spiseferdigheter.	29 deltakere i alder fra 76 til 96 år med alvorlig grad av demens, herunder referert til spesifikt Alzheimer eller vaskulær demens, deltok i studien. Deltakerne ble tilfeldig valgt ut til å enten delta i en gruppe med dukketerapi, eller en kontrollgruppe. Målinger ble gjort ved å anvende NPI-skala. Før å mål effekt på spiseferdigheter, ble det brukt Eating Behavior Scale.	Funnene beskriver at kun DT-gruppen viste end reduksjon i APSD. DT hadde ingen innvirkning på spiseferdigheter. DT viser ifølge studien å kunne ha en positiv effekt for eldre med demens for å redusere APSD.

Tabell 3.1: Artikkelmatrikse A.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
Dimitriou, T. D., Verykoui, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., & Tsolaki, M. (2018). Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. <i>Functional neurology</i> , 33(3), 143–147. PMID: 30457967.	Å evaluere effekten av tre ikke-farmakologiske intervensjoner relatert til APSD hos personer med ulike demensdiagnoser.	Deltakere bestod av 60 pasienter fra en sykehusavdeling i Athen, Hellas. Både menn og kvinner var inkludert. Gjennomsnittsalderen var 72.3 år. Skårings- og kartleggingsverktøy brukt inkluderer The Neuropsychiatric Inventory, Mini-Mental State Examination, Addenbrooke's Cognitive Examination Revised, Geriatric Depression Scale m.fl. Tiltakene bestod i fysisk aktivitet, massasje og aromaterapi og musikkterapi.	Musikkterapi trekkes fram som det tiltaket med best resultater, særlig relatert til NPI-skår. Aromaterapi, massasje og fysisk aktivitet kom på henholdsvis andre og tredje plass. Det trekkes samtidig fram at studiens varighet og mangel på oppfølgingsmålinger gir resultatene noen svakheter.

Tabell 3.2: Artikkelmatrix B.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebaek, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. <i>International</i>	Teste om hvorvidt tiltak som involverer dyr (AAA) har effekt på eldre med demens i sykehjem, relatert til agitasjon, depresjon og livskvalitet.	Randomisert kontrollstudie, utført over en 12-ukers periode i sykehjem, med en oppfølgingsmåling 3 måneder etter tiltakene ble iverksatt. Deltakere var menn og kvinner over 65 år med demensdiagnose. 10 sykehjem var inkluderte, og det ble tilfeldig utvalgt til enten å ha AAA eller være kontrollgruppe med behandling som vanlig. AAA-tiltakene bestod i	Ved oppfølgingsmålingene ble det funnet en betydelig effekt for deltakere med alvorlig grad av demens. Når det gjaldt livskvalitet ble det funnet en betydelig effekt av AAA rett etter at tiltaket var utført. Det ble ikke funnet effekt relatert til agitasjon.

<p><i>journal of geriatric psychiatry, 31(12), 1312-1321. DOI: 10.1002/gps.4436</i></p>		<p>30 minutter med AAA to ganger i uken i 12 uker, i grupper på tre til seks deltakere, ledet av en profesjonell hundefører. Kartleggingsverktøy brukt var Cornell Scale for Depression, Brief Agitation Rating Scale og Quality of Life in Late-stage Dementia scale.</p>	
--	--	--	--

Tabell 3.3: Artikkelmatrikse C.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
<p>Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zancchi, E., Granieri, E., Imbriani, M., & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. <i>Journal of the American Geriatrics Society, 63(8)</i>, 1534-1539. DOI: 10.1111/jgs.13558</p>	<p>Formålet med studien er å vurdere effekten av aktiv musikkterapi (MT), samt individuell lytting til musikk (LmT) for pasienter., i tillegg til vanlig, standard pleie (SC) Vurdere effekten dette kan ha på APSD-symptomer hos personer med demens.</p>	<p>Randomisert kontrollstudie utført hos ni italienske institusjoner. Deltakerne var 120 personer med moderat til alvorlig grad av demens og APSD. Deltakerne ble tilfeldig valgt ut til en av tre ulike tiltak, som ble utført to ganger i uken. Resultat ble målt ved hjelp av The Neuropsychiatric Inventory (NPI), Cornell scale for Depression in Dementia m.fl. Disse ble brukt før, under, etter og ved oppfølging etter tiltakene.</p>	<p>Brukt skåring ved hjelp av NPI som måler psykologiske og atferdsmessige forhold ved atferd. Resultater rapporterer om nedgang i NPI-skår over tid, henholdsvis 28% for MT, 12% for LmT og 21 % for SC. Det trekkes fram at å legge til MT og LmT til vanlig pleie ikke hadde en betydelig effekt på APSD.</p>

Tabell 3.4: Artikkelmatrikse D.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
Hsu, T.-J., Tsai, H.-T., Hwang, A.-C., Chen, L.-Y., and Chen, L.-K. (2017) Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. <i>Geriatr Gerontol Int</i> , 17: 28– 35. DOI: 10.1111/ggi.13037	Undersøke prediktorer for ikke-farmakologiske intervensjoner for eldre veteraner med demens og APSD.	141 deltakere fordelt på to institusjoner i nordlige Taiwan. Deltakerene fikk et organisert ikke-farmakologisk tiltaksprogram som omhandlet fysisk aktivitet, musikkterapi og hagebruksterapi, en gang i uken i løpet av totalt seks måneder. Flere kartleggings-verktøy ble brukt for å evaluere deltakerne, før og etter tiltakene.	Studiens funn tyder på at ikke-farmakologiske tiltak har en signifikant effekt relatert til å redusere NPI-skår, og har effekt på de psykiske symptomene ved APSD. Det trekkes dog fram av studiens konklusjon at mer individualisert tilnærming og tilpasning av tiltakene muligens vil ha en mer signifikant effekt.

Tabell 3.5: Artikkelmatrix E.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
Backhouse, T., Killeth, A., Penhale, B., & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. <i>Age and ageing</i> , 45(6), 856–863. DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/afw136	Kartlegge bruken av ikke-farmakologiske tiltak i håndteringen av APSD hos personer med demens i sykehjem.	Multisenter studie, utført på fire sykehjem. Kvalitative intervju med 40 pleiepersonell samt 384 timer med deltakende observasjon. Observasjonene ble utført over en periode på 5-6 uker på hver institusjon.	Studien trekker fram at ikke-farmakologiske tiltak i større grad ble brukt som tilfeldige aktiviteter basert på aktuell situasjon og ikke som et planlagt tiltak. I tillegg trekkes det fram at tiltakene ofte ble rettet mot de

			<p>pasientene med størst grad av kognitivt og motorisk funksjonsnivå, selv om disse ikke nødvendigvis var de som ville ha størst utbytte.</p>
--	--	--	---

Tabell 3.6: Artikkelmatrikse F.

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
<p>Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., Riff, S., Lavallart, B., & Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. <i>International journal of geriatric psychiatry</i>, 24(12), 1386–1395. DOI: https://doi.org/10.1002/gps.2275</p>	<p>Å evaluere effekten av å gi personale ved sykehjem utdanning i hvordan å håndtere APSD hos eldre med demens.</p>	<p>Studien ble utført ved 16 sykehjem. 306 pasienter med demensdiagnoser fulgt av APSD ble utvalgt. Sykehjemmene ble tilfeldig angitt som en intervensjonsgruppe eller en kontrollgruppe. I intervensjonsgruppen ble det gjennomført et 8 ukers utdanningsprogram. For å måle resultater ble det brukt verktøyene Cohen-Mansfield Agitation Inventory</p>	<p>Signifikant nedgang i total CMAI-skår hos pasientene i intervensjonsgruppen mellom utdanningens start og uke 8, samt etter uke 20. Studien viser til resultater om at intervensjonen med utdanning av personalet reduserte APSD hos pasientene og at effekten var til stede også etter 3 måneder.</p>

		(CMAI) og Observation Scale (OS). Vurderinger ble gjort etter endt uke 8, og 12 uker etter.	
--	--	---	--

Tabell 3.7: Artikkelmatrix G

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Penrod, J., Hill, N., & Yevchak, A. (2015). "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. <i>The Gerontologist, 55 Suppl 1</i> , S50–S60. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/gnv014	Kartlegge hvordan pleiepersonell på sykehjem innhenter nødvendig informasjon for å utføre personsentrert omsorg (PCC) for beboere med demens og utfordrende atferd/APSD, samt hvordan de formidler denne informasjonen videre til andre ansatte. Studien ser også på hindringer for PCC og informasjonsflyt.	59 ansatte ved to sykehjem var deltakere. Innhentning av data ble gjort gjennom fokusgrupper, med diskusjon rundt tema, utført over åtte 1-timers møter. Diskusjonene ble tatt opp på lydbånd, og analysert gjennom å bruke kvalitativ innholdsanalyse.	Studien trekker fram nøkkelpunkter relatert til hvordan å formidle informasjon for å sikre personsentrert omsorg; Tilgang til pasientens medisinske og psykososiale historie. Kunnskap om strategier familiene tidligere brukte relatert til APSD. Studien peker på at verbal formidling av informasjon var den mest brukte og pålitelige metoden blant ansatte. Kunnskapsheving presenteres som et ønskelig mål, både basert på teori og studens egne resultater, men at denne må være godt tilpasset de

			ansattes ønsker og kompetansenivå, samt aktuelle pasienters individuelle situasjon, historie og atferd.
--	--	--	---

Tabell 3.8: Artikkelmatrix H

Referanse	Hensikt/forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon
<p>Jao, Y. L., Liu, W., Williams, K., Chaudhury, H., & Parajuli, J. (2019). Association between environmental stimulation and apathy in nursing home residents with dementia. <i>International psychogeriatrics</i>, 31(8), 1109–1120. https://doi.org/10.1017/S1041610219000589</p>	<p>Studere sammenhengen mellom miljømessig stimuli og apati hos eldre personer med demens i sykehjem.</p>	<p>Analyse av 104 videoobservasjoner av samhandling mellom pleiepersonell og beboere på 12 sykehjem. 63 unike tilfeller, 42 pleiepersonell, 44 beboere, med moderat til alvorlig grad av demens. Parametere: vurdere apati relatert til miljømessig stimuli.</p>	<p>Apati hos beboere kan kobles til spesifikk individuelt tilpasset stimuli, ikke generell stimuli. Stimulering som involverer beboere og krever respons/deltakelse knyttes til redusert grad med apati. Fysiske omgivelser vises også til å ha innvirkning på atferdsmønstre og apati.</p>

Tabell 3.9: Artikkelmatrix I

3.2 Empiri sammenfattet

Denne oppgaven er en litteraturstudie som tar utgangspunkt i ni forskningsartikler, listet i artikkelmatrisen ovenfor. Felles for disse er at de tar for seg eldre demente som utviser utfordrende atferd (APSD) og ulike tilnæringsmetoder for å sikre god helsehjelp til denne pasientgruppen. Samtlige artikler legger også tanken og ønsket om en personsentrert og ikke-farmakologisk tilnærming til eldre personer med demens som grunnlag for studiene.

To av artiklene trekker fram viktigheten av god utdanning og informasjon til pleiepersonellet for å sikre at de har tilstrekkelig kunnskap om APSD hos eldre personer med demens, om pasientene selv, og om ulike tilnæringsmetoder for hvordan å anvende ikke-farmakologiske tillitsskapende tiltak (Backhouse, Killet, Penhale & Gray et al. 2016; Deudon et al., 2009). I studien til Deudon et al (2009) vises det til at å øke kunnskapen hos personalet reduserte APSD-symptomer relatert til agitasjon hos pasientgruppen.

Tre av artiklene tar for seg ulike konkrete ikke-farmakologiske tiltak (Cantarella, Borella, Faggian, Navuzzi & De Beni et al., 2018; Raglio et al., 2015; Olsen et al., 2016). I disse studiene har de sett på henholdsvis dukketerapi, musikkterapi og involveringen av dyr i ulike tiltak, og kartlagt om disse har innvirkning på atferden relatert til APSD. Studien til Olsen et al (2016) utførte i tillegg til vurderingene og kartleggingen underveis, en oppfølgingsvurdering etter tre måneder og fant at det fortsatt var en positiv effekt etter tiltakene. Dette er en styrke som flere av studiene kommenterer i konklusjonen, hvor de oppfordrer til videre forskning på tiltakene for å gi et bedre grunnlag for å vurdere effekten.

To av studiene har sett på effekten av ikke-farmakologiske tiltak, også her relatert til å redusere og forebygge APSD hos eldre personer med demens (Dimitriou et al., 2018; Hsu, et al., 2017). I disse studiene har de utført flere ulike tiltak i samme studie, hvor begge har to tilnæringsmetoder til felles, henholdsvis musikkterapi og fysisk aktivitet. Begge studiene trekker fram musikkterapi som et tiltak som har effekt, særlig relatert til de psykiske symptomene ved APSD. Begge studiene trekkes også fram en reduksjon i pleiepersonellets opplevelse av stress eller nedstemthet under intervensjonene. Studien til Dimitriou, T.D et al. (2018) presenterer i tillegg at musikkterapi hadde en positiv innvirkning på agitasjon og aggressiv atferd, i motsetning til studien utført av Hsu et al (2017).

Studien utført av Kolanowski, Van Haitma, Penrod, Hill & Yechak (2015) ønsker å se på hvordan pleiepersonell ved sykehjem innhenter og videreformidler informasjon om beboere, med det formål å gi personsentrert omsorg til beboere med demens som utviser utfordrende atferd. Pleiepersonellet rapporterer et ønske om å lettere ha tilgang til pasienters medisinske og psykososiale historie. Studiens funn viser til at pleiepersonell i hovedsak tyr til verbal formidling mellom ansatte grunnet mangel på nyttige og effektive elektroniske tjenester/plattformer. Videre vises det til at pleiepersonellet, som ofte møter utfordrende atferd, har et stort ønske om å fokusere på personsentrert tilnærming og tiltak, men at en stressende arbeidshverdag med liten tid til å lese i journaler o.l. gjør at

informasjon om pasienter blir dårlig formidlet til alle ansatte. Studien trekker fram mulige løsninger relatert til spesifikke kurs eller utdanningsprogrammer som tar for seg beboerens faktiske atferd, samt viktigheten i at alle ansatte inkluderes i formidlingen av informasjon om beboerne og om mulige tiltak.

Jao, Liu, Williams, Chaudhury & Parajuli (2019) ville med sin studie kartlegge i hvilken grad miljømessig stimuli kan kobles til apati hos eldre personer med demens i sykehjem. Også her trekkes kompetansen og ferdighetene til pleiepersonellet inn som en viktig faktor. Studien finner at dersom en skreddersyr fysiske og sosiale stimuli basert på den enkelte beboers interesser, ønsker og behov, og samtidig fokuserer på beboerens mulighet for egen deltakelse og livsutfoldelse vil det i stor grad kunne redusere apati hos eldre personer med demens.

4.0 Teoretisk Referanseramme

4.1 Demens - et omfattende begrep

Begrepet «demens» er i seg selv ikke en betegnelse på én enkelt sykdom, men heller bred betegnelse på et syndrom, relatert til hjernesykdom, med kronisk svekket kognitiv, psykisk og motorisk funksjon forårsaket av forskjellige organiske sykdommer. Hovedpunktet i en demensdiagnose er relatert til svikt i hukommelse, endring i personlighet, samt andre kognitive funksjoner, som gjør at evnen til å utføre dagligdagse aktiviteter reduseres (Engdal & Haugen, 2018, s.18).

Av alle de ulike typene demensdiagnoser er det demens ved Alzheimers sykdom som er den aller vanligste diagnosen, hvor av så mye som opp mot 60% av alle personer med demensdiagnose får denne. Imidlertid er det ikke alltid mulig å finne spesifikk årsak til demens. Det Internasjonale klassifikasjonssystemet for diagnoser (ICD-10) skisserer ulike sykdommer som utløser demens. Det inndeles i henholdsvis 3 hovedkategorier; degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (ibid. s. 27).

4.1.1 Symptomer ved demens

Før jeg går nærmere inn på begrepet «utfordrende atferd», vil jeg kort oppsummere ulike symptomer ved demens, da disse er viktige for å videre forstå hvordan og hvorfor atferden endrer seg og muligens blir utfordrende. I Engedal og Haugen (2018) vises det til en rekke ulike symptomer som deles inn i hovedsakelig kognitive, motoriske og atferdsmessige. Kognitive symptomer omfatter et bredt spekter fra svekket hukommelse og oppmerksomhet til redusert språkevne og generell handlingsvansker (Engedal & Haugen, 2018, s. 29-30).

Motoriske symptomer relatert til demens omfatter hovedsakelig gangfunksjon og balanseevne. Ved demenssykdom svekkes og skades områder i hjernen, som videre påvirker hjernens evne til å bearbeide informasjonen som er nødvendig for å utføre presise, komplekse og koordinerte bevegelser. Motoriske symptomer kan vise seg tidlig i sykdomsforløpet, sammen med andre kognitive symptomer, og være direkte relatert til kognitiv svikt. Dette skyldes at de kognitive symptomene kan få følger for det fysiske aktivitetsnivået og videre svekke de motoriske funksjonene (Tangen, 2018, s. 42-43).

4.1.2 Nevropsykiatriske symptomer

Mest interessant er for denne oppgavens tema og problemstilling er de atferdsmessige nevropsykiatriske symptomene, forkortet NPS. Disse omfatter symptomer relatert til

angst, agitasjon, apati, stemningsforstyrrelser, depresjon, hallusinasjoner og vrangforestillinger (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 417-418) Agitasjon er i seg selv et begrep jeg vil forklare nærmere senere i oppgaven.

Hallusinasjoner og vrangforestillinger kalles for psykotiske symptomer, og er de vanligste psykotiske symptomene for personer med demens, og kan oppstå både tidlig eller langt ut i sykdomsforløpet. Vrangforestillinger er ofte relatert til enklere tankemønstre og kan omhandle for eksempel at vedkommende tror at noen er ute etter å «ta» vedkommende, sammensvergelse eller at ting har blitt stjålet. Synshallusinasjoner er også vanlige, men en ser at disse forekommer oftest når det er snakk om diagnosen demens ved Lewy-legemer (Selbæk, 2018, s. 252). Symptomene depresjon, angst og apati kan kalles for affektive symptomer. Depresjon og demens forekommer ofte sammen, og er en de vanligste psykiatriske lidelsene hos eldre, med tall opp mot 20% (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 417).

Angst er et viktig begrep, og et vanlig symptom ved demens. For å fange opp engstelse hos eldre personer med demens som har nedsatt verbal kommunikasjonsevne er det viktig at pleiepersonell har øyne og øre åpne, og bruker tid på å forsøke å forstå pasienten, da det ikke alltid kommer veldig tydelig til uttrykk- Dette gjelder særlig i situasjoner hvor det oppleves atferdsendring. Her er det viktig å være oppmerksom på, og registrere ansiktsuttrykk, kroppsholdning, pust eller skjelvninger, som alle kan tyde på en opplevelse av angst og et behov for trygging eller trøst (ibid. s. 418).

4.2 Utfordrende atferd – hva og hvorfor?

De nevropsykiatriske symptomene som er nevnt tidligere i kapitlet kan også kalles for APSD, og det er disse symptomene som utgjør det som i denne sammenheng betegnes som «utfordrende atferd».

Når de nevropsykotiske symptomer utarter på en slik måte at de på ene eller annen måte får konsekvenser for personen selv, pleiepersonell eller pårørende, kan man si at det er snakk om utfordrende atferd. Dette kalles også for «challenging behavior» på engelsk, og er mye brukt for å beskrive følgene av NPS (Kirkevold, 2018, s. 268).

Årsakene til utfordrende atferd ved demens er mange og komplekse. Det er imidlertid mulig å kategorisere noen felles årsaksforklaringer relatert til mestringssvikt, somatiske plager, psykososiale miljøfaktorer, det fysiske miljøet, premorbid personlighet og/eller hjerneorganiske forandringer. Sistnevnte omhandler f.eks. endringer i tinning- og pannelappene i hjernen som igjen vi kunne utarte i form av store endringer i atferden, noe som følger av demenssykdommer som rammer disse områdene. Disse kalles frontotemporal demens, også kalt frontallappdemens (ibid. s. 263).

Miljøfaktorer og andre psykososiale forhold kan forsterke APSD-symptomene. I situasjoner hvor det skal foregå stell eller lignende viser seg å være en av de situasjonene hvor det ofte oppleves utfordrende atferd, også relatert til at det er en situasjon som involverer samhandling mellom pleiepersonellet og personen med demens. Hos personer med demens vil den kognitive svikten kunne føre til at personen ikke forstår sammenhengen i det som foregår rundt, samt at evnen til å formidle informasjon om smerte, ubehag, ønsker eller tanker er helt eller delvis borte. Omgivelsenes utforming vil også kunne spille inn på

hvordan situasjonen oppleves og hvordan atferden er for personer med demens (ibid. s. 263).

Mestringssvikt er et viktig begrep i forståelsen av hvorfor utfordrende atferd oppstår. For personer med demens vil en følelse av å ikke mestre den situasjonen er i, eller det å bli presset inn en situasjon som føles feil eller oppleves som vanskelig kunne utfolde seg i form av kaotisk eller hektisk atferd (ibid. s. 265).

Premorbid personlighet er et interessant begrep når man snakker om APSD og årsaker til utfordrende atferd. Det handler om hvordan personen er før demenssykdommen. Demenssykdommens utvikling gjør at evnen til å håndtere stress eller andre påkjenninger blir svekket, og at tidligere personlighetstrekk kan bli synlige, herunder også eventuelle personlighetsforstyrrelser som har ligget «skjult» før sykdommens utbrudd og utvikling. Det trekkes også en sammenheng mellom atferd ved demens og handlingsmønsteret tidligere i livet før sykdommen, altså premorbid atferd. Dette kan være i form at tidligere vaner relatert til arbeid eller lignende, som når tas ut av sin vanlige sammenheng utarter som atferd som er vanskelig å håndtere (ibid. s. 266.).

Et annet aspekt ved utfordrende atferd hos personer med demens er at det kan være uttrykk for somatiske smerter eller andre plager. Somatisk sykdom kan være vanskelig å se tydelig ved alvorlig grad av demens, da endringer i atferden ofte blir tilskrevet demenssykdommen og ikke somatisk sykdom. Resultatet blir at smerter kan utrykke seg gjennom fysisk utagering og motorisk uro. Dette kan som nevnt tidligere skyldes at evnen til å formidle ubehag verbalt er svekket, og at denne atferden blir eneste måte å formidle smerte eller andre plager på. (ibid. s. 267.).

4.2.1 Agitasjon

Begrepet agitasjon er et sammensatt og komplekst begrep, som jeg velger å inkludere spesifikt som et eget avsnitt i oppgaven. Årsaken er at det utgjør en stor del av det som regnes som utagerende atferd, i tillegg til at det er et kriterium som går igjen i flere av forskningsartiklene når effekten av ulike tillitsskapende tiltak evalueres (Selbæk, 2018, s. 249.).

Tegn på agitasjon er mange, og inkluderer blant annet vandring, roping, banning, seksuelle kommentarer eller atferd, klypning, salg og spark, hamstring, og generell uro. Når det gjelder å behandle agitasjon vises det til at det hovedsakelig ikke skal behandles med medikamenter som første tiltak. Agitasjon kan også være et tegn på udekkede behov, noe som har fått mer oppmerksomhet de siste årene, og hvor framgangsmåten i behandlingen også har rettet fokus mot å inkludere fysiske forhold samt omgivelsene og hvordan en reagerer på agitasjon når en skal vurdere og iverksette tiltak (ibid. s. 250.).

Agitasjon kan også kalles forstyrret atferd, eller alene defineres som utfordrende atferd, alt ettersom hvor og når den oppstår. Det handler også mye om hvordan personalet eller andre rundt opplever atferden. Behandling med medikamenter skal først forsøkes når andre miljø- eller psykososiale tiltak ikke har hatt ønsket effekt (ibid.)

4.3 Personsentrert omsorg

Den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood var i førersetet for å få utarbeidet en ny måte og møte og behandle personer med demens. Et grunnleggende trekk ved personsentrert demensomsorg er at den skal ta utgangspunkt i hvem personen er, livshistorie, identitet, og at man er noe mer enn en diagnose. Det handler om å hjelpe personen med demens å ta vare på sin identitet, dekke grunnleggende behov, og legge til rette for aktiviteter og tiltak som betyr noe for den enkelte (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 422).

En svært viktig del av det å dekke grunnleggende behov er å sørge for trygget og en følelse av velvære. Trygghet og trøst er viktig for å kunne møte fortvilelse og angst hos personer med demens. Dette kan oppnås ved å vise anerkjennelse for det personens sier, uttrykker eller opplever, og anvende nøkkeluknskaper om kommunikasjon, relatert til validering og det med å utvise følsomhet for det som personen uttrykker. Det handler om å se situasjonen i et helhetlig perspektiv, og ta høyde for de forutsetningen personen med demens har for å forstå den aktuelle situasjonen (Rokstad & Røsvik, 2018).

Personsentrert omsorg handler om å møte personer med demens der de er, og ivareta deres identitet, som en del av det å dekke deres grunnleggende psykososiale behov. Dette kommer også fram som et sterkt ønske fra Regjeringen og helsedirektoratet. I *Demensplan 2020* vektlegges helt klart personsentrert demensomsorg, basert på erfaringer fra personer som selv har demens, deres pårørende samt fagpersoner og ny kunnskap (Regjeringen, 2015).

Hvordan å møte personer med demens, som nevnt ovenfor, kommer også fram i Nasjonal faglig retningslinje om demens, hvor behovet for personsentrert demensomsorg tydeliggjøres, samt at det vektlegges at dette på flere måter er forankret i forskrifter og lovverk (Helsedirektoratet, 2019).

Personsentrert omsorg skal altså danne grunnlaget for all utredning og sykepleiefaglig behandling/oppfølging av personer med demens, herunder også de tillitsskapende tiltakene. I neste delkapittel vil jeg forklare hva jeg legger i begrepet tillitsskapende tiltak, basert på gjeldende teoretiske definisjoner.

4.3.1 VIPS-modellen – en modell for personsentrert omsorg

En modell som skal hjelpe med å forstå hva personsentrert omsorg burde innebære er VIPS-modellen. Denne er utarbeidet av professor og forsker Dawn Brooker, og tydeliggjør fire hovedpunkter; *verdsetting*, *individuell behandling*, ta utgangspunkt i å se situasjonen fra *perspektivet* til personen med demens, og sørge for et *støttende sosialt miljø* (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302-303).

Verdsetting innebærer både verdsetting av personer med demens, men også de som har ansvar for, og yteromsorg til disse. Verdsettingen handler videre også om å sørge for kompetanseheving av pleiepersonell relatert til grunnpilarene i personsentrert omsorg, samt å skape rutiner for å evaluere arbeidet som gjøres. Individuell behandling handler om å se enkeltpersoner ressurser og behov, individuelle preferanser og livshistorie.

Hovedpoenget er å se den enkelte, og samtidig sørge for å evaluere og tilpasse individuelle planer og tiltak (ibid. s. 303).

P og S i VIPS-modellen tar for seg flere viktige aspekter med personsentrert omsorg. Det handler om å vise empati, og klare å sette seg inn i situasjonen til personen med demens, for så å bruke dette videre når planer og tiltak utarbeides. Pleiepersonellens empati står her sentralt. Det poengteres også her at en ved utfordrende atferd skal finne den bakenforliggende årsaken til atferden, basert på den enkelte pasients utgangspunkt og situasjon. For å lykkes med dette inkluderes et støttende sosialt miljø i modellen. Begrep som inkludering, respekt, validering og tilrettelegging trekkes fram som essensielle kriterier for å skape et slikt miljø (ibid. s. 303-304)

Ved å bruke VIPS-modellen som verktøy kan en bli tryggere på å gi personsentrert omsorg, samt å utarbeide konkrete tiltak og evaluere egen praksis.

4.3.2 Hva er tillitsskapende tiltak?

I denne oppgaven har jeg brukt begrepet *tillitsskapende tiltak* om en betegnelse på ikke-farmakologiske tiltak med et grunnleggende personsentrert formål. I lovverket vises til et krav om at en forsøker tillitsskapende tiltak rettet mot pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelp før det utføres tvang (pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4.A). Tankene og kunnskapsgrunnlaget ba tillitsskapende tiltak er også overførbart til hvordan å møte utfordrende atferd. Tillitsskapende tiltak skal, ifølge Helsedirektoratet, ta utgangspunkt i, blant annet helhetlig tenkning, å ha god kjennskap til pasienten, samt å ta seg god tid. Videre presiseres viktigheten av god kommunikasjon, hvor det fokuseres på å tryggende, støttende kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt i form av fysisk kontakt og tilstedeværelse. Kartlegging av bakenforliggende årsaker til motstand eller atferd burde også gjennomføres. I tillegg fremheves viktigheten av *litt om gangen*, altså å ikke presse på med ting som skal gjøres, enten det er tiltak eller annen helsehjelp (Helsedirektoratet, 2018).

Tillitsskapende tiltak handler altså om mye forskjellig, men grunnleggende handler det om å utøve god personsentrert omsorg, basert på den enkeltes situasjon og behov. I neste delkapittel ser jeg nærmere på sykepleieaspektet relatert til å det å utøve god omsorg.

4.4 Sykepleieteoretisk perspektiv. Omsorg, tillit og trygghet.

Kari Martinsens er en kjent figur innenfor sykepleieteori og snakker mye om omsorg sett i sammenheng med utøvelsen av sykepleie.

Med utgangspunkt i det faglitteraturen sier, og det forskningen trekker fram, synes Kari Martinsens tanker om sykepleie å gjøre seg gjeldene her. Martinsens snakker nemlig mye om omsorg som grunnpilar for sykepleie, og at god sykepleie krever god omsorg. Martinsen presenterer begrepet omsorg som et begrep som består noen grunnleggende aspekter. Hun sier at omsorg blant annet handler om forståelse, forståelse for den andre part som en har

fått ved å gjøre noe sammen med eller for den andre. Hun trekker fram at det handler om å danne seg felles erfaringer (Kristoffersen, 2011, s. 250-251).

Omsorg beskrives videre av Martinsen som en sosial relasjon, en relasjon som baserer seg på at en må anerkjenne den andre basert på hans/hennes situasjon. Hun sier dette også må basere seg på gjensidighet, et begrep hun videre deler i to, henholdsvis uegennyttig og balansert gjensidighet. Sistnevnte handler om at begge parter i relasjonen både mottar og gir omsorg. Uegennyttig gjensidighet er mest relevant for denne oppgaven. Dette handler om at den ene parten hjelper den andre uten å motta det samme tilbake. (ibid.)

Å ta vare på og pleie personer som ikke lengre kan ta vare på og dekke egne grunnleggende behov er etter Martines syn essensen i sykepleie. Hun utelukker ikke den helsefremmende og forebyggende rollen sykepleie har, men fokuserer på de som av ulike årsaker ikke lengre er selvhjulpne, og mener at en sykepleieres yrkesmessige omsorg burde utøves og rettes mot de svakeste gruppene av pasienter, og de med størst behov for pleie og omsorg (ibid. s. 252-253). For å utøve denne omsorgen trengs det kunnskap. Martinsen sier også noe om hvordan sykepleiere erverver kunnskap, og trekker fram det hun kaller *den erfarings- og praksisbaserte kunnskapen*. Denne kunnskapen er noe som utvikler seg ved at en erfarer ulike praktiske situasjoner og reflekterer over disse for å lære av dem. Martinsen teori beskrives videre med at hun dog ikke mener at den teoretiske kunnskapen ikke er viktig i sykepleie. Begge har sin plass, men Martinsen fremhever den praktiske erfaringsbaserte kunnskapen som den som er en sykepleiers viktigste følgesvenn (Kristoffersen, 2011, s. 256-257).

Oppsummert om sykepleierens rolle, og om hva yrkesutøvelsen skal basere seg på fremhever Martinsen altså følgende grunnleggende hovedelementer; At omsorgen er rettet mot de som befinner seg i en situasjon hvor de ikke er selvhjulpne, at omsorgen og relasjonen er basert på uegennyttig/generalisert gjensidighet, og at det krever forpliktelse ansvar, og trygghet fra den som utøver omsorgen (ibid. s. 254). Dette styrker det annen teori og forskning fremhever relatert til omsorg for personer med demens, kanskje særlig i tilfeller hvor det er utfordrende atferd. Dette er noe jeg vil drøfte nærmere i oppgavens femte kapittel.

5.0 Diskusjon

I dette kapitlet vil jeg diskutere og belyse oppgavens problemstilling; «Hvordan kan tillitsskapende tiltak benyttes for å gi god omsorg og livskvalitet til personer med demens med utfordrende atferd i sykehjem?». Jeg vil diskutere problemstillingen i lys av presentert forskning og teori, og se på sammenhengen mellom teorigrunnet og de konklusjonene som trekkes av forskningsartiklene. Jeg vil også trekke inn egne erfaringer vurderinger fra mitt arbeid med den aktuelle pasientgruppen.

5.1 Hvordan møte utfordrende atferd?

Både teori og forskning viser at en i situasjoner med eldre personer med demens i sykehjem som viser utfordrende atferd har flere forholdsvis gode metoder og teknikker for å håndtere dette og roe situasjonen og møte atferden slik at omsorgen og livskvaliteten ivaretas på best mulig måte. Noen metoder trekkes imidlertid fram som mer effektive enn andre. Det kan stilles spørsmålstegn ved om dette skyldes tiltaket i seg selv, utførelsen, pasientgruppen, eller materielle eller fysiske forhold.

Cantarella et al (2018) sin studie konkluderer med at dukketerapi kan ha en beroligende eller tryggende effekt og følgelig være med på å redusere symptomer ved APSD, samtidig som dukketerapien også rapporteres til å ha en positiv effekt på pleiepersonellet. Dukketerapi kan derfor sies å ha potensiale som et tillitsskapende tiltak i møte med utfordrende atferd hos eldre personer med demens. Selv har jeg erfart det samme, i form av at dukker kan ha en beroligende effekt, og dempe symptomer som angst, samt motorisk uro og vandring. Studien trekker fram tidligere forskning som hevder at dukketerapi fører til såkalt «*mothering*» hos personen med demens, hvor de da tar vare på og viser omsorg ovenfor dukken. Videre påpekes det at det å ta vare på dukken kan bidra til å ivareta personens autonomi, og det å ta vare på seg selv. Noe studien ikke poengterer, som jeg selv har erfart, er at dersom dukkene brukes uten faste rammer eller plan, kan virke mot sin hensikt. Jeg har selv brukt dukketerapi som tiltak, og har observert at dersom det brukes til feil tid kan det gi pasienten mer angst eller uro i form av å føle på et ansvar for å ta vare på dukken, hvor personen prioriterer dukke framfor seg selv. Dette gjelder for eksempel særlig under måltider, hvor pasienten velger å gi mat til dukken stedet for å spise selv.

Cantarella et al (2018) ønsket i sin studie også å se på nettopp hvordan dukketerapi kunne hjelpe personer med demens under måltider, men resultatene gav konklusjonen at det med dukketerapi ikke var noe merkverdig forskjell i atferd og funksjonsnivå under måltider. Dukketerapi som tiltak styrkes imidlertid av tanken om personsentrert omsorg, særlig hvis det utføres en til en. Skal dukketerapi benyttes, trenger man kjennskap til pasienten, som også er en forutsetning for personsentrert demensomsorg (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 422).

Studien til Raglio et al (2015) har sett på musikkterapi som tiltak. Også her er fokuset personsentrert da lyttesesjonene var individualisert og tilpasset den enkelte beboers musikksmak. Denne informasjonen var innhentet på forhånd ved hjelp av å snakke med både beboer selv hvis mulig, samt pårørende og pleiepersonellet. Den positive effekt studien rapporterer om kan dermed trekkes tilbake til poenget med å ha kjennskap til pasienten som grunnlag for å skape en god relasjon og utøve god omsorg.

Studiene til Hsu et al (2017) og Dimitriou et al (2018) inkluderer både musikkterapi og dukketerapi som en tillitsskapende måte å håndtere APSD. Begge studiene anvender flere av de samme kartleggingsverktøyene i vurderingen av tiltakenes effekt. Også her er framgangsmåten å finne tiltak som fungerer basert på kjennskap til pasientenes ønsker, behov og atferd. Interessant er at selv om studiene er utført i vidt forskjellige deler av verden, henholdsvis Taiwan og Italia, viser resultatene en felles styrke i tanken og framgangsmåten om personsentrerte ikke-farmakologiske tiltak.

Olsen et al (2016) så i sin studie på hvordan intervensjoner med dyr innvirket på atferden til eldre personer med demens i sykehjem, spesifikt rettet mot agitasjon og livskvalitet. Rammene for dette tiltaket begrenset intervensjoner til å være rettet mot mellom tre og seks beboere. Særlig interessant her er effekten av tiltaket som rapporteres også etter at intervensjoner her avsluttet. Studiens resultater kjenner jeg igjen fra egne erfaringer, hvor beboere på sykehjemmet har fått besøk av dyr, enten egne eller ved at andre pårørende har med seg dyr. Dersom en har kjennskap til at en beboer har vært glad i dyr kan dette absolutt være et svært gunstig tillitsskapende tiltak, særlig rettet mot livskvalitet og livsglede. Studien til Olsen et al, viser også til en særlig effekt hos deltakere med alvorlig grad av demens (2016). Dette underbygges av teorien som sier at det er ved alvorlig grad av demens en hyppigst også ser adferdssymptomer (Selbæk, Engedal & Bergh, 2013). Dette styrker tanken om at grad av demens, funksjonssvikt og APSD ikke må være et hinder for å iverksette tiltak rettet mot å gi personen god omsorg og livsglede. Studien til Backhouse et al (2016) viser imidlertid til at pleiepersonalet ved sykehjemmene i studien rapporterte om at det var de med alvorligst grad av demens og mest utfordrende atferd som oftest ble utelatt fra aktiviteter, enten fordi de motsatte seg eller fordi personalet ikke viste hvordan de skulle inkludere dem. Selv om denne studiens omfang er begrenset, er det ikke utenkelig at dette er noe som går igjen også andre steder. Slike observasjoner styrker tanken om at kompetanseheving og kunnskap om APSD og utfordrende atferd er essensielt.

Dette gjelder særlig dersom atferden uttrykkes ved agitasjon. Agitasjon er som beskrevet tidligere i oppgavens teorikapittel et adferdssymptomer som kan være særskilt vanskelig å håndtere, særlig hvis det er snakk om frykt for fysisk skade. Da er det ikke sikkert en har anledning til å iverksette planlagte tiltak, men at en heller må agere der og da. Dette krever kompetanse, og fokuset blir å raskt for deeskalere situasjonen, samt skape tillit og trygghet. Tiltaket beskrevet i Olsen et al (2016) er ikke akkurat egnet som et «her og nå» tiltak, men tanken bak er like gjeldene. Det handler om å observere, kartlegge og dokumentere. Dette er absolutt gjeldene relatert til å håndtere agitasjon, hvor kjennskap til den enkelte pasient og situasjoner som typisk skaper uro og agitasjon er essensielt. Tiltak i en situasjon med sterk agitasjon og truende atferd burde ifølge teorien inkludere å redusere stimuli fra omgivelser, møte pasienten rolig og vise trygghet, avlede, og være obs på det som formidles verbalt og nonverbalt ikke er motsigende. Å bruke flere sansestimuli for å skape kontakt anbefales også (Kirkevold, 2018. s. 272-273). For at pleiepersonell skal klare dette, eller iverksette andre tillitsskapende tiltak i møte med APSD

hos eldre personer med demens, må det være et underliggende kompetansegrunnlag. Dette er noe jeg vil diskutere videre i neste avsnitt.

5.2 Kunnskap, kommunikasjon og kompetanse – grunnlaget for tillitsskapende tiltak.

VIPS-modellen beskrevet i kapittel 4, samt teorier om personsentrert omsorg og tillitsskapende tiltak poengterer at det må skapes en relasjon mellom personer med demens og pleiepersonellet, i tillegg til at pleiepersonellet må ha tilstrekkelig kunnskap og kompetanse om hva dette innebærer. Også forskning støtter dette. Deudon et al (2009) viser i sin studie, effekten av det å gi utdanningsprogram om demens og APSD til pleiepersonell som opplever utfordrende atferd. Studien viser til et resultat som beskriver utdanningsprogrammet og kompetansehevingen som svært effektive, med en tydelig reduksjon i agitasjonssymptomer hos de eldre pasientene som pleiepersonellet hadde ansvar for. En slik kompetanseheving er ikke bare et av fundamentene i VIPS-modellen, men også etter Kari Martines ønske om sykepleie som pleie av den som ikke lengre kan ta vare på seg selv, og viktigheten av å også gi disse personene god pleie gjennom tilrettelagt og personsentrert omsorg (Kristoffersen, 2011, s. 250-251).

Kompetanseheving er altså viktig og fundamentert i teorien om personsentrert demensomsorg, men det er ikke sikkert alle sykehjem har tilgang på slike utdanningsprogram. Backhouse et al (2016) viser i sin studie til at selv om det er anerkjent at en personsentrert tilnærming med tillitsskapende ikke-farmakologiske tiltak er veien å gå, er det ikke alltid pleiepersonell har de rette ressursene, eller planene for å iverksette slike tiltak. Studien peker på et interessant dilemma, relatert til bruken av ikke-farmakologiske tiltak rettet mot APSD. Pleiepersonellet i studien rapporterte at de i møte med APSD brukte det de refererte til som distraksjonsteknikker som å gå tur, prate eller tilby en kopp te, i stedet for å anvende det teorien fremhever som mer utarbeidede og gunstige tilnæringsmetoder, slik som de konkrete tiltakene nevnt i forrige avsnitt. Studien peker på mangel på kunnskap om APSD, eller de ulike tilnæringsmetodene som finnes som mulige årsaker. Pleiepersonellet brukte imidlertid slike tiltak ikke i møte med APSD, men heller som gruppeaktiviteter. Det vises her til en forvirring eller uklarhet om hva som er «vanlige» aktiviteter og hva som er tillitsskapende tiltak. Tanken bak var at alt handlet om å ivareta livskvaliteten til pasientene, og ikke «behandle» spesifikke APSD-symptomer. Typiske tillitsskapende tiltak som ble utført var planlagte på forhånd og fokuserte nødvendigvis ikke på enkeltindividers spesifikke atferd eller behov. Altså, ønske om omsorg var til stede, men relatert til utfordrende atferd valgte pleiepersonalet å bruke sin strategi med avledning i stedet. I og for seg er ikke dette en urimelig tilnærming, men den baserer seg på den individuelle pleiers kompetanse og forståelse av situasjonen der og da, og fokuserer ikke på den bakenforliggende årsaken, som er et av poengene i VIPS-modellen (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302-303). Backhouse et al. (2016) poengterer at studiens resultater ikke kan generaliseres til å gjelde samtlige sykehjem, men peker allikevel på et viktig poeng som jeg kjenner meg igjen i selv. Å skille mellom hva som er tillitsskapende tiltak og hva som er «vanlig» pleie og aktiviteter kan være vanskelig. APSD og utfordrende atferd er vanskelig å håndtere, og krever kunnskap og erfaring. Også studien til Jao et al (2019) fremhever behovet for kompetanse og utdanning av pleiepersonell på dette feltet, særlig relatert til kommunikasjonsteknikker.

Selv om teori og forskning tydelig viser fordeler ved flere ulike tilnæringsmetoder er ikke sikkert at den kunnskapen og kompetansen en har tilgjengelig alltid blir bruk på best mulig måte. Dette er også noe jeg selv har erfart, og som i tillegg trekkes fram i en av forskningsartiklene. Kolanowski et al (2015) utførte en studie som blant annet tok for seg hvordan kommunikasjon, eller mangel på kommunikasjon blant pleiepersonell på sykehjem, ble til hinder for å iverksette og utøve målrettet personsentrert omsorg til personer med demens og APSD. Her trekkes det fram at både tilgang på informasjon om pasienter/beboere på sykehjem var vanskelig å innhente i en travel arbeidshverdag, og at når informasjonen og kunnskapen var til stede ble den ikke formidlet videre til alt pleiepersonell. Datasystemene ble av ansatte beskrevet som for tungvinte når det gjaldt å få informasjon om pasienter og tilnæringsmetoder. I likhet med Deudon et al (2009), ble utdanningsprogram og kompetansehevning nevnt. Interessant her er imidlertid at det var en forskjell i pleiepersonellets oppfatning om hvordan denne kompetansen burde formidles til ansatte. Kolanowski et al (2015) viser til at hjelpepleiere foretrakk konkrete demonstrasjoner av hvordan å håndtere APSD, mens sykepleiere foretrakk mer informative kurs eller utdanningsprogram.

Denne forskjellen mellom faste ansatte, sykepleiere og innleide ekstrahjelpere er noe jeg kjenner igjen fra egen arbeidserfaring, hvor ekstra innleid pleiepersonell, eller de ansatte som bare jobber en helg eller to per måned ikke nødvendigvis har de samme forutsetningene for å utøve tiltakene slik de er tiltenkt. Arbeidet som legges ned i å kartlegge pasienter/beboere, utarbeide planer og tiltak kan fort miste mye av hensikten og effektiviteten dersom dette ikke formidles til samtlige ansatte som utøver pleie til pasientene. Som forskningen viser til må informasjonen formidles på en slik måte at den er håndterbar, tydelig og lett tilgjengelig.

I Rokstad & Røsvik (2018, s. 308-309) påpekes det at for at denne kunnskapen videre skal bli gjennomført på en god og effektiv måte har det såkalte «*læringsklimaet*» en viktig rolle. Dette handler om at dersom pleiepersonalet for eksempel opplever at det gjøres ubegrunnede forandringer i omsorgsarbeidet eller tiltakene for pasienter/beboere vil det føre til at planer ikke følges opp eller forkastes. Det poengteres her viktigheten i at kunnskapen og informasjonen om pasienter og tiltak blir felleseie hos hele pleiepersonellet. Dette styrker konklusjonen om informasjons – og kunnskapsdeling gjort i studien til Kolanowski et al (2015). Et annet viktig og interessant aspekt ved læringsklimaet, er ledelsens rolle. I Rokstad & Røsvik (2018) fremheves viktigheten av en tydelig lederrolle som støtter opp under, bidrar og inkluderer ansatte i prosessen ved å skape personsentrert omsorg. Dersom tidligere praksis skal endres, og nye omsorgs- metoder og tiltak utarbeides og iverksettes, slik som i studien til Deudon et al (2009), er det altså avgjørende å få lederne med på laget. Men, det kan tenkes at dette også må gå andre veien, hvor ansattes holdninger og engasjement er viktig for at ledere skal lykkes.

Dette er tanker som også viser seg i sykepleieteorien. Kari Martinsens tanker om omsorg og kunnskap i sykepleie beskrevet i kapittel 4, er mulig å koble til det som blir presentert i forskningen. Her danner det seg en fin kombinasjon av kunnskap, både fra forskning, teori og praksis. Det som blir gjennomgående, er at alle tre er like viktig i kunnskapsgrunnet for utviklingen av personsentrert tillitsskapende demensomsorg.

5.3 Den personsentrerte omsorgen – store tanker, små tiltak.

Tankene til Kitwood og teoretiker Kari Martinsen er knyttet tett sammen med mange av de samme tankene om hva omsorg til eldre personen med demens burde være, og dette kommer også fram i de forskningsartiklene jeg har valgt ut. Samtlige av studiene har presentert en ikke-farmakologisks personsentrert tilnærming som helt essensiell i møte med utfordrende atferd hos eldre personer med demens. Dimitriou et al., 2018; Olsen et al., 2016; Raglio et al., 2015; Hsu et al., 2017 trekker fram ikke-farmakologiske tiltak som en viktig og effektiv tilnæringsmetode til eldre personer med demens som utviser APSD og utfordrende atferd. Cantarella et al (2018); Deudon et al (2009); Backhouse et al (2016); Kolanowski et al (2015) poengterer at personsentrert omsorg gjennom ikke-farmakologiske tiltak burde være grunnlaget for behandling og oppfølging av APSD hos eldre personer med demens. Det synes å være en helt klar sammenheng mellom det som forsøkes ute i praksis på sykehjem, og det som forskning og teori sier er den best dokumenterte tilnæringsmetoden i møte med utfordrende atferd.

Formålet med personsentrert omsorg er altså å se den enkelte pasient som et selvstendig individ, og ikke bare en demensdiagnose, noe som trekkes fram av Rokstad & Røsvik (2018). Dette er også grunnlaget for å utarbeide tiltak rettet mot utfordrende atferd. Som nevnt tidligere er dette også noe *Demensplan 2020* understreker som et mål for den norske demensomsorgen. Planen poengterer også at kunnskap, kompetanse og forskning er strategier som skal brukes for å styrke tjenesten og omsorgen til eldre personer med demens (Regjeringen, 2015). Forskningsartiklene i denne oppgaven har vist en rekke ulike tilnæringsmetoder og tiltak, enten det er større, mer langsiktige tiltak, eller de små tiltakene en gjør «der og da» i ulike situasjoner med utfordrende atferd. Teorien kan kanskje virke omfattende for mange, og at det å utarbeide og utføre tiltak til tider virker uoverkommelig. Basert på egen erfaring vet jeg at det ikke nødvendigvis trenger å være tilfelle, dersom en har kunnskap og andre dyktige kollegaer å spille på, som understrekes i studien til Kolanowski et al (2015).

APSD og utfordrende atferd kan som tidligere nevnt være en stor påkjenning, både for pasienten selv, pleiepersonell og pårørende. Apati er et symptom som absolutt aller innenfor denne kategorien, men med rett kunnskap og kompetanse kan selv små ting gjøre store forskjeller. Jao et al (2019) viser i sin studie om miljømessig stimuli at apati også kan bedres ved hjelp av tilnæringsmetoder relatert til fysiske og sosiale stimuli. Pleiepersonell med kjennskap til pasienten og dens historie vil ha ifølge studien ha muligheten til å iverksette tiltak som kan bedre tilværelsen og ivareta behovet for omsorg og forhåpentligvis redusere graden av apati. Også her kommer essensen i personsentrert demensomsorg fram, ved at det handler om den enkelte pasient som selvstendig individ, med egne tanker, ønsker, interesser og behov, og at det er disse som skal legge grunnlaget for tiltak og behandling.

Flere av tiltakene som presenteres av Jao et al handler om at miljøet er mer enn bare det fysiske, og presiserer at det handler om hvordan miljøet oppleves, da både fysisk og sosialt. Sosiale miljøtiltak handler mye om hvordan en kommunikasjon mellom pasient og pleier, og det framheves at det i stor grad handler om å snakke med og ikke til pasienten (2019). Dette er noe mange gjør uten å tenke over det, men studien ønsker å poengtere at også dette er noe en som pleiepersonell burde være oppmerksom på. Også ledelse og

administrasjon på sykehjem oppfordres til å sørge for utdanning og kompetanse relatert til kommunikasjonsstrategier for å bedre imøtekomme eldre personer med demens med apatisk atferd. Jao et al (2019) presenterer også det fysiske aspektet ved miljømessig stimuli, som omfatter alt fra størrelsen på rommet, hvordan det er utformet eller hvordan møblene står, lydnivå, TV-programmer, mat o.l. Poenget her er å rette oppmerksomheten mot at også slike faktorer kan spille inn på atferden til personer med demens, og særlig APSD. Rokstad & Røsvik trekker også fram viktigheten i å tilpasse pleien og omsorgen til den enkelte, herunder også at det fysiske miljøet må være tilpasset for den som faktisk oppholder seg der (2018, s. 311). I møte med utfordrende atferd trenger det altså ikke være omfanget og kompleksiteten til tiltaket som er avgjørende for om det har effekt eller ikke, men snarere i hvilken grad det er tilpasset den enkelte pasient behov.

Oppsummert handler det om å gjøre gode observasjoner, kartlegge og dokumentere, samt utvikle og anvende gode kommunikasjon- teknikker og egenskaper. Det er også viktig med tålmodighet, og å ta seg god nok tid (Kirkevold, 2016, s. 109). Kari Martinsen sier dette fint i et intervju om blant annet sykepleie relatert til økte krav og tidspress: «Man kan ikke hysje på omsorgen. Kroppene våre er langsomme. Pleien tar den tiden den tar.» (Kari Martinsen, sitert av Fonn, 2019)

6.0 Konklusjon

Formålet med denne bacheloroppgaven var å finne ut hvordan en kan forstå og håndtere utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem.

Gjennom oppgavens litteratur- og forskningsgrunnlag presenteres flere konkrete tiltak rettet mot eldre personer med demens. Flere av tiltakene er også spesifikt rettet mot APSD og utfordrende atferd, herunder musikk- og dukketerapi, eksponering for dyr, massasje og tilpasning av fysisk og sosialt miljø. Samtlige viste positiv effekt og reduserte i ulik grad APSD-symptomene. Det som kommer frem av både teori og forskning er at det er viktig å ta utgangspunkt i en personsentrert tilnærming for å kunne utvikle gode tillitsskapende tiltak. Oppsummert viser oppgaven at kreativitet, tålmodighet, kjennskap til pasientene og et godt faglig kunnskapsnivå blant pleiepersonell som legger grundig observasjon, kartlegging og dokumentasjon som grunnlag er det som er viktigst for å sikre god personsentrert omsorg.

Det som viste seg som den største utfordringen relatert sykepleie og til det å gjennomføre tillitsskapende tiltak var mangel på kunnskap om APSD og demens, kompetanse om tiltak som finnes, informasjon om den enkelte pasient, og hvordan denne informasjonen formidles mellom pleiepersonell. Noe som ikke nevnes i stor grad forskningen, men som faglitteraturen poengterer, er hvordan de fysiske rammene spiller inn på hvordan man yter omsorg og behandling til denne pasientgruppen i sykehjem.

De fysiske rammene rundt demensomsorg, samt tiltak rettet mot spesifikke atferdsmessige symptomer trenger imidlertid ytterligere forskning da feltet som helhet er i stadig endring, og økningen av eldre personer med demens, samt prevalensen av utfordrende atferd i sykehjem øker. Utfordrende atferd er i sin essens individuelt, og man må fortsette å lete etter og prøve nye tilnæringsmetoder og tiltak slik at en lykkes med å skape en personsentrert og tillitsskapende demensomsorg.

Referanseliste

Backhouse, T., Killett, A., Penhale, B., & Gray, R. (2016). The use of non-pharmacological interventions for dementia behaviours in care homes: findings from four in-depth, ethnographic case studies. *Age and ageing*, 45(6), 856–863. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw136>

Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A., & De Beni, R. (2018). Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 33(7), 915–925. DOI: [10.1002/gps.4872](https://doi.org/10.1002/gps.4872)

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., Riff, S., Lavallart, B., & Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(12), 1386–1395. DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.2275>

Dimitriou, T. D., Verykoui, E., Papatriantafyllou, J., Konsta, A., Kazis, D., & Tsolaki, M. (2018). Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. *Functional neurology*, 33(3), 143–147. PMID: 30457967. Hentet fra:

<https://www.functionalneurology.com/common/php/portiere.php?ID=c7d02430ef86d54f975877b5330f26aa>

Engedal, K., Haugen, P., Brækhus, A., & Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. (2018). *Demens: Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2016, 22.juni). Fakta om livskvalitet og trivsel. Hentet fra: <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>

Fonn, M. (2019, 14.februar). Kari Martinsen: - Pleien tar den tiden den tar. *Sykepleien.no*. Hentet fra: <https://sykepleien.no/2019/02/kari-martinsen-pleien-tar-den-tiden-den-tar>

Helsedirektoratet. (2019, 27. november). Nasjonal faglig retningslinje om demens. *Kapittel 4: Personsentrert omsorg og behandling ved demens*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/personsentrert-omsorg-og-behandling-ved-demens>

Helsedirektoratet. (2018, 01.januar). Kapittel 4A; Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen mv. *Pasient og brukerrettighetsloven med kommentar*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/pasient-og-brukerrettighetsloven-med-kommentarer/helsehjelp-til-pasienter-uten-samtykkekompetanse-som-motsetter-seg-helsehjelpen-mv#%C2%A7-4a-3-adgang-til-aa-gi-helsehjelp-som-pasienten-motsetter-seg>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#%C2%A725

Hsu, T.-J., Tsai, H.-T., Hwang, A.-C., Chen, L.-Y., and Chen, L.-K. (2017) Predictors of non-pharmacological intervention effect on cognitive function and behavioral and psychological symptoms of older people with dementia. *Geriatr Gerontol Int*, 17: 28– 35. DOI: [10.1111/ggi.13037](https://doi.org/10.1111/ggi.13037)

Jao, Y. L., Liu, W., Williams, K., Chaudhury, H., & Parajuli, J. (2019). Association between environmental stimulation and apathy in nursing home residents with dementia. *International psychogeriatrics*, 31(8), 1109–1120. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000589>

Kirkeveld, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. (2016). *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkeveld, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling*. (1.utg. s. 260-274). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Grimsbø, G.H (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2.utg, B. 1, s. 207-280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kolanowski, A., Van Haitsma, K., Penrod, J., Hill, N., & Yevchak, A. (2015). "Wish we would have known that!" Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care. *The Gerontologist*, 55 Suppl 1, S50–S60. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnv014>

Olsen, C., Pedersen, I., Bergland, A., Enders-Slegers, M. J., Patil, G., & Ihlebaek, C. (2016). Effect of animal-assisted interventions on depression, agitation and quality of life in nursing home residents suffering from cognitive impairment or dementia: a cluster randomized controlled trial. *International journal of geriatric psychiatry*, 31(12), 1312–1321. DOI: [10.1002/gps.4436](https://doi.org/10.1002/gps.4436)

Pasient- og brukerrettinghetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient%20og%20brukerrettighetsloven#KAPITTEL_5

Raglio, A., Bellandi, D., Baiardi, P., Gianotti, M., Ubezio, M. C., Zancchi, E., Granieri, E., Imbriani, M., & Stramba-Badiale, M. (2015). Effect of Active Music Therapy and Individualized Listening to Music on Dementia: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1534–1539. DOI: [10.1111/jgs.13558](https://doi.org/10.1111/jgs.13558)

Regjeringen. (2015, 2.desember). Demensplan 2020: Et mer demensvennlig samfunn. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2020/id2465117/>

Rokstad, A.M.M., Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.) *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. (1.utg. s. 300- 313). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Skovdahl, K. & Berentsen, D.V. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkeveld, K. Brodtkorb & A. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg. s. 408-434). Oslo: Gyldendal akademisk.

Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.) *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. (1.utg. s. 246- 258). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Selbæk, G., Engedal, K., & Bergh, S. (2013). The prevalence and course of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia: a systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161–169. DOI: [10.1016/j.jamda.2012.09.027](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027)

Tangen, G.G., (2018). Motoriske symptomer. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.) *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. (1.utg. s. 42- 47). Tønsberg: Forlaget aldring og helse akademisk.

Thidemann, I., & Thidemann, Maria Uraiwan. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforl.

