

Kristian Lied Sæter
Ådne Seljeset

APSD hos personer med demens på sykehjem

Antall ord: 8355

Bacheloroppgave i Sykepleie SY300215

Veileder: May Helen Midtbust

Mai 2021

Kristian Lied Sæter
Ådne Seljeset

APSD hos personer med demens på sykehjem

Antall ord: 8355

Bacheloroppgave i Sykepleie SY300215
Veileder: May Helen Midtbust
Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Ålesund



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn:

Symptomene innenfor samlekategorien adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD) forekommer ofte hos personer med demenssykdom. Alle symptomene innenfor APSD er svært belastende for personen som gjennomgår dem, og kan også belaste menneskene rundt vedkommende. Siden ingen kur finnes for demenssykdom, vil lindring og forebygging av APSD-symptomer kunne bedre livskvaliteten til personen med demens.

Formål:

Formålet med dette systematiske litteratursøket var å øke vår kunnskap om hva sykepleier kan gjøre for å forebygge og lindre APSD hos personer med demenssykdom.

Metode:

Metoden vi bruker er en systematisk litteraturstudie.

Resultat:

Funnene i artiklene viser at personsentrert omsorg og miljøterapeutiske intervensjoner er svært relevant for lindring og forebygging av APSD. Funnene tar også for seg medikamentell behandling, og viktigheten av sykepleierens kompetanse i demensomsorgen.

Konklusjon:

Forskning viser at personsentrerte og individualiserte miljøterapeutiske tiltak, kombinert med riktige medikamentelle intervensjoner er den mest lovende behandlingsformen for APSD i sykehjem per dags dato. Mer forskning må gjøres på dette feltet, for å øke kunnskapen rundt behandlingen av APSD.

Abstract

Background:

The symptoms included in BPSD are often seen in persons living with dementia. All the symptoms within BPSD are very stressful for the person undergoing them, and can also burden to the persons around them. Since there is no cure for dementia, minimizing the likelihood of BPSD symptoms could improve the quality of life of the person suffering from dementia.

Aim:

The aim of this study is to expand our knowledge in regards to what nurses can do to alleviate and prevent BPSD in patients with dementia in nursing homes.

Method:

This study is a systematic review.

Result:

The findings in the articles show that person-centered care model and environmental therapeutic interventions are effective for the alleviation and prevention of BPSD. The findings also address treatment with medication, and the importance of the nurse's expertise in dementia care.

Conclusion:

Research shows that a person-centered and individualized environmental therapeutic model, combined with the appropriate drug interventions, are the most promising form of treatment for BPSD in nursing homes today. More research is required on said domain, to further increase our understanding of the treatment of BPSD.

Forord

Vi er veldig takknemlige for god veiledning gjennom hele forløpet. Tusen hjertelig takk til May Helen Midtbust!

Ta vare på de

Som tar vare på andre,

Som deler

Den langtunge vei de må gå

Som deler en skjebne

Som deler en smerte

Som lindrer

Som pleier

Gir av sitt liv

Og alt hva de eier

Med glødende hjerte!

Ta vare på de

Som tar vare på andre!

Tron-E. Holst-Pedersen.

Innhold

1	Introduksjon	7
1.1	Bakgrunn for valg av tema	7
1.2	Hensikt og problemstilling	8
1.3	Avgrensning og presisering.....	8
1.4	Begrepsavklaring	8
1.5	Videre oppbygging av oppgaven.....	8
2	Teorigrunnlag	9
2.1	Demens	9
2.2	APSD	10
2.2.1	Hvorfor oppstår APSD?	10
2.2.2	Symptomer på APSD	11
2.3	Kommunikasjon og samhandling	11
2.4	Sykepleie gjennom personsentrert omsorg.....	12
3	Metode	14
3.1	Datainnsamling	14
3.1.1	Søkestrategi	14
3.1.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.1.3	Etisk vurdering	15
3.1.4	Kvalitetsvurdering	15
3.1.5	Analyse.....	15
3.1.6	Analysetabell	16
4.1	Intervensjon gjennom personsentrert omsorg.....	16
4	Tematisk oppsummering av resultat.....	17
4.1	Intervensjon gjennom personsentrert omsorg.....	17
4.1.1	Omsorgsbyrden av APSD i personsentrert omsorg	17
4.2	Miljøterapi gjennom personsentrert omsorg	18
4.2.1	Miljøterapi	18
4.2.2	Effekten av ulike miljøterapeutiske intervensjoner.....	18
4.2.3	Utfordringer med miljøterapi	19
4.3	Medikamentell behandling av APSD	20
4.4	Sykepleierens kompetanse og kontinuitet.....	21
5	Diskusjon.....	22
5.1	Metodediskusjon	22
5.2	Resultatsdiskusjon:	23
5.2.1	Sykepleie gjennom personsentrert omsorg	23

5.2.2	Miljøterapeutiske intervensjoner for lindring og forebygging av APSD.	24
5.2.3	Det organisatoriske spiller en rolle.....	25
5.2.4	Medikamentell behandling i demensomsorg	25
5.2.5	Viktigheten av kontinuitet og kompetanse i demensomsorg	26
6	Konklusjon	28
	Referanser.....	29
	Vedlegg	33
	Vedlegg 1 - Søkehistorikk Tabell	33
	Vedlegg 2 - Litteraturmatrise 1	35
	Vedlegg 3 - Litteraturmatrise 2	36
	Vedlegg 4 - Litteraturmatrise 3	37
	Vedlegg 5 - Litteraturmatrise 4	38
	Vedlegg 6 - Litteraturmatrise 5	39
	Vedlegg 7 - Litteraturmatrise 6	40
	Vedlegg 8 - Litteraturmatrise 7	41
	Vedlegg 9 - Litteraturmatrise 8	42

1 Introduksjon

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie som omhandler forebygging og lindring av adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer (APSD) hos personer med demens.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Diagnosen demens er en samlebetegnelse på sykdommer som kan ramme ulike områder i hjernen, med symptomer som vil variere alt etter hvilken del av hjernen som er rammet. Sykdommen vil føre til tap av funksjoner, og dette tapet vil føre til at personen med demens bli mer og mer pleietrengende. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020) Sykepleien som blir gitt til personer med demens utgjør en stor del av den totale sykepleien som blir utført på de ulike sykehjemmene rundt om i landet. Regjeringen har nylig publisert Demensplan 2025, hvor det kommer frem at så mye som 84,3 prosent av pasienter i sykehjem har en demensdiagnose. Hos hjemmeboende ligger dette tallet på 10,8 prosent. Det estimeres at 101.188 personer lever med demens i Norge i 2020, og at dette tallet vil mer en doble seg til 236.789 i 2050 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020).

APSD er en forkortelse for «atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens» og er en samlebetegnelse for en rekke symptomer personer med demens kan oppleve. Ifølge Selbæk (2005) er APSD trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdom. APSD består av psykologiske symptomer som vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst og depresjon eller adferdssymptomer som aggresjon, apati, manglende hemninger, irritabilitet eller avvikende motorisk adferd, som vandring m.m. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Det finnes to hovedformer for tiltak innen APSD: Miljøtiltak og medisinerer (Eskeland, 2017 s. 198-199)

Eldre med psykiatriske sykdommer har som rettighet å motta profesjonell hjelp for sin lidelse fra fast-legen, distriktpsikiatrisk senter, alderspsykiatrisk poliklinikk eller en sengeavdeling. (Eskeland, 2017 s. 200) Dersom de ikke mottar profesjonell hjelp for sin sykdom er dette brudd på pasient og brukerrettighetsloven, § 2-1 a. Rett til nødvendig hjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Vi har valgt APSD innen demens som tema i oppgaven, fordi vi begge har jobbet på sykehjem med pasienter som har hatt moderat til alvorlig demenssykdom. Vi ble begge enige om at dette er en spennende og utfordrende problemstilling som det vil være nyttig å lære mer om. Med tiden kommer vi til å få flere og flere eldre som en følge av bedret helsetilbud, utvikling av nye og bedre medikamenter og teknologisk utvikning. Som demensplan 2025 tydeliggjør, estimeres det at det norske helsevesen vil måtte håndtere flere og flere eldre som er preget av demens i de neste tiårene.

1.2 Hensikt og problemstilling

Gjennom denne oppgaven vil vi øke vår kunnskap rundt, utforske og besvare et sentralt spørsmål innen demensomsorg.

“Hvordan kan sykepleier forebygge og lindre APSD hos personer med demens på sykehjem?”

1.3 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til beboere ved sykehjem med ett eller flere APSD symptomer. Vi vil her presisere at fokuset vårt vil bli på å lindre og forebygge APSD hos personer med demenssykdom på sykehjem fra sykepleiers ståsted. Siden APSD kan forekomme i alle former av demens, har vi valgt å se på demenssykdom generelt, og ikke avgrense oppgaven til en spesifikk form av demens. Derfor vil vi ikke utdype spesifikke former av demens i vårt teorigrunnlag.

1.4 Begrepsavklaring

Forebygging: Per definisjon betyr det å gjøre en handling for å redusere faren for at noe uønsket skal skje. I vår oppgave bruker vi det for å beskrive arbeid som omhandler å utvikle tiltak som kan/vil føre til en reduksjon i sykdom, skade, sosiale problemer, dødelighet og andre risikofaktorer (Aldring og helse, 2021).

Lindring: I vår oppgave bruker vi begrepet “lindre” for å beskrive det å redusere, mildne og bedre symptomer innen APSD (Helsebiblioteket, 2018)

Demens: En fellesbetegnelse på en tilstand eller et syndrom som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evne i dagliglivets aktiviteter og endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2018c, s. 14).

APSD: En fellesbetegnelse på ikke-kognitive og nevropsykiatriske symptomer ved demens. Begrepet tar for seg alle kjente psykologiske symptomer og adferds symptomer som vanligvis følger en demensdiagnose (Selbæk, 2005; 2018, s. 246). Samlebegrepet APSD og nevropsykiatriske symptomer ved demens (NPS) brukes om en annen i litteraturen, og tar for seg samme problemstilling. I vår oppgave vil vi derfor snakke om både APSD og NPS ved bruk av begrepet APSD (Selbæk, 2018, s. 246).

1.5 Videre oppbygging av oppgaven

Videre er oppgaven bygget opp med en teoridel som vil belyse oppgavens problemstilling. I neste kapittel om metode redegjøres det for datainnsamling og videre analyse av data. Videre presenteres oppgavens resultatdel, før oppgaven avsluttes med en diskusjonsdel. Diskusjonsdelen er todelt og tar for seg metodediskusjon og resultatdiskusjon. Siste kapittel omhandler oppgavens konklusjon.

2 Teorigrunnlag

2.1 Demens

Demens er en progredierende kognitiv hjernefunksjonssvikt som opptrer hos personer som tidligere har vært helt funksjonelt oppegående. Alzheimers er den mest hyppige formen for demens og utgjør ca. 70% av alle demenstilstander. De vanlige symptomatiske trekkene man ser hos personer med demens er, hukommelsessvikt av typen progressiv, angst, depresjon, personlighetsforandringer og nedsatt tenkeevne (Bertelsen, 2016, s. 334-335). Progredierende vil si at det er noe som oppstår over tid, det er en sykdom som gradvis blir forverret. I hvilken grad disse forandringene forekommer, avhenger av sykdommens type og utviklingsnivå, samt en rekke individuelle forhold, som dagsform, humør, situasjon, motivasjon, helsetilstand og lignende (Rokstad, 2020a, s. 35).

Symptomatiske forandringer og degenerativ utvikling i sykdomsforløp vil variere avhengig av type demens. Demens er likevel vanligvis gradert inn i tre forskjellige utviklingsstadier og disse er felles for alle formene av demens. Disse er: mild, moderat og alvorlig (Berentsen, 2008, s. 48). Ved mild grad av demens vil personen med demens vanligvis klare å fungere i det daglige ved hjelp av veiledning og påminnelser. Ved moderat grad av demens vil personen med demens ha bruk for hjelp i det daglige. Påkledning, matlaging, renhold og økonomisk håndtering er vanlige områder å trenge hjelp innennfor. Ved alvorlig grad av demens er personen med demens helt avhengig av å få hjelp døgnet rundt. Sykehjems plass blir aktuelt i dette stadiet, da pårørende ikke lengre vil klare å hjelpe vedkommende uten å ofre egen helse (Berentsen, 2008, s. 48).

Diagnosen demens stilles ved klinisk bilde, typisk MR-funn og eventuelt typiske EEG-forandringer (Bertelsen, 2016, s. 334-335). EEG er forkortelse for elektroenfealogfi, hvor elektriske impulser som oppstår i hjernebarken blir registrert (Norsk helseinformatikk, 2019).

De fire hovedformene for demens er :

Alzheimers sykdom (AD) karakteriseres ved global kognitiv svikt og tidlig svikt i sentrale funksjoner. (Engedal & Haugen, 2018a, s. 61)

Frontotemporal demens (FTD) karakteriseres ved kade eller sykdom i frontal- og temporallappene i hjernen, som hyppigst fører til endringer i adferd og personlighet (Engedal & Haugen, 2018b, s. 90).

Demens med Levy-legemer (DLL) karakteriseres med et utviklingsforløpet av sykdommen ligner mer Parkinsonssykdom enn andre demensformer. Såkalte lewy-legemer oppstår i subkortikale områder av hjernen, som hyppigst fører til symptomer som kognitiv svikt, fluktuerende bevissthet, synshallusinasjoner og parkinsonisme (Engedal og Haugen, 2018b s.104-106).

Vaskulær demens (VAD) er en uensartet gruppe demenstilstander. En vaskulær kognitiv svikt vil over tid utvikle seg til vaskulær demens. Store individuelle forskjeller fra

pasient til pasient gjør diagnosen vanskelig å stille. Det vanligste funnet hos VAD er ujevn kognitiv svikt (Engedal og Haugen, 2018b s.112).

Felles for alle de fire hovedformene av demens er at APSD sansyneligvis vil forekomme.

2.2 APSD

APSD, er en bred samlebetegnelse på ikke-kognitive symptomer personen med demens kan oppleve. Samlebetegnelsen APSD er ofte brukt om en annen med begrepet Nevropsykiatriske symptomer ved demens (NPS). Symptomene under disse samlebetegnelse kan deles i tre hovedkategorier: psykotiske symptomer, affektive symptomer og agitasjonssymptomer. De aller fleste personer med demens vil oppleve en form av APSD gjennom sitt sykdomsforløp. Graden av demens vises gjennom forskning å ha nær sammenheng med alvorlighetsgrad av APSD symptomer og generell forekomst av APSD, men APSD kan også være ett av de første symptomene på begynnende demenssykdom (Selbæk, 2018, s. 246)

2.2.1 Hvorfor oppstår APSD?

APSD oppstår hos personer med demens gjennom et samspill mellom miljømessige forhold, personlige forhold og biologiske sårbarhet (Selbæk, 2018, s. 247). Årsaker til APSD er derfor alt som kan øke pasientens opplevelse av stress, spesielt også mange stressende momenter på en gang (Eskeland, 2017, s. 197).

Vi velger å dele faktorene som kan forårsake APSD i hovedgrupper. Alle hovedgruppene kan bidra til forårsake, forverre, øke hyppighet av og øke varighet av APSD (Eskeland, 2017, s. 197; Kirkevold, 2018, s. 263-267)

- 1. Generelle hjerneorganiske forandringer:** Degenerering av hjernevev, spesielt som den sett ved FTD kan være bakenforliggende årsak. (Kirkevold, 2018, s. 263)
- 2. Psykososiale faktorer og Miljøfaktorer:** Eksempelvis dårlig samhandling med helsepersonell i pleie, lite tilsyn, udekkede behov, dårlige rutiner, lite tilrettelagt fysisk miljø, ukjente omgivelser, stor variasjon i omsorgsgivere, lav kompetanse i yrkesutøvelse m.m. (Eskeland, 2017, s. 197; Kirkevold, 2018, s. 263-267).
- 3. Mestringssvikt:** Generelt manglende innsikt og forståelse, vansker med å håndtere livsstilsendring, følelsesmessige årsaker m.m. (Eskeland, 2017, s. 197; Kirkevold, 2018, s. 263-267).
- 4. Premorbid personlighet:** Om pasienten har vært det folk ville kalt "vanskelig" eller "vrien" hele livet, vil nok dette fortsette og muligens forsterkes i livets slutfase. (Eskeland, 2017, s. 197; Kirkevold, 2018, s. 263-267).
- 5. Somatiske faktorer:** Dette kan for eksempel være uoppdaget somatisk sykdom, dårlig ernæring, obstipasjon og/eller andre fordøyelsesplager, søvnproblematikk, urin-inkontinens, inaktivitet og smerter. (Eskeland 2017 s. 197).
- 6. Påførte faktorer:** Eksempelvis være bivirkning av medikamenter. (Eskeland 2017 s. 197).

Ofte er det en samlet sum av faktorer som forårsaker APSD. (Eskeland 2017 s. 197).

2.2.2 Symptomer på APSD

En rekke symptomer rommer samlebegrepet APSD. Vi velger å dele symptomene inn i tre hovedkategorier, med tilhørende underkategorier.

- 1. Psykotiske symptomer** som vrangforestillinger, hallusinasjoner og eventuelt rene paranoide forestillinger (Eskeland, 2017, s. 197; Selbæk, 2018, s. 247).
- 2. Affektive symptomer** som apati, depresjon, angst og feiltolkninger (Eskeland, 2017, s. 197; Selbæk, 2018, s. 247).
- 3. Agitasjonssymptomer** som aggresjon, oppstemthet, manglende hemninger, generell ukritisk atferd, ukritisk seksuell atferd, irritabilitet, motorisk uro, verbal uro og døgnrytmeforstyrrelser (Eskeland, 2017, s. 197; Selbæk, 2018, s. 247).

Symptomene må kartlegges, og potensielt medvirkende og/eller utløsende faktorer må registreres. Sentrale aspekter ved symptomene å katlegge vil være: Når symptomene inntraff, en detaljert beskrivelse av atferden, beskrivelse av situasjonen symptomene oppstod i, om atferden er en respons på en tidligere hendelse og om det er konsistens/inkonsistens i atferden. (Kirkevold, 2018, s. 267)

2.3 Kommunikasjon og samhandling

God kommunikasjon kjennetegnes av åpen, tillitsfull dialog. Samspillet gir grunnlag for opplevelse av forståelse og fellesskap med andre mennesker, og for personlig vekst (Wogn-Henriksen, 2020, s. 88).

Mennesket er og vil for alltid forbli et sosialt vesen, uløselig knyttet til og avhengig av fellesskap med andre. Behovet for å relatere seg til ande blir av mange sett på som menneskets mest fundamentale drivkraft. Kommunikasjon dreier seg om alle de prosessene mennesker påvirker hverandre gjennom (Wogn-Henriksen, 2020, s. 88). Som sykepleier må man derfor forsøke å sette seg inn i og forstå hvordan pasienten har det. Eksempelvis vil dette si at om en pasient har tankeforstyrrelser, tolkingsforstyrrelser, assosiasjonsforstyrrelser og/eller hallusinasjoner, så er dette pasientens virkelighetsoppfatning. Man har da som sykepleier et ansvar for å ha en viss forståelse og innsikt i problemene til pasienten og tilpasse sin kommunikasjon med pasienten utfra dette. Kommunikasjon med pasienter skal vær tydelig, og entydig, klar, konkret, og med minimalt rom for misforståelser og feiltolkninger. (Eskeland 2017, s. 93).

Vi har i hovedsak to former for kommuniaksjon, non-verbal / ikke-verbal og verbal kommunikasjon. (Wogn-Henriksen, 2020, s. 88).

2.3.1 Verbal kommunikasjon

Verbal kommunikasjon er en sammhandling ved hjelp av kommunikasjon hvor man tar i bruk språk. Mange pasienter kan oppleve det krevende og vanskelig å kommunisere med helsepersonell, spesielt leger. Møtet med helsevesenet kan oppleves dramatisk og konsekvensfylt, i tillegg til at ord og begreper kanskje ikke blir forstått. Dette gjelder også personer med demens. For å forsikre seg om at pasienten har forstått infomasjonen kan gjentagelser og omformulering av språk være nødvendig. Under verbal tale må man se ann funksjonsnivået til pasienten, og deretter tilpasse talen slik at meningsinnholdet er forståelsesfult for pasienten. Sykepleier må bekrefte at en har forstått riktig hva pasienten sier, og også at pasienten skjønner hva sykepleier formidler. (Eskeland 2017, s. 86).

2.3.2 Non-verbal kommunikasjon

Non-verbal kommunikasjon er den kommunikasjonen som man tar for seg uten å bruke språk. Dette betyr alt som formidles i tillegg til det som sies, eller uten at noe sies. Denne kommunikasjonsformen kommer frem gjennom kroppsholding, mimikk, gestikulering, nærhet, blikkontakt, tonefall m.m. Sykepleier må være bevisst anngående egen non-verbal kommunikasjon, fordi kroppsspråket er avslørende. Det er viktig at disse to kommunikasjonsformene stemmer overens i møte med pasienter (Eskeland 2017, s. 88-89).

2.4 Sykepleie gjennom personsentrert omsorg

For å yte omsorg av tilfredsstillende kvalitet er det en forutsetning at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse slik at pasientens behov ivaretas på en faglig og forsvarlig måte. En hver pasient har behov for omsorg, uavhengig av alder, livssituasjon og sykdomsbilde (Eskeland 2017 s. 70).

Personsentrert omsorg som teori, tar utgangspunkt i å se og møte personer med demens som unike mennesker gjennom hele sykdomsforløpet. Å leve med demens setter den subjektive opplevelsen av verdi som menneske på prøve. Mangel på frihet og følelsen av å ikke bli bekreftet og respektert som en autonom person truer verdigheten (Eskeland 2017 s. 70). Da er det særlig viktig at omgivelsene og miljøet pasienten befinner seg i understreker og tydeliggjør at den enkelte personen med demens har verdi som et unikt menneske. Det å beholde sosiale relasjoner og samhold, vil kunne bidra til økt følelse av verdighet (Rokstad, 2020b, s. 52).

Kitwood, som er grunnleggeren av personsentrert omsorg, tar opp temaet "å være en person" i tilknytning til utviklingen av en demenssykdom. Han tar et oppgjør hvor han stiller seg kritisk til samfunnets verdier når det kommer til personer med demens. Hans teori om personsentrert omsorg er en anerkjent tilnærming innen demensomsorgen (Rokstad, 2020b, s. 53). Kitwood mener at mennesket blir devaluert til et tilfelle, ikke anerkjent som et fullverdig individ. Han understreker at referanserammene ikke kan være person-med-DEMENS, men PERSON-med-demens (Kitwood, 2019, sitert i Rokstad, 2020b, s. 52). I psykologiens assosieres begrepet person med selvfølelse, og grunnlaget for denne selvfølelsen ligger i hver enkelt sin tilhørighet i en sosial sammenheng. (Rokstad, 2020b, s. 52).

Vips-rammeverket kan sikre personsentret omsorg i praksis.

Praktisering av personsentret omsorg krever en modell. På bakgrunn av Kitwood sitt arbeid med personsentrert omsorg utviklet Brooker VIPS-rammeverket for å gjøre det lettere å utøve personsentrert omsorg i helsetjenesten (Rokstad, 2020b, s. 58). VIPS rammeverket er en modell som baserer seg på de sentrale elementene og sørger for at de er til stede i demensomsorgen. VIPS modellen består av fire beskrivende hovedelementer, som må oppfylles for at sykepleien skal kunne klassifiseres som personsentrert (Rokstad, 2020b, s. 56).

V - Et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhenging av alder eller kognitiv funksjon.

I - En individuell behandling som vektlegger det unike hos hvert enkelt menneske.

P - En evne til å forstå verden, sett i fra personens perspektiv

S - Etablering av støttende sosialt miljø som dekker personens psykologiske behov

(Rokstad, 2020b, s. 56)

3 Metode

I dette kapitlet presenteres det hvordan søkeprosessen for artikkelsøk er gjennomført ved å belyse fremgangsmåte for datainnsamling, søkestrategi, inklusjons og eksklusjonskriterier, søkehistorikk, kvalitetsvurdering og etisk vurdering. Kapitlet avsluttes med å presentere analysen av de inkluderte forskningsartiklene.

3.1 Datainnsamling

Denne oppgaven er en systematisk litteraturstudie med hensikt å besvare en spesifikk problemstilling. Mulrow og Oxman forteller at en systematisk litteraturstudie skal inneholde en klar og tydelig problemformulering, en kritisk og granskende søkestrategi, og tydelige forhåndsbestemte inklusjons- og eksklusjonskriterier. (Forsberg & Wengström, 2017, s. 27)

3.1.1 Søkestrategi

Litteratursøkene er gjennomført i databasene CINAHL complete og Pubmed, som er gode databaser for sykepleieforskning (Forsberg & Wengström, 2017, s. 64-65). Søkperioden vår varte fra desember 2020 og til april 2021. Vi har oversatt problemstillingen til engelsk: "How can nurses prevent and alleviate BPSD in patients with dementia in nursing homes?". Søkeordene oversatt er: Nurse, nursing-care, patient, alleviate, prevent, dementia, BPSD. Alle gjennomførte søk har inneholdt en kombinasjon av søkeordene nevnt ovenfor. Problemstillingen vår har vært den samme gjennom hele arbeidet av oppgaven. Under arbeid med oppgaven ble vi klar over at NPS (nevropsykiatriske symptomer ved demens) og APSD (atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens) brukes om en annen i literaturen og er synonymer. Vi valgte derfor å foreta oss nye artikkelsøk med NPS inkludert som søkeord. Oppgaven baseres på de åtte forskningsartiklene vi valgte i søkeperioden og er basert på problemstillingen til oppgaven.

I kunnskapsbasert praksis er det viktig å gjøre spørsmålet tydelig og presist. For å kontrollere dette har vi valgt å bruke et PICO-skjema. (helsebiblioteket, 2016a)

Problemstilling:	P	I	C	O
"Hvordan kan sykepleier forebygge og lindre APSD hos personer med demens på sykehjem?"	BPSD AND Dementia (APSD og Demens)	Nursing AND Nursing home (Sykepleie og sykehjem)		Alleviate AND Prevent/prevention (Lindre og forebygge)

P står for pasient/problem som i dette tilfellet er APSD og demenssykdom. **I** står for intervensjon som i vårt tilfelle er sykepleie og sykehjem. **C** står for sammenligning. Vi har valgt å ekskludere punkt C grunnet i at problemstillingen vår er opptatt av hvordan vi som sykepleier kan lindre samt forebygge APSD. Vi er ikke interessert i noe

sammenligning i vårt søk av artikler. ● står for outcome/utfall, som er det vi ønsker å oppnå i dette tilfellet lindre og forebygge.

Alle gjennomførte søk har inneholdt en kombinasjon av søkeordene nevnt ovenfor. Forskningsartiklene vi valgte var basert på problemstillingen til oppgaven.

3.1.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Vi valgte å ikke inkludere søkeordet «Nursing», da dette begrenset antall treff. Begrensninger i søkene var som følger: «full text», peer reviewed, research article, maksimalt 10 års grense på artiklens alder (2011-2021) og Engelsk, Norsk, Svensk og Dansk språk. Vi har ikke inkludert studier med et pårørende- eller pasientperspektiv.

3.1.3 Etisk vurdering

Forsberg og Wengström (2017, s. 59) vektlegger viktigheten av en etisk vurdering av materialet man plukker ut under et systematisk litteratursøk. Alle artiklene som er inkludert i vår oppgave er etisk vurdert.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

Vi har brukt sjekklister fra helsebiblioteket til kvalitetsikring av våre utvalgte artikler (Helsebiblioteket, 2016b). Vi har også vurdert at hver artikkel er relevante opp i mot vår problemstilling.

3.1.5 Analyse

Analysen er gjennomført med utgangspunkt i analysemetoden til Evans (2002) for å analysere de inkluderte forskningsartiklene. Evans deler analyseprosessen inn i fire faser.

1. Plukke ut forskningsartikler
2. Identifisere funn
3. Finne tema på tvers av artiklene
4. Utvikle en beskrivelse av temaene.

Fase 1 er gjennomført i metodekapittelet, og søkestrategiene vises i vedlegg 1 av dokumentet.

Vedlegg 2 - 9 oppsummerer oppgavens inkluderte forskningsartikler gjennom litteraturmatriser. Etter kvalitetsvurdering av hver enkelt av de valgte artiklene, begynte vi arbeid i fase 2. Fase 2 går ut på å identifisere nøkkelfunn i artiklene. Gjennom en granskende lesestrategi i artiklene og arbeid med litteraturmatrisene har vi funnet nøkkelfunn i hver artikkel som er relevant for vår problemstilling.

I fase 3 kategoriserte vi nøkkelfunn fra hver enkelt artikkel inn i hovedtema og subkategorier gjennom analysetabell. For orden i eget arbeid nummererte vi artiklene og delte dem mellom oss slik at det ble fire artikler på hver. Vi byttet deretter om artiklene for å kvalitetssikre den andres arbeid, og for å se om vi kunne finne nøkkelfunn den andre potensielt kunne oversett.

Fase 4 tar for seg en tematisk oppsummering av temaene fremkommet i fase tre.

3.1.6 Analysetabell

Hovedtema	Subkategori	Artikkelnummer
4.1 Intervensjon gjennom personsentrert omsorg	4.1.1 Omsorgsbyrden av APSD i personsentrert omsorg	1
		2
		6
		7
4.2 Miljøterapi gjennom personsentrert omsorg	4.2.1 Miljøterapi	1
		2
	4.2.2 Effekten av ulike miljøterapeutiske intervensjoner	5
		6
		7
	4.2.3 utfordringer med miljøterapi	8
4.3 Medikamentell behandling av APSD		3
		4
4.4 Sykepleierens kompetanse og kontinuitet		1
		2
		3
		6
		8

4 Tematisk oppsummering av resultat

I dette kapittelet presenteres studienes resultat gjennom 3 hovedtema.

4.1 Intervensjon gjennom personsentrert omsorg

Nye studier peker mot at APSD kan lindres og potensielt også forhindres gjennom personsentrerte og individualiserte intervensjonsmetoder. Det er konsensus i ny forskning om at personsentrert og individuell omsorg har bedre effekt på APSD enn tradisjonelle medikamentelle intervensjonsmetoder (Backhouse, Killeth, Penhale & Gray, 2016; de Oliveira, Radanovic, de Mello, Buchain, Vizzotto, Celestino, Stella, Piersol & Forlenza, 2015; Goonan, Nicks, Jolliffe & Pritchard, 2019; Lu, Lan, Hsieh, Yen, Chen & Lan, 2020; Simonetti, Pais, Jones, Cipriani, Janiri, Monti, Landi, Bernabei, Liperoti & Sani, 2020; Testad, Corbett, Aarsland, Lexow, Fossey, Woods & Ballard, 2014)

Personsentrert omsorg handler om et sterkt og sentrert fokus på å se og skape relasjon med det enkeltindividet. Sykepleieren har i denne tilnæringsstrategien som intensjon og mål om å finne ut hva personen med demens liker, misliker og trenger. Man må fokusere på personen med demens sine nåværende evner, interesser og verdier. Ved å gjøre dette er målet å skape meningsfullt engasjement i hverdagslige og relevante aktiviteter, både i det psykiske og fysiske miljøet personen med demens befinner seg i. (Goonan et al., 2019)

“The application of a person-centered approach is considered the 'gold-standard' of care in settings where the person with dementia resides, be it in the community, residential facility or hospital” (Love, 2015, sitert i Goonan et al., 2019).

Et funn i en av artiklene omhandlet det sykepleiere i den gjeldende sykehjemsavdelingen kalte “velfungerende avledningsstrategier”. Disse ble kartlagt å være individuelle intervensjoner som å tilby en kopp kaffe, en kopp te, gå en tur, eller prate med personen med demens. Blackhouse et al. (2016) forteller oss at disse strategien høyst sannsynlig fungerer så godt fordi intervensjon tar utgangspunkt i en personsentrert omsorg.

4.1.1 Omsorgsbyrden av APSD i personsentrert omsorg

Omsorgsbyrden i pleie hos personer med demens er signifikant assosiert med alvorlighetsgraden av APSD-symptomer. Lindring av APSD er derfor en pressende bekymring for denne pasientgruppen. Om APSD reduseres, vil ikke bare dette lette byrden rundt sykepleierens arbeidsoppgaver, men også dempe “uønsket oppførsel” og øke livskvaliteten hos personen med demens. Tilnærming gjennom personsentrert omsorg og forbedring av omsorgskvaliteten på generell basis er nøkkelen til å stabilisere og redusere APSD hos personer med demens, skriver Lu et al. (2020).

4.2 Miljøterapi gjennom personsentrert omsorg

4.2.1 Miljøterapi

En rekke miljøterapeutiske tilnærminger avslører at forskjellige ikke-farmakologiske intervensjoner er i stand til å gi positiv effekt for reduksjon i APSD-symptomer (Blackhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014).

Viktig arbeid skjer rundt om på sykehjemmene, hvor helsepersonell engasjerer seg i å bedre livskvaliteten til personene med demens. Bedring av livskvalitet er noe som i seg selv potensielt vil bidra til å forebygge APSD (Blackhouse et al., 2016). Arbeidet med å sette fokuset i behandlingen av APDS opp imot ikke-farmakologiske intervensjoner spiller en viktig rolle for pasientenes hverdag (de Oliveira et al., 2015).

“It’s ... about improving their stay here” (Simon, activity worker, sitert i Blackhouse et al., 2016 s. 859)

Aktivisering gjennom miljøterapi har lindrende og forebyggende effekt for APSD-symptomer hos personer med demens, men aktiviseringen må tilpasses pasienten og dens behov (Blackhouse et al., 2016; Testad et al., 2014). Dette fordi behagelige individualiserte aktiviteter med og uten sosiale interaksjoner ga signifikant effekt for reduksjon av APSD (Blackhouse et al., 2016; Testad et al., 2014).

I et aktivitetsprogram som ble gjennomført i studien til Goonan et al., (2019) ble det tydeliggjort at å opparbeide meningsfulle aktiviteter som var tilpasset de enkelte pasientene hadde god effekt på å redusere APSD. I tillegg gav det også pasientens pårørende et bedre syn på miljøet i avdelingen, og sykepleierne ekstra alternativer i håndtering av APSD.

En av artiklene tar for seg hagearbeid som terapi. Denne miljøterapeutiske intervensjonen viser gode resultat, da de som deltar i aktiviteten har mindre symptom sammenlignet med de som ikke deltar. Pasientene som deltok, var veldig engasjert i aktiviteten (Lu et al., 2020).

4.2.2 Effekten av ulike miljøterapeutiske intervensjoner

Yrkesrettede aktivitetsprogrammer er en av de mange intervensjonene som viser statistisk signifikant reduksjon av APSD-symptomer. Hovedfunnet med denne aktivitetsformen er at personene med demens føler de er med på meningsfulle aktiviteter i hverdagen, samtidig som grad av inaktivitet og APSD reduseres (de Oliveira et al., 2015; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014).

Når det kommer til personsentrerte fysiske treningsprogrammer, viser forskningen til nå reduksjon i APSD og økt psykologisk velvære. Men grunnet liten prøvestørrelse i tilgjengelige studier trenger denne intervensjonsformen mere forskning (de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Testad et al., 2014).

For generell musikkterapi viser forskning liten effekt. En rekke nye studier rettet mot forebygging av APSD gjennom personsentrert musikkterapi viser derimot god effekt (De Oliveria et al., 2015; Blackhouse et al., 2016; Testad et al., 2014).

Forskning på bruk av aromaterapi er også utforsket i studier. Mange demente har reduksjon eller tap av luktesans (anosi), som utgjør analytisk skjevhet og usikre resultater (Blackhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015).

Fototerapi/lysbehandling (Bright light therapy) er en av de mer lovende terapiformene som forskes på. Forskningen avdekker statistisk signifikante effekter av denne typen intervensjon for reduksjon i APSD om gjennomført på morgenen, spesielt når det gjelder urolig atferd, søvnforstyrrelser og «skumringsuro» (de Oliveria et al., 2015).

En annen intervensjon som også viser statistisk signifikant effekt i reduksjon av APSD er berørings/massasje-terapi. Spesielt ble reduksjonen sett på rastløshet og verbal utagerende atferd (de Oliveira et al., 2015; Blackhouse et al., 2016).

En studie har også forsket på teknologi som tiltaksform for reduksjon i APSD. Resultatene viser at dette kan være et godt alternativ for å øke sosial kontakt i situasjoner som begrenser ens evne fra å delta i andre former for intervensjon. Bruk av teknologi begrenses imidlertid til hvorvidt helsepersonell greier å tilrettelegge det slik at det møter pasientens behov (Simonetti et al., 2020).

4.2.3 Utfordringer med miljøterapi

Aktivisering gjennom miljøterapi byr på en del utfordringer. På sykehjem arrangeres mange miljøterapeutiske intervensjoner, men her faller ofte personen med demens som er hardest rammet av APSD imellom. Det ofte fordi det er de som er mer kognitivt oppegående som benytter seg av disse tilbudene (Blackhouse et al., 2016).

“I feel awful saying this... it’s just very hard to actually get them to do, that they can physically do anything... once they (Care staff) did suggest may be and put a tambourine in their (The residents) hand...I just found that i must be patronising to be honest.. I didn’t feel comfortable doing that... I suppose I’ve kind of veered away from those resident um, because... it’s very hard to know activity wise what to do” (Jess, activity worker, Blackhouse et al., 2016 s. 860).

Aktiviteter blir ofte planlagt og gjennomført på sykehjem, men brukes ikke som en planlagt intervensjonsmetode for lindring av APSD (Blackhouse et al., 2016).

Andre utfordringer som er viktig å ta i betraktning er organisatoriske, da hvert enkelt sykehjem har blant annet økonomiske begrensninger samt begrensninger av personell. I studien til Goonan et al. (2019) forteller de at å aktivisere pasientene er både tidkrevende og ressurskrevende i en ellers krevende dag i avdelingen.

Dagens samfunn står nå midt i en global pandemi. Dette har medført en rekke utfordringer i sykehjem knyttet opp imot forverring av APSD som følge av isolasjon (Simonetti et al., 2020).

4.3 Medikamentell behandling av APSD

Tradisjonelt har medikamentell behandling gjennom psykotrope medikamenter som antipsykotika og benzodiazepiner vært første behandlingsvei for APSD hos personer med demens (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014). Behandling med psykotrope medikamenter for APSD vises gjennom forskning å ha moderat effekt, og kan også medføre rekke bivirkninger (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015).

Det er de uønskede bivirkningene av denne gruppen medikamenter som har fremmet en søken etter alternative behandlinger for APSD (de Oliveira et al., 2015; Lu et al., 2020). Av denne grunn bør ikke-farmakologiske intervensjonsprogrammer betraktes som førstegangsintervensjoner for å behandle APSD, skriver de Oliveira et al. (2015).

Ozaki, Katsumata og Arai (2017) forteller gjennom sin studie i Japan at 45% av alle deltakende pasienter i sykehjem bruker psykotrope medikamenter. Videre forteller de at 47,5% av deltakerne på gitt tidspunkt hadde minst et APSD-symptom. Studien sammenlignes med prevalensstudier med tilsvarende problemstilling fra andre land, hvor resultatene faller mellom 47% til 88% for personer med demens.

«Bruk av psykotrope medikamenter hadde korrelasjon med høyere frekvens, større alvorlighetsgrad og større omsorgsbyrde knyttet til APSD hos personer med demens». (Ozaki et al., 2017)

Ozaki et al. (2017) forteller oss at ingen funn ble gjort rundt psykotrope medikamenter som utløsende faktor for APSD, men at dette ikke kan utelukkes og at lengre og flere studier er nødvendig for å utforske dette (Ozaki et al., 2017). Funnene Ozaki et al. (2017) gjorde i studien antyder også at det de kaller «den kjente overdoseringen» av psykotrope medikamenter fortsatt eksisterer, men i mindre grad enn tidligere rapportert. Videre forteller de at det var betydelig høyere bruk av psykotrope medikamenter blant personer som hadde spesifikke APSD-symptomer, som vrangforestillinger, angst og desinhibisjon, sammenlignet med de som ikke hadde disse.

Et spennende funn en av artiklene tar for seg er at analgetika kan ha positiv effekt for behandling og lindring av APSD. Tampi, Hassell, Joshi og Tampi (2017) legger frem at smertestillende medikamenter lindret symptomer på APSD i alle tre inkluderte studier. Hos gruppen behandlet med analgetika ble det funnet reduksjon i både verbal, fysisk og sosial utagerende atferd, i motsetning til gruppen med placebo. Den lindrende effekten oppstod spesielt blant aldersgruppen 85 år og eldre, over et tidsrom på 8 uker. Tampi et al., (2017) hevder at grunnen til bedring av APSD-symptomene kan skyldes at medikamentene reduserer stress og ubehag forårsaket av smerter. De forblir skeptisk på om smertestillende medikamenter vil bidra til å lindre ved alvorlige APSD-symptomer og presiserer at tilgjengelige data i denne studien bør ses på som innledende forskning.

«Positive data from multiple larger studies with longer duration of treatment that are particularly designed to assess their effects on BPSD would have to be available before analgesics can be considered as definitive agents in the management algorithm for BPSD».

4.4 Sykepleierens kompetanse og kontinuitet

I flere av studiene blir det nevnt at sykepleierens kunnskap og kompetanse er et viktig moment for at de skal ha forståelse rundt personsentrert omsorg og dens viktighet i behandlingen av APSD (Testad et al., 2014; Goonan et al., 2019; Blackhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Simonetti et al., 2020). Simonetti et al. (2020) sin studie omhandler den nåværende covid-19 pandemien og presenterer for oss konsekvensene av manglende kontinuitet i demensomsorgen. I studien til Blackhouse et al. (2016) fortelles det av noen av sykepleierne som er intervjuet at de føler de ikke strekker til med sin kompetanse. (Testad et al., 2014). I studien til Goonan et al. (2019) blir det nevnt at å øke kompetansen til sykepleierne er en prosess som krever tid og ressurser.

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

I søkeprosessen vår valgte vi å begrense søkene våre til to databaser, Cinahl og Pubmed, da begge disse søkemotorene var med på å supplere oss med tilfredsstillende artikler. Seks av de åtte artiklene som vi har valgt handler stort sett om miljøterapeutisk intervensjon, der flere fokuserer på en personsentrert tilnærming. De to andre tar føre seg farmakologisk intervensjoner.

Innledningsvis hadde vi utfordringer med å finne artikler rettet mot vår problemstilling. Vi observerte gjennom litteratursøk at forskningen som er gjort innen APSD ofte bruker mange synonymer for å tematisere samme problemstilling. Artikler om NPS og i noen tilfeller også bare agitasjon omhandler samme problematikk. Grunnet dette har vi helt sikkert gått glipp av relevante studier for vår problemstilling. Vi byttet ut en del artikler underveis i arbeidet med oppgaven, da disse ikke samsvarte med inklusjons- og eksklusjonskriteriene til litteraturstudiet. Vi har kommet frem til 8 artikler som belyser vår problemstilling.

Hovedfokuset i oppgaven vår er hva man som sykepleier kan gjøre for forebygge og lindre APSD hos personer med demenssykdom. Fokuset vårt har gjennom analysedelen av litteraturen siktet seg mest mot en personorientert omsorg ved hjelp av en miljøterapeutisk tilnærming. Vi valgte også å ta med et eget punkt i oppgaven om medikamentell behandling, og har derfor med to artikler som forsker på bruk av analgetika og psykofarmaka. Grunnen til dette er at samlebegrepet APSD inneholder et bredt aspekt av symptomer, hvor mange faktorer potensielt kan være "triggere" og/eller forverre symptomene til personen med demens. Da oppgavens problemstilling er ganske bred, føler vi det var korrekt å dekke både farmakologisk og ikke-farmakologisk behandling.

Vi har tatt i bruk analysemetoden til Evans (2002) for å samle funn på tvers av artiklene, og gruppert funn som samsvarte med hverandre. Arbeidet med analysen var en krevende og lærerik prosess, med mye frem og tilbake, som eksemplvis endringer i struktur. Underveis i arbeidet har vi derfor endret mye på den kategoriske inndelingen i analysekapittelet. Vi har tilført subkategorier der det er nødvendig og har vurdert nøkkelfunnene flere ganger. Dette har vært til god hjelp for å få på plass en oversiktlig diskusjon.

Gjennom forløpet har vi tidvis arbeidet godt med oppgaven, og det har fungert bra i forhold til forventningene våre da vi ikke har kunne møte hverandre på grunn av covid-19. Vi har delt arbeidet likt mellom oss, og har alltid kontrollert hva den andre har gjort. Kommunikasjonsverktøy som er blitt hyppig brukt under arbeidet er Discord og Microsoft Teams. Å ta i bruk teknologien for det den er verdt, har vært veldig gunstig gitt denne spesielle situasjonen.

5.2 Resultatsdiskusjon:

5.2.1 Sykepleie gjennom personsentrert omsorg

Det kommer tydelig frem i artikkene vi har valgt at personsentrert omsorg og individualiserte aktiviteter er effektive sykepleiertiltak når det kommer til å lindre og forebygge APSD hos personer med demens (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014; Simonetti et al., 2020). Bruken av en personsentrert tilnærming betraktes som «gullstandard» for omsorgsyttelse i omgivelser der personer med demens oppholder seg, om det så måtte være i samfunnet som helhet eller i institusjon (Maslow, 2013, sitert i Goonan et al., 2019). Dette er trolig fordi at man i sosialpsykologien assosierer begrepet person med selvfølelse og at selve grunnlaget til denne selvfølelsen ligger i hver enkelt individ sin oppfatning av tilhørighet i en sosial krets eller/og sammenheng (Rokstad 2020 s. 52). Denne formen for tilhørighet vil man kunne skape for individet gjennom individualiserte intervensjoner. Vi ser på dette som særlig viktig, da omgivelsene og miljøet pasienten befinner seg i, vil kunne understreke og tydeliggjør at den enkelte personen med demens har verdi som et unikt menneske (Rokstad, 2020, s 52).

Simonetti et al. (2020) og Testad et al. (2014) forteller oss at alle miljøterapeutiske og psykososiale intervensjoner må legges til rette på en personsentrert måte, hvor individet er i fokus, dersom man skal bidra til å lindre og forebygge APSD. Selv om pasienten er kognitivt svekket er det alltid en mulighet for å etablere en likeverdig kontakt og et møte ansikt til ansikt (Rokstad 2020 s. 53). Når vi knytter dette opp i mot personverd, sies det at det er viktig for oss som mennesker fordi det er den verdien vi gir hverandre som mennesker når vi er sammen. Det inkluderer, respekt, tillit og gjenkennelse (Kitwood, sitert av Rokstad 2020b s. 52). Kitwood tar også opp temaet "Å være en person" i tilknytning til utviklingen av demens. Han mener at samfunnets verdier er feilstilt og at vi bør sikte fokuset vårt inn på PERSON – med - demens og ikke person –med - DEMENS. Det Kitwood forteller oss her er at personen må være i fokus og ikke sykdommen (Rokstad 2020b s. 52). Kitwood var den som oppdaget behovet for en utvidet forståelse av hva det innebærer å leve med demens, og lanserte derfor den utvidede eller forbedrede demensmodellen. Vi mener denne modellen vektlegger behovet artiklene våre presiserer, behovet for å tolke demens som en kombinasjon av personlige, sosiale og nevrologiske faktorer (Kitwood, sitert fra Rokstad 2020b s. 53). Vi mener også denne modellen vil være essensiell i kartlegging av APSD hos personer med demens.

Miljørettede restriksjoner kan medføre at pasienten sin personsentrert omsorg ikke blir tilfredsstillt i følge Simonetti et al. (2020). Det skyldes trolig fordi ivaretagelse av personverd til personer med demens, er en utfordring som stiller krav til sykepleieren. Det som først og fremst kreves er evnen til å være til stede og å stå psykologisk til rådighet og gi full oppmerksomhet. Utfordringen ligger i å frigjøre seg fra fiksering på "å handle", for å ha større kapasitet til simpelthen "å være" (Rokstad 2020 s. 58). Går også her inn i demensplan 2025, hvor det blir det nevnt at personer med demens er ingen ensartet gruppe (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9). God demensomsorg handle om å møte den enkelte der han eller hun er, og iverksette "individuell" tilrettelagt tjenester og tilbud. Nasjonalfaglige retningslinjer om demens forteller oss at de sterkt anbefaler at all omsorg og behandling bygger på prinsipper om personsentrert omsorg (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020). Vi mener derfor at man som

sykepleier må ta ansvar for at virksomheten og medarbeidere er faglig oppdatert i henhold til personsentrert omsorg (Rokstad, 2020, s 61).

5.2.2 Miljøterapeutiske intervensjoner for lindring og forebygging av APSD.

De miljøterapeutiske og individualiserte intervensjonene i artiklene vi har inkludert varierer i sitt teorigrunnlag, sin fremgangsmåte og i form, men konkluderer alle samme resultat. Ikke-farmakologiske intervensjoner er i stand til å gi statistisk signifikant effekt for forebygging og lindring av APSD. (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014).

De første man burde gjøre som sykepleier når det kommer til endringer i rutiner hos personer med demens, er å stille seg en rekke spørsmål. Endringen kan være en inngripen i pasientens frihet og autonomi, og den må derfor ha en hensikt. Endringen skal tas på grunnlag av plagene pasienten har og hvordan miljøet rundt pasienten påvirkes (Kirkevold, 2018, s. 271). Hvor stor inngripen i pasientens autonomi den gitte intervensjonen er, avhenger av selve intervensjonen. Testad et al. (2014) forteller oss at behagelige individualiserte aktiviteter med og uten sosiale interaksjoner viser signifikant effekt for reduksjon av APSD. Et sykehjem kalte disse aktivitetene "velfungerende avledningsstrategier", og de omhandler individuelle intervensjoner som å tilby en kopp kaffe, en kopp te, gå en tur, eller prate (Blackhouse et al., 2016). Om ikke hverdagslige intervensjoner oppnår ønsket effekt, finnes det en rekke andre organiserte miljøterapeutiske intervensjonsformer.

Yrkesrettede aktivitetsprogrammer, individualiserte treningsprogrammer og individualisert musikkterapi er tre av intervensjonsformene som viser statistisk signifikant effekt for lindring og forebygging av APSD (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014). En viktig bemerkelse vi gjorde rundt denne forskningen, er at effekten ble sett på bakgrunn av at aktiviteten ble utarbeidet for enkeltindividet. Forskning på generelle eller «upersonlige» former av de nevnte intervensjonsmetodene, gav ikke samme effekt for lindring og forebygging av APSD (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014).

Den største effektstørrelsen blir funnet da behandlingene ble skreddersydd til deltakernes interesser, ferdigheter og roller, skriver de Olivera et al. (2015). Med roller menes det i denne sammenhengen eksempelvis tidligere yrkesrolle. Her ser vi at viktigheten av en personsentrert og individualisert tilnæringsstrategi gjenspeiles i resultatene av forskningen. Dette er trolig på grunn av at man her tilnærmer seg pasienten på en trygg og rolig måte, gjennom aktivitet med fokus på mestring (Kirkevold, 2018, s. 265). De individualiserte intervensjonene gjorde at pasientene følte på økt andel av tid de er med på meningsfulle aktiviteter og redusert inaktivitet i hverdagen (Lu et al., 2020). Mening er rent eksistensialistisk for mennesket, men at en aktivitet er meningsfull for enkeltindividet er ikke selvsagt. Vi mener at å utforske den gitte aktiviteten opp mot pasientens egne verdioppfatning er essensielt for at intervensjonen skal lykkes (Hummelvoll, 2018, s. 39-41). de Oliveira et al. (2015) presiserer også viktigheten av å lage intervensjonen med fokus på at personen med demens vil få ytterligere reduksjon av kognitiv kapasitet i fremtiden. Ut ifra dette mener vi at det må være fokus rundt å

utarbeide intervensjonsformen slik at den har tilpasningsmuligheter til pasientens situasjon på et gitt tidspunkt. Dette vil skape kontinuitet for personen med demens, muligheten til å bevare sammenheng i opplevelsen av seg selv (Engevik & Johansen, 2019). Grunnet sykdommens progredierende forløp, er dette spesielt viktig for personer med demens (Bertelsen, 2016, s. 334-335).

Artiklene tar også for seg tre generelle intervensjonsmetoder med statistisk signifikant effekt for lindring og forebygging av APSD. Disse er lysbehandling/fototerapi, massasje/berørings-terapi og aromaterapi (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015). Ett vesentlig funn vi vil poengtere her er at disse viser statistisk signifikant effekt selv om ikke individualisering av intervensjonen var i hovedfokus.

Her ser vi et spennende bilde som dannes mellom de seks forskjellige intervensjonsformene. For de to førstnevnte intervensjonene, som i stor grad omhandler fysisk aktivitet, er individualisering nødvendig for ønsket effekt. Aktivitetsformene omhandler for det meste fysisk stimuli og preges av pasientens egne interesser, preferanser og evner. Musikterapi, som i stor grad omhandler sensorisk stimuli, ser også samme behovet for individualisering grunnet pasientens preferanser. Behovet for individualisering forsvinner derimot om man ser på effekten av de tre siste intervensjonsformene, hvor aktivitetene i stor grad omhandler rene sensoriske stimuli. Reduksjon av overflødig stimuli er ofte et tiltak brukt for reduksjon av APSD hos personer med demens (Kirkevold, 2018, s. 267). Forskningen innen miljøterapeutiske intervensjoner gjør det tydelig at dette ikke handler om sansestimuli generelt, men heller at "riktige" former for stimuli vil kunne være ønskelig hos personer med demens.

5.2.3 Det organisatoriske spiller en rolle.

Organisatoriske faktorer må ofte trekkes inn når det er snakk om miljøterapeutiske intervensjoner, spesielt tverrfaglige intervensjoner (Blackhouse et al., 2016; Goonan et al., 2019). Orvik (2015) skriver at sykepleier i tillegg til å være en dyktig kliniker, også må ha innsikt i hvordan virksomheten en jobber i fungerer. I studien til Goonan et al. (2019) forteller de at å aktivisere pasientene er tidkrevende og resurskrevende i en ellers krevende dag i avdelingen. Dette er vesentlig siden hvert enkelt sykehjem har økonomiske begrensninger, begrensninger på bemanning og begrensninger i tid. Her må de lovende resultatene ved implementasjon av individualiserte og miljøterapeutiske intervensjoner veies opp mot eventuelle organisatoriske begrensninger.

5.2.4 Medikamentell behandling i demensomsorg

Alle artiklene vi har valgt ordlegger seg ulikt, men støtter alle følgende påstand. Behandling med psykotrope medikamenter for APSD vises gjennom forskning å ha moderat effekt, og kan også medføre rekke uønskede bivirkninger (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014; Simonetti et al., 2020).

Selv om psykofarmaka har usikker effekt og en rekke uønskede bivirkninger, brukes denne gruppen medikamenter hyppigst for behandling av APSD, særlig i institusjoner som sykehjem (Engedal & Haugen, 2018, s254). Bruken av psykofarmaka i sykehjem vises gjennom en sammenfatning av prevalensstudier på verdens basis, å være mellom

47% og 88% for personer med demens. (Ozaki et al., 2017) Norske tall fra 2011 viser oss at denne prevalensen er 71% (Engedal & Haugen, 2018, s254). Ozaki et al. (2017) rapporterer også at de i sin studie ser tegn til at det de kaller «den kjente overdoseringen» av psykotrope medikamenter fortsatt eksisterer, men i mindre grad enn tidligere rapportert. Funnet gjenspeiles i en annen artikkel hvor det ble nevnt at sykepleiere noen ganger gav dobbel dose psykotrope medikamenter til personene med demens for å klare å håndtere alvorlige APSD symptomer (Simonetti et al., 2020). Disse funnene tolker vi som at medikamentell behandling ikke er i stand til å lindre og forebygge APSD tilstrekkelig på egenhånd. Ut ifra dette tenker vi at en forandring innen behandlingen av APDS er berettiget.

Man kan se på den store økningen innen forskning på ikke-medikamentell behandling på APSD som en direkte respons på hva nyere forskning forteller oss om bruk av psykofarmaka for lindring og forebygging av APSD (de Oliveira et al., 2015; Lu et al., 2020). Selv om medikamentell behandling gjennom psykofarmaka for APSD viser usikker og moderat effekt, føler vi likevel ikke med sikkerhet at vi kan utelukke at medikamentell behandling i noen tilfeller kan ha positiv effekt for lindring og forebygging av APSD. På samme måte kan vi heller ikke utelukke at medikamentell behandling forårsaker og/eller forverrer APSD. Det sistnevnte blir spesielt relevant, da Ozaki et al (2017) forteller i sin studie at det ble sett korrelasjon mellom bruk av psykofarmaka og høyere frekvens, større alvorlighetsgrad og større omsorgsbyrde rettet mot APSD hos personer med demens.

Medikamenter har de siste femti årene vært mye brukt for å regulere, modifisere og endre følelsesmessige reaksjoner og atferd (Håkonsen, 2017, s. 414). APSD hos personer med demens kan ofte ha ukjent årsak, da det er en rekke potensielle utløsende faktorer (Eskeland, 2017, s. 197; Kirkevold, 2018, s. 263-267). Vi tolker litteraturen som at den medikamentelle behandlingen som gis denne pasientgruppen i stor grad fokuserer på å lindre spesifikke atferds-symptom gjennom psykofarmaka, uten fokus på underliggende årsak. Litteraturen forteller oss at både somatiske underliggende årsaker, og at påførte årsaker som medikamentelle bivirkninger kan være utløsende faktorer for APSD (Eskeland, 2017, s. 197; Kirkevold, 2018, s. 263-267). Vi mener derfor det er viktig at denne pasientgruppen utredes grundig for potensiell somatisk sykdom og problematikk, før symptomatisk metikanmentell behandling gis ved bruk av psykofarmaka. Psykofarmaka er riktignok ikke den eneste gruppen medikamenter personer med demens bruker. En studie, som ser på bruken av analgetika for forebygging av APSD, konkluderer med symptomlindring innen APSD (Tampi et al., 2017). Grunnen til dette kan være reduksjon i smerter, som er en potensiell somatisk årsak for APSD (Eskeland, 2017, s. 197). Ut i fra dette tenker vi at medikamentell behandling har sin plass for lindring og forebygging av APSD, men ikke som eneste behandlingsform.

5.2.5 Viktigheten av kontinuitet og kompetanse i demensomsorg

Alle studiene som er inkludert i denne oppgaven viser til ulike femgangsmåter for å oppnå lindring og forebygging av APSD (Backhouse et al., 2016; de Oliveira et al., 2015; Goonan et al., 2019; Lu et al., 2020; Testad et al., 2014; Tampo et al., 2017; Ozaki et al., 2017). Simonetti et al. (2020) har fokusert sin studie rundt den nåværende covid-19 pandemien og presenterer for oss gjennom denne forskningen konsekvensene ved

manglende kontinuitet blant de som arbeider i sykehjem. Vi støtter oss her opp imot Robert C. Atchley 1989 sin kontinuitetsteori, som forteller oss at det kan være flere veier til en god alderdom (Engevik & Johansen, 2019). Kontinuitet handler om å bevare sammenheng i opplevelsen av seg selv gjennom å kunne holde fast ved det som er viktig i livet. Det kan også omhandle prosessen med å forhandle med en selv på nytt hva som er viktig livsinnhold. Denne kontinuiteten omhandler sted, hjem og landskap man lever i (Engevik & Johansen, 2019).

Covid-19 pandemien har hatt stor innvirkning på dagliglivet. Denne negative innvirkningen har ført til stor omrokering i rutinene til personer med demens i sykehjem, en pasientgruppe som er svært følsomme for forandringer. Omrokeringen har ført til en forverring av APSD-symptomer, som igjen øker faren for selvskading, personlig stress, covid-19 smitte og død, skriver Simonetti et al. (2020). Studien til Simonetti et al. (2020) forteller også at miljørettete restriksjoner og isolasjon økte pasientenes forekomst av APSD. Vi har her kommet frem til at under isolasjon er det vanskelig å tilfredsstille pasientenes grunnleggende behov for trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon. Kjernen her er behovet for kjærlighet, som ofte er tilknyttet familie (Rokstad 2020 s.54).

Blackhouse et al., (2016) intervjuer i sin studie flere sykepleiere som forteller at det er utfordrende å vite hvordan man skal tilnærme seg, og gi pleie til personer med alvorlig grad av demens. Her går vi inn i demensplanen 2025 hvor det presenteres at det er et sterkt ønske om å øke kunnskapen om demens i samfunnet som helhet, som videre vil bidra til inklusjon av personer med demens i de tjenester det er behov for det (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 9-10). Ut ifra dette ser vi ett stort behov for økt kompetanse og forståelse rundt APSD i demenssykdom hos befolkningen som helhet, men spesielt hos helsepersonell. Økt kunnskap hos helsepersonell om demens og kognitiv svikt er nødvendig for å sikre kvalitet i utredning og diagnostisering av sykdommen. Det er også nødvendig for å kunne gi riktige tilbud når diagnosen er stilt. Dette belyses også i studien til Blackhouse et al., (2016), som presiserer viktigheten av kompetanse for å lykkes i demensomsorgen. For å møte dagens og fremtidens utfordringer må helse- og omsorgssektoren ha kontinuerlig oppmerksomhet rettet mot forbedring og utvikling av tjenestene de praktiserer. Gode helse og omsorgstjenester skapes når pasienten møter sykepleiere med høy faglig kompetanse, høy faglig bredde og når det er samspill mellom pasient og sykepleier. Dette vil føre til et trygt rammeverk og miljø for pasienten, som videre fører til at pasienten blir ivaretatt på en verdig måte (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 17). Dette kan man oppnå gjennom kunnskapsbasert praksis, som vi deler inn i fire punkter, forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, personkunnskap og brukermedvirkning og kontekst. (Rokstad 2020, s. 17-19). Kunnskap skapes gjennom forskning, utdanning, erfaring, refleksjon og samspillet med pasientene og deres pårørende.

6 Konklusjon

Hensikten med vår litteraturstudie, var å finne ut hvordan en som sykepleier kan lindre og forebygge APSD hos personer med demens på sykehjem.

Forskningen viser at personsentrerte og individualiserte miljøterapeutiske tiltak, kombinert med riktige medikamentelle intervensjoner er den mest lovende behandlingsformen for APSD i sykehjem per i dag. Personssentrerte tilnæringsstrategier og iverksettelse av miljøterapeutiske intervensjoner vises gjennom forskning å kunne føre til lindring og forebygging av APSD på egenhånd, mens nyere forskning på medikamentell intervensjon gir noe uklare resultater om effekt. Psykofarmaka er en bred gruppe medikamenter, så mer spesifikk forskning er nødvendig for å utelukke potensielt positiv effekt for lindring og forebygging av APSD gjennom medikamentell behandling.

Gjennom videre forskning på individualiserte miljøterapeutiske intervensjoner vil et klarere bilde dannes rundt hver enkelt intervensjonsforms effekt, og modeller for intervensjon kan opparbeides på grunnlag av resultatene. Disse modellene må ha sitt grunnlag i VIPS-rammeverket til Kitwood, med fokus på å øke sykepleierens kompetanse og skape kontinuitet i omsorgen som gis til personene med demens. Organisatoriske aspekter må tas i betraktning, da denne tverrfaglige intervensjonsformen kan være både ressurs- og tid-krevende.

APSD er en bred samlebetegnelse for en rekke symptomer, som kan utløses av en rekke forskjellige faktorer. Derfor vil en kunnskapsbasert modell med fokus på et helhetlig behandlingstilbud være den mest lovende behandlingsformen for lindring og forebygging av APSD i sykehjem.

Referanser

- Aldring og helse. (2021). *Forebygge*. Aldring og helse. Hentet 1. April fra <https://www.aldringoghelse.no/ordbok/forebygge/>
- 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. *Age and Ageing*, 45(6), 856-863. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw136>
- Berentsen, V. D. (2008). *Demensboka - Lærebok for pleie- og omsorgspersonell*. Aldring og helse - akademisk.
- Bertelsen, A. K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn (Red.), *37 Grader - Sykdom og behandling* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. V. & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *Biomed Res Int*, 2015, 218980. <https://doi.org/10.1155/2015/218980>
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018a). Alzheimers sykdom - den hyppigste årsaken til demens. I P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018b). De nest vanligste årsakene til demens. I P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 90-125). Aldring og helse - akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018c). Demens. I P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Aldring og helse - akademisk.
- Engevik, T. & Johansen, H. (2019, 10. September). *Kontinuitet i livets slutt kan være vel så viktig som aktivitet og forebygging*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2019/06/kontinuitet-i-livets-slutt-kan-vaere-vel-sa-viktig-som-aktivitet-og>
- Eskeland, K. O. (2017). *Alderspsykiatri og omsorgsarbeid*. Cappelen Damm akademisk.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive reasearch: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing* 20(2). <https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2017). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. utg.). Natur & Kultur.
- Goonan, R., Nicks, R., Jolliffe, L. & Pritchard, E. (2019). Implementation of a Person-Centred Activity Program on a Sub-Acute Inpatient Dementia Ward. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*, 37(3), 171-182. <https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1622622>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- helsebiblioteket. (2016a). *PICO*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016b, 3. Juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsebiblioteket. (2018). *Lindrende behandling*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/sykepleie/aktuelt/lindrende-behandling>
- Hummelvoll, J. K. (2018). *Helt - Ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2017). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-275). Aldring og helse - akademisk.
- Lu, L. C., Lan, S. H., Hsieh, Y. P., Yen, Y. Y., Chen, J. C. & Lan, S. J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*, 35, 1533317519883498. <https://doi.org/10.1177/1533317519883498>
- Norsk helseinformatikk. (2019, 17. Juli). *EEG*. Norsk helseinformatikk. <https://nhi.no/sykdommer/barn/undersokelser/eeg/?hp=true>
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse - Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm Akademisk.
- Ozaki, T., Katsumata, Y. & Arai, A. (2017). The use of psychotropic drugs for behavioral and psychological symptoms of dementia among residents in long-term care facilities in Japan. *Aging & Mental Health*, 21(12), 1248-1255. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220922>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rokstad, A. M. M. (2020a). Hva er demens? I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens Møte og samhandling* (2. utg., s. 23-50). Cappelen Damm akademisk.
- Rokstad, A. M. M. (2020b). Personsentrert omsorg. I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (2. utg., s. 51-71).
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskriftet den Norske Legeforening*, 11(125), 1500. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/atferdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-ved-demens>
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-259). Aldring og helse - akademisk.

- Simonetti, A., Pais, C., Jones, M., Cipriani, M. C., Janiri, D., Monti, L., Landi, F., Bernabei, R., Liperoti, R. & Sani, G. (2020). Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. *Frontiers in Psychiatry, 11*(962). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842>
- Tampi, R. R., Hassell, C., Joshi, P. & Tampi, D. J. (2017). Analgesics in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia: a perspective review. *Drugs Context, 6*, 212508. <https://doi.org/10.7573/dic.212508>
- Testad, I., Corbett, A., Aarsland, D., Lexow, K. O., Fossey, J., Woods, B. & Ballard, C. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. *International Psychogeriatrics, 26*(7), 1083-1098. <https://doi.org/10.1017/S1041610214000131>
- Wogn-Henriksen, K. (2020). Kommunikasjon. I K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - Møte og samhandling* (2. utg., s. 86-113).

Vedlegg

Vedlegg 1 - Søkehistorikk Tabell

Søkeord	Dato	Databas e	Antall treff	Leste abstrakter (antall)	Leste artikler (antall)	Inkluderte artikler (forfatter, årstall)
Dementia, Nursing home, BPSD, Alleviate, Prevent	11.12.20	CINAHL complete	57	27	10	<p>1 Artikkel</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. https://doi.org/10.1093/ageing/afw136
Dementia, Nursing home, BPSD, Alleviate, Prevent	14.12.20	Medline (Pubmed)	15	12	8	<p>2 Artikler</p> <ul style="list-style-type: none"> Testad, I., Corbett, A., Aarsland, D., Lexow, K. O., Fossey, J., Woods, B. & Ballard, C. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. <i>International Psychogeriatrics</i>, 26(7), 1083-1098. https://doi.org/10.1017/S1041610214000131 Tampi, R. R., Hassell, C., Joshi, P. & Tampi, D. J. (2017). Analgesics in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia: a perspective review. <i>Drugs Context</i>, 6, 212508. https://doi.org/10.7573/dic.212508

Dementia, Nursing home, BPSD, Alleviate, Prevent	11.02.21	CINAHL complete	31	15	6	3 artikler <ul style="list-style-type: none"> Ozaki, T., Katsumata, Y. & Arai, A. (2017). The use of psychotropic drugs for behavioral and psychological symptoms of dementia among residents in long-term care facilities in Japan. <i>Aging & Mental Health</i>, 21(12), 1248-1255. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220922 de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. V. & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. <i>Biomed Res Int</i>, 2015, 218980. https://doi.org/10.1155/2015/218980 Goonan, R., Nicks, R., Jolliffe, L. & Pritchard, E. (2019). Implementation of a Person-Centred Activity Program on a Sub-Acute Inpatient Dementia Ward. <i>Physical & Occupational Therapy In Geriatrics</i>, 37(3), 171-182. https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1622622
Dementia, Nursing home, BPSD, NPS	26.04.11	Medline (Pubmed)	34	18	5	1 Artikel <ul style="list-style-type: none"> Simonetti, A., Pais, C., Jones, M., Cipriani, M. C., Janiri, D., Monti, L., Landi, F., Bernabei, R., Liperoti, R. & Sani, G. (2020). Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. <i>Frontiers in Psychiatry</i>, 11(962). https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842
Dementia, Nursing home, BPSD, NPS, Alleviate, Prevent	28.04.11	Medline (Pubmed)	25	18	4	1 Artikel <ul style="list-style-type: none"> Lu, L.-C., Lan, S.-H., Hsieh, Y.-P., Yen, Y.-Y., Chen, J.-C., & Lan, S.-J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias</i>. https://doi.org/10.1177/1533317519883498

Vedlegg 2 - Litteratormatrise 1

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>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. <i>Age and Ageing</i>, 45(6), 856-863. https://doi.org/10.1093/ageing/afw136</p>	<p>Å Utforske ikke-farmalogiske intervensjoner for lindring av APSD i sykehjem og omsorgsboliger.</p>	<p>Older people, BPSD, dementia, care home, non-pharmacological intervention, activities</p>	<p>Det ble gjennomført grundige etnografiske casestudier i fire omsorgsinstitusjoner, to omsorgsboliger og to sykehjem.</p> <p>Studien inkluderer intervjuer med 40 omsorgsmedarbeidere og 384 timer med observasjoner i arbeidspraksisen til deltagerne.</p> <p>Helsepersonell som jobbet tett med personer med APSD ble prioritert som deltakere siden de hyppigst møtte på symptomene innen APSD.</p> <p>En blanding av ledere, langtidssinnsette sykepleiere, omsorgsarbeidere og aktivitetsmedarbeidere ble rekruttert som deltakere og intervjuobjekter i hver institusjon.</p>	<p>Ikke-farmalogiske intervensjoner, hvor noen er fokus for effektivitets-forskning, ble brukt i omsorgsboliger. De ble hovedsakelig brukt som aktiviteter for å forbedre livskvaliteten til alle beboere, ikke for å spesifikt dekke individuelle behov, eller for å forhindre eller håndtere spesifikk atferd.</p> <p>Sosialt relevante aktiviteter som eksempelvis å tilby en kopp te, ble brukt til å øyeblikkelig adressere APSD. Beboere med høyere behov falt ofte imellom og fikk ikke dekket sitt aktivitetsbehov.</p> <p>Konklusjon: Det viser gap mellom retorikk og praksis. Intervensjonene ble brukt som sosiale aktiviteter snarere enn som målrettede inngrep. Bedre implementering i arbeidspraksis og opplæring rundt dette er nødvendig videre.</p>	<p>Relevant til vår problemstilling da artikkelen omhandler hvordan sykepleiere håndterer APSD rundt i de ulike institusjonene. Den belyser også ulike utfordringer knytt til APSD som sykepleierne opplever i hverdagen.</p>

Vedlegg 3 - Litteratormatrise 2

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Testad, I., Corbett, A., Aarsland, D., Lexow, K. O., Fossey, J., Woods, B. & Ballard, C. (2014). The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review. <i>International Psychogeriatrics</i>, 26(7), 1083-1098. https://doi.org/10.1017/S1041610214000131</p>	<p>Klarlegge verdien av personlige psykososiale intervensjoner for å håndtere personer med APSD.</p>	<p>Dementia Psychosocial interventions Nursing homes BPSD</p>	<p>Systematisk gjennomgang av bevis for psykososiale inngrep for APSD, hvor fokus var på forskning mellom 2000-2012. Både, sykehjem, boliger samt (RCTs) pre-/post-test studier ble inkludert under kontrollerte forhold.</p>	<p>641 studier ble identifiserte, hvor bare 40 kunne brukes. Det visste seg at personaliserte aktiviteter både med og uten sosial interaksjon var med på å forbedre humøret til pasientene.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>Det er en økende mengde bevis som tilsier at personaliserte psykososiale intervensjoner er med på å redusere symptomene av APSD.</p>	<p>Artikkelen er relevant opp imot vår oppgave da den tar for seg at personaliserte psykososiale intervensjoner hos hver enkelt pasient viser seg å være veldig effektiv i å lindre og forebygge symptomer hos personer som lider av APSD.</p>

Vedlegg 4 - Litteratormatrise 3

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Tampi, R. R., Hassell, C., Joshi, P. & Tampi, D. J. (2017). Analgesics in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia: a perspective review. <i>Drugs Context</i>, 6, 212508. https://doi.org/10.7573/dic.212508</p>	<p>Målet til studien er å finne ut om smertestillende medikamenter kan bidra til å redusere hyppigheten av APSD symptomer.</p>	<p>Dementia Review Psychopharmacology, Pain, Anagesics, Agression, Neuropsychiatry Elderly.</p>	<p>Det ble gjort et litteratursøk i PubmMed, Medline, EMBASE samt andre databaser, alle artiklene ble huket av til fulltekst. Forfatteren av denne studien analyserte artiklene de fant og vurderte kvaliteten. Kvaliteten på artiklene ble vurderte som god dersom de sjekket av på seks av kriteriene, ok dersom en eller to manglet og dårlig dersom tre eller flere manglet.</p>	<p>Ved bruk av smertestillende ble det observert reduksjon på et bredt spekter av symptomer, verbale, fysisk og sosial atferd. Smertestillende midler så ut til å tolereres godt sammenlignet med andre administrasjonsstrategier.</p> <p>Studiene forteller også at det bør gjøres grundigere søk innenfor dette domenet da tidsrammen bare var åtte uker.</p> <p>Konklusjon:</p> <p>Studien konkluderer med at smertestillende medikamenter har positiv effekt i å redusere APSD blant de som er eldre-eldre altså 85 pluss.</p>	<p>Relevans er høy, da denne artikkelen vurderer bruk av smertestillende medikamenter som tiltak for å redusere symptomer ved APSD.</p>

Vedlegg 5 - Litteratormatrise 4

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Ozaki, T., Katsumata, Y. & Arai, A. (2017). The use of psychotropic drugs for behavioral and psychological symptoms of dementia among residents in long-term care facilities in Japan. <i>Aging & Mental Health</i>, 21(12), 1248-1255. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1220922</p>	<p>Å undersøke om bruk av psykotrope medikamenter var relatert til atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens (APSD). Studien er gjennomført med fokus på utbredelse, antall symptomer, alvorlighetsgrad og omsorgsbyrde blant eldre med BPSD som bor på langtids plass i sykehjem i Japan.</p>	<p>Dementia Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD) antipsychotics, long-term care residential facilities</p>	<p>Det gjennomførtes en tverrsnittsundersøkelse med fokus på eldre mennesker med demens eller lignende symptomer ved hjelp av et spørreskjema for omsorgspersonale i 10 utvalgte langtidsavdelinger i Japan. Det ble tatt i bruk et spørreskjema undersøkelse for å vurdere APSD på de ulike avdelingene.</p>	<p>Psykotrope medikamenter ble brukt hos 45% av de deltagende pasientene, og 47,5% av disse hadde minst ett symptom knytt til APSD.</p> <p>Funnene i studiet viser at bruk av psykotrope medikamenter var assosiert med høyere antall, større alvorlighetsgrad og større omsorgsbyrde i sammenheng med APSD. Det var også betydelig høyere bruk av psykotrope medikamenter blant personer som hadde spesifikke APSD-symptomer, som vrangforestillinger, angst og desinhibisjon, sammenlignet med de som ikke gjorde det.</p> <p>Konklusjon: Det viser seg til å være en sammenheng mellom alvorlighetsgrad av APSD, økt omsorgsbyrde i assosiasjon med psykotrope medikamenter.</p>	<p>Relevans er høy for vår oppgave da medisinerer er en form for lindring og forebygging av APSD.</p> <p>Denne artikkelen viser negative konsekvenser og økte symptomer i sammenheng med medikamenter som er hyppig brukt blant denne pasientgruppen i langtidsavdelinger.</p>

Vedlegg 6 - Litteratormatrise 5

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>de Oliveira, A. M., Radanovic, M., de Mello, P. C., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D., Celestino, D. L., Stella, F., Piersol, C. V. & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. <i>Biomed Res Int</i>, 2015, 218980. https://doi.org/10.1155/2015/218980</p>	<p>Systematisk gjennomgang av studier som tar for seg ikke-farmakologiske tiltak for å lindre APSD i tidsperioden 2005 – 2015. (Over 10 år)</p>	<p>Non-pharmacological interventions, Behavioral symptoms, psychological symptoms, Dementia.</p>	<p>En systematisk gjennomgang av artikler i Medline og Embase-databaser Stikkord som ble brukt var: "non-pharmacological interventions, behavioral symptoms, psychological symptoms, and dementia"</p>	<p>Blant de 20 inkluderte studiene var miljøterapeutisk tilnærming på ASPD den hyppigste tiltaksformen. Studiene viser også at det ASPD symptomet som hadde høyest grad av bedring gjennom miljøintervensjon var agitasjon. Studiene er heterogene innen mange aspekter, og inkluderer størrelsesprøve, intervensjon metode og måleinstrumenter.</p> <p>Konklusjonen:</p> <p>Ikke-farmakologiske intervensjoner er i stand til å gi positive resultater for å redusere symptomer innen APSD. De fleste studiene som er blitt gjennomført har vist at intervensjonene har god effekt.</p>	<p>Veldig relevant for vår oppgave da vi vil fokusere på å danne ett helhetlig bilde av hvordan man kan lindre og forebygge APSD.</p> <p>Miljøtiltak og intervensjoner rettet mot APSD er derfor veldig relevant.</p>

Vedlegg 7 - Litteratormatrise 6

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep / Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Goonan, R., Nicks, R., Jolliffe, L. & Pritchard, E. (2019). Implementation of a Person-Centred Activity Program on a Sub-Acute Inpatient Dementia Ward. <i>Physical & Occupational Therapy In Geriatrics</i>, 37(3), 171-182. https://doi.org/10.1080/02703181.2019.1622622</p>	<p>Denne studien har som hensikt å utforske virkningen av et personsentrert aktivitetsprogram for subakutte personer med atferdsforstyrrelser og psykologiske symptomer ved demens (APSD).</p>	<p>Activity program Behaviors Dementia Inpatient Person-centered care</p>	<p>Dette er en prospektiv observasjonsstudie som er gjennomført under sikre omstendigheter. Studien ble gjennomført i en subakutt sykehusavdeling i en storby i Australia. Ved bruk av praktisk prøvetaking ble personer med delirium eller demens som viser APSD inkludert i studien. Aktivitetsprogrammer ble iverksatt, og data samlet gjennom observasjon av atferds hendelser, før og etter.</p>	<p>Deltakerne ble observert i to perioder på fem uker. Det var en 26% reduksjon i "total" APSD-atferd med en statistisk signifikant reduksjon i "fysisk" atferd. Agitasjon og rastløshet ble rapportert redusert med 54% etter aktivitetsprogram- intervensjon. Konklusjon: Personsentrert aktivitetsprogram kan implementeres med høy suksess på en demens/delirium-spesifikk døgnavdeling for reduksjon av APSD.</p>	<p>Denne studien er relevant i forhold til vår problemstilling. Den gir oss konkret data som viser at miljørettete intervensjoner og tiltak er høyst relevante for å redusere APSD-symptomer.</p>

Vedlegg 8 - Litteratormatrise 7

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
Simonetti, A., Pais, C., Jones, M., Cipriani, M. C., Janiri, D., Monti, L., Landi, F., Bernabei, R., Liperoti, R. & Sani, G. (2020). Neuropsychiatric Symptoms in Elderly With Dementia During COVID-19 Pandemic: Definition, Treatment, and Future Directions. <i>Frontiers in Psychiatry</i> , 11(962). https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579842	Finne ut hvilke psykososiale endringer personer med demens hadde under covid-19 pandemien.	COVID-19 Agitasjon Angst Apati Demens Behandling	Et Pubmed søk ble gjennomført hvor fokuset var på rapporter om endringer i atferd og stemningsleie samt hvilke behandlingsstrategier som ble tatt i bruk for eldre med demens.	Nevropsykologiske symptomer med demens under covid-19 pandemien er ifølge studien en konsekvens av de sosiale restriksjonene den medfører. Implementering av omsorgsstøtte og tilstedeværelse av et dyktig helsepersonell er viktig for å klare å opprettholde sosiale interaksjonen og justere teknologisk assistanse for å følge opp pasientene sitt behov for sosial omgang.	Denne studien er relevant for vår oppgave fordi den viser hvilke konsekvenser en pandemi har på vår pasientgruppe. Følgene av Covid-19 gjør ifølge studien at pasientene har en oppblussing av psykososiale symptomer som agitasjon, angst, og apati, alt dette er knytt opp til vår problemstilling om APSD.

Vedlegg 9 - Litteratormatrise 8

Referanse (komplett)	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/konklusjon	Relevans for oppgaven
<p>Lu, L. C., Lan, S. H., Hsieh, Y. P., Yen, Y. Y., Chen, J. C. & Lan, S. J. (2020). Horticultural Therapy in Patients With Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. <i>Am J Alzheimers Dis Other Demen</i>, 35, 1533317519883498. https://doi.org/10.1177/1533317519883498</p>	<p>Å undersøke psykologiske helsemessige fordeler av hagebruksintervensjon hos personer med demens.</p>	<p>BPSD, agitation, agitation inventory, Horticulture, long-term care, psychological health.</p>	<p>En systematisk litteraturstudie gjennom databasene Cochrane Library, ProQuest, PubMed, EMBASE, EBSCO, Web of Science og Ovid Medline.</p>	<p>Av de 23 artiklene som ble gjennomgått ble 8 inkludert i en metaanalyse. Metaanalysen verifiserte den gunstige effekten av hagebruksterapi (HT) på agitasjonsnivå (APSD). Personer med demens drar nytte av hagebruk ved å lindre gradene av APSD-adferd. Aktiviteten øker andel av tid hvor pasienten føler de er med på meningsfulle aktiviteter og redusere tiden hvor de gjør ingenting.</p>	<p>Relevansen er høy, da denne artikkelen omhandler et spesifikt miljøtiltak for reduksjon av APSD-symptomer og dens effekt.</p>

