



Bachelorgradsoppgave

Demens og utfordrende atferd i sykehjem.

Dementia and challenging behavior in nursing homes.

Marte Selnes

Antall ord: 9605

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling for Helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2014



HINT

Abstrakt

Introduksjon: Norge har i dag over 70 000 mennesker med en demenssykdom. 90 % av disse har en atferd som helsepersonell kan oppleve som utfordrende. De fleste helsearbeidere i klinisk praksis, vil på et eller annet tidspunkt måtte forholde seg til et menneske med demens.

Hensikt: Belyse viktigheten av at helsepersonell i sykehjem møter personer med demens som har en utfordrende atferd med en personsentrert og helhetlig tilnærming.

Metode: Oppgaven er basert på en allmenn litteraturstudie.

Resultat: Forskning sier lite om hvordan personen selv opplever det å ha en demenssykdom. På grunn av den kognitive svikten demens innebærer, har personen vanskeligheter med å forstå og tolke sine omgivelser. Årsaker til utfordrende atferd er mange og komplekse, og somatiske tilstander kan forverre symptom bildet. Tiltak som er enkle og lite ressurskrevende kan ha god effekt på atferden.

Diskusjon: Tillitsskapende tilnærming er i fokus og tvang skal i utgangspunktet unngås. Man må ha kunnskap om beboerens livshistorie for å se personen bak sykdommen. Ved å tilrettelegge miljøet understøttes personens gjenværende ressurser. Validering, reminisens og realitetsorientering vil være verktøy for å understøtte beboerens begripelighet om egen situasjon, øke håndteringen og meningen i hverdagen. Dette vil gi en opplevelse av sammenheng, også til livet før sykdommen.

Konklusjon: Helsepersonell må ha en bred tilnæringsmåte for å kartlegge årsakene til utfordrende atferd. Man må ikke bare se begrensningene demenssykdommen gir, men bygge opp under mestringsmulighetene. Slik vil gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk skapes og ivaretas. Helseperson trenger mer kunnskap om samhandling med personer med demens.

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Hensikt.....	3
1.2 Den salutogene helsemodell	3
2.0 METODE.....	5
2.1 Søkestrategi.....	5
2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier.....	6
2.3 Utvalg og granskning av artiklene som inkluderes i resultatet.....	6
2.4 Analyse	6
2.5 Ethiske overveielser.....	8
3.0 RESULTAT.....	9
3.1. Personen med demens sin opplevelse av verden.	9
3.2 Årsaker til utfordrende atferd	9
3.3 Personalets holdninger og atferd	10
3.4 Hvordan møte utfordrende atferd.	11
4.0 DISKUSJON.....	13
4.1 Resultatdiskusjon	13
4.2 Den dementes opplevelse av verden	13
4.3 Årsaker til utfordrende atferd hos personer med demens	14
4.3.1 Somatiske årsaker.....	15
4.3.2 Miljømessige forhold	16
4.3.3 Kunnskap og holdninger hos pleiepersonalet.....	17
4.4 Intervensjoner og tiltak i møte med utfordrende atferd.	19
4.5 Metodediskusjon.....	24
5.0 KONKLUSJON	26
LITTERATUR	
VEDLEGG 1: INKLUDERTE ARTIKLER.	30
VEDLEGG 2: SØKETABELL	

Dikt av Kirsti Solheim: *Treet, bladene og den demente*

Livets høst

Jeg er lik et tre!
Lik treet ble jeg også til ved et frø.
Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.
Lik treet om høsten mister jeg nå blader.
Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt "faller av".
Uten blader, intet liv, sier du vel.
Men de som ser meg, kjenner meg.

Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.
Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.
Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.
Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikket er det eneste jeg har.
Del det med meg.



Privat bilde.

1.0 INNLEDNING

I følge Helsedirektoratet har Norge i dag omtrent 70 000 personer med en demenssykdom. Forekomsten av demens øker med alderen. For personer i aldersgruppen 80-84 år er forekomsten vel 17 %, mens den i aldersgruppen over 90 år er mer enn 40 %. Forskning viser at omtrent 80 % av beboere i sykehjem har demens. Forventet befolkningsutvikling i Norge medfører at antall personer med demens nesten vil fordobles til om lag 135 000 innen 2040 (Helsedirektoratet 2013). Dette vil medføre store utfordringer for helsepersonell fremover. Livskvalitet hos pasienten med demens er i fokus, og man må vite hvordan man kan tilrettelegge for dette i sykehjem. Helsepersonell må ha kunnskaper om hvordan de kan møte mennesker med demens med respekt og helhetlig omsorg.

Regjeringen la i 2007 frem Demensplan 2015 «Den gode dagen», som tar sikte på å bedre tjenestetilbudet for mennesker med demens. I det reviderte handlingsprogrammet for 2012- 2015, skrev daværende helse- og omsorgsminister Anne- Grete Strøm- Erichsen (2012) følgende:

«Ingenting er viktigere enn å føle seg sett og verdsatt. En god demensomsorg handler om å se og lære enkeltmenneskers historie, slik at vi kan legge til rette for gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk på tross av sykdom og funksjonssvikt. Demens endrer mennesker- og møtene mennesker imellom. Men verken møtene eller menneskene får mindre verdi. De blir bare annerledes» (Strøm- Erichsen 2012).

Demens er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd. Det må videre kunne påvises eller antas at det foreligger en organisk sykdom i hjernen som årsak til tilstanden. Det finnes flere ulike typer demenstilstander; degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundær demens. Demens ved Alzheimers sykdom går under degenerativ hjernesykdom og er den vanligste formen for demens. Minst 60 % av alle med demens lider av denne typen. Alzheimer kan ha både tidlig debut og sen debut. Ved tidlig debut menes å få sykdommen før fylte 65 år (Engedal og Haugen 2009).

Mork Rokstad (2008) understreker at sykdommen utvikler seg individuelt. Hos noen forløper det seg raskt, mens hos andre kan sykdomsforløpet gå over 10- 20 år. Utviklingen beskrives i tre hovedfaser og graderes i mild, moderat og alvorlig grad av demens. Ved mild grad vil personen med demens merke endringer som får innvirkning på dagliglivet. Ved moderat grad vil stadig flere gjøremål bli vanskelige. Behovet for veiledning og konkret hjelp øker, dette på grunn av økende kognitiv svikt. Ved alvorlig grad er personen preget av betydelig handlingsvikt og trenger døgkontinuerlig tilsyn og omsorg (Mork Rokstad og Lislrud Smebye 2008a).

90 prosent av personer med demens har det helsepersonell opplever som en utfordrende atferd på et tidspunkt i løpet av sykdomsutviklingen (Janzen, Zecevic, Kloseck og Orange 2013).

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av det symptombildet som opptrer ved demenssykdom. Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD) er et syndrom hos personer med demens som inkluderer apati (passivitet), depressive symptomer, angst, hallusinasjoner, vrangforestillinger, manglende hemning, agitasjon (upassende verbal eller motorisk atferd), roping og vandring (Odland og Thorshaug 2009).

Det er av stor betydning hvordan helsepersonell møter utfordrende atferd. De bør prøve å forstå hva atferden kan være et uttrykk for. Forskning kan tyde på at aggresjon kan være relatert til en invasjon av den private sfære. Roping kan være et uttrykk for angst for å bli forlatt. Vandring kan forstås som et uttrykk for hjemlengsel. Plukke- atferd («picking behaviour») kan være et uttrykk for at personen med demens savner sine vanlige aktiviteter, streber etter å ha kontroll over sin situasjon, samt streber etter å ha kontakt med de andre. Dessverre blir dette sjelden belyst fra pasientens perspektiv i forskning (Graneheim og Jansson 2005). På grunn av pasientens alder opptrer demens ofte i kombinasjon med en eller flere somatiske sykdommer. Somatiske sykdommer og plager kan derfor være sterkt medvirkende årsak til utfordrende atferd. Atferden kan også skyldes angst og depresjon, som kan gi økt motorisk og verbal uro, klamrende, appellerende, truende eller utagerende atferd. Personen med demens kan også reagere med apati, tilbaketrekking og spisevegring (Mork Rokstad 2008).

Studier viser flere konsekvenser av ubehandlet agitasjon, blant annet dårligere livskvalitet, utslitte pårørende og utbrent personale. Manglende evne og overskudd til å takle og forstå atferdsproblemene kan lede til overmedisinering og tvang (Mæland, Joa og Testad 2013, Janzen et al 2013, Isaksson, Graneheim, Åstrøm og Karlsson 2011).

Musikkterapi har vist gode resultat for å minske agitasjon blant mennesker med demens. Det samme har bruk av dyr og sosial kontakt med pårørende og venner. Aktiviteter basert på å styrke selv-identiteten har også vist seg å være en god metode for å minske agitasjon (Cohen- Mansfield, Marx, Dakheel-Ali, Regier, Thein og Freedman 2010).

Engedal og Haugen (2009) viser til undersøkelser hvor man har spurt personer med demens om hvordan de opplever å ha fått en demenssykdom. De opplever ensomhet, de er klar over egen kognitiv svikt og de frykter for hva som kan skje i fremtiden. De fleste føler at de ikke lenger er til

nytte, at de ikke lenger fungerer sosialt og er andre til byrde. De føler bekymring, frykt, sorg, tap, depresjon og tap av selvrespekt (Engedal og Haugen, 2009).

Helsepersonell må se personen bak sykdommen, personligheten har fremdeles friske sider, og evnen til å vise og gjenkjenne følelser og til å henvende seg til andre mennesker er bevart. Å kjenne pasientenes bakgrunn og livshistorie er nødvendig for å kunne støtte opp om den enkelte pasients identitet og selvfølelse- og kunne forstå og tolke vedkommendes utsagn og atferd (Mork Rokstad og Lislrud Smebye 2008).

Forskning og litteratur omtaler Kitwood og hans fokus på personsentrert omsorg. Kitwood understreker at vi må komme bort fra en ensidig vektlegging av demenssykdom, og heller legge vekt på den enkeltes opplevelse og håndtering av sitt liv med sykdommen. Personsentrert omsorg innebærer å se hele mennesket, legge til rette for at pasienten skal kunne opprettholde sin selvstendighet så lenge som mulig, samt respektere pasientens identitet på et hvert tidspunkt i demensforløpet (referert i Graneheim, Hørnsten og Isaksson 2011, Edvardsson, Sandman, Nay og Karlsson 2008, Mork Rokstad og Lislrud Smebye 2008).

1.1 Hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å belyse viktigheten av å ha kunnskap om demenssykdom, slik at sykepleieren og annet helsepersonell kan møte denne pasientgruppen med god omsorg, respekt og verdighet. Perspektivet i resultatdelen er i et sykepleier perspektiv.

Om hver person med demens har fire nære familiemedlemmer, er demens en tilstand som angår mer enn 350 000 mennesker i Norge. Siden demenssykdom er så utbredt, må enhver helsearbeider som jobber i klinisk praksis regne med å forholde seg til en pasient med demens (Helsedirektoratet 2007).

Personer med en demenssykdom vil oppleve verden uoversiktlig og forvirrende på grunn av sin kognitive svikt. Som sykepleier må man være i stand til å møte og tilrettelegge for at de kan mestre sin hverdag på best mulig måte uten å føle et nederlag.

1.2 Den salutogene helsemodell

Aaron Antonovsky (1987) var en professor i sosiologi som grunnla teorien om salutogenese og den salutogene modell. Den tar utgangspunkt i en opplevelse av sammenheng (OAS) og generelle motstandsressurser. Han fant gjennom studier av overlevende fra konsentrasjonsleirer under krigen, at det var store individuelle forskjeller på stresstoleranse og at denne toleransen (motstandsressursene) har stor innvirkning på hvordan man taklet sykdom og sykdomsutvikling. I et

patogenetisk perspektiv vil en stressfaktor være sykdomsfremkallende. I en salutogen tenkning kan stress være en faktor til bedre helse. Han mente at så lenge man er i livet, har man en eller annen grad av helse, og hans teori søker etter faktorer som skaper høyere grad av helse (et positivt helsebegrep), istedenfor å klassifisere mennesker som sykt eller friskt ut fra om man har en sykdom eller ikke.

I et salutogent perspektiv fokuseres det på at en person er på et kontinuum. Dette er en akse som går fra dårlig til god helse, og teorien fokuserer på hvordan man kan bevege seg mot den delen som gir god helse. Dette i motsetning til patogenesen, som er en dikotomisk (todelt, Store norske leksikon) tilnærming hvor du er enten syk eller frisk.

Den enkeltes motstandsressurser vil gi ulik grunnholdning i møte med hendelser i livet, og han kaller denne grunnholdningen for opplevelsen av sammenheng (OAS). Alle motstandsressurser har til felles at de stressfaktorer vi bombarderes med settes i en meningsfylt sammenheng. Antonovsky mente at en persons OAS var stabilisert rundt 30 års alder. OAS må igjen sees i forhold til tre underordnede begreper som sammen former et menneskes opplevelse av sammenheng.

- Begripelighet/forståelse; opplevelsen av at tilværelsen har struktur, er forutsigbar og til å forstå. Forståelse defineres som evnen til å oppfatte stimuli man utsettes for som ordnet, konsistent, strukturert og klar.
- Håndterbarhet; den subjektive opplevelsen av å ha nødvendige ressurser til å møte ulike krav og stimuli en bombarderes med.
- Meningsfullhet er den emosjonelle og motivasjonsskapende komponenten. Det handler om at enkelte ting i livet er viktig for oss, som vi bryr oss om og motiverer oss. Antonovsky peker på fire områder i denne sammenheng:
 - a. indre følelser
 - b. personlige relasjoner
 - c. aktiviteter som er viktige for personen
 - d. eksistensielle tema.

Disse tre komponentene er ifølge Antonovsky uløselig forbundet og påvirker hverandre. Graden av mestring er avhengig av om personen klarer å forstå, håndtere og knytte mening til det som skjer. Han mente at man må forstå menneskets historie, ikke bare det som er årsaken til en bestemt sykdom. Opplevelsen av sammenheng kjennetegnes ved at personen forstår sin livssituasjon (forståelighet), har tro på at hun/han har nødvendige ressurser til å finne løsninger (håndterbarhet) og opplever hverdagen som meningsfull. Styrken på OAS har ifølge Antonovsky direkte konsekvenser som påvirker helseopplevelsen. Han utviklet derfor et standardisert spørreskjema «Sense of Coherence Questionnaire» for å måle en persons OAS (Antonovsky 1987).

2.0 METODE

Dalland (2013) refererer til Vilhelm Auberts definisjon på begrepet metode:

«En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder» (Auberts, referert i Dalland s. 110).

Denne oppgaven baserer seg på en allmenn litteraturstudie. Forsberg og Wengstrøm (2013) definerer en allmenn litteraturstudie som en litteraturoversikt, litteraturgjennomgang eller forskningsoversikt. Alle forskningsprosesser starter med en slik type studie (ibid).

2.1 Søkestrategi

I denne litteraturstudien har Ovid- søkemotor vært benyttet. Denne søkemotoren er tilgjengelig for studenter ved Høgskolen i Nord- Trøndelag. Databasene som har blitt brukt innenfor Ovid er Medline, Cinahl, SweMed og PsycInfo. Under artikkelsøk var det spesielt to forfatternavn som gikk igjen i forskningsartikler; Graneheim og Edvardsson. Disse ble det gjort et eget søk på. *Se vedlegg 2: søketabell.*

I tillegg ble det gjort et manuelt søk på følgende websider: Sykepleien.no og aldringoghelse.no, da dette er sider som er knyttet til sykepleiefaget, og som inneholder relevant forskning. Google ble også benyttet i manuelt søk. En av forskningsartiklene ble funnet via snøballmetoden. Den ble funnet i litteraturlisten i en fagartikkel. Denne fagartikkelen ble ikke inkludert i oppgaven. Denne er referert til i litteraturlista.

For å finne relevante artikler som kunne være med på å besvare oppgavens hensikt, ble flere ulike søkeord benyttet: *dementia, agitation, disturbing behavior, challenging behavior, nursing home, nursing staff, interaction, intervention, person- centred care, anxiety, treatment, quality of life, social disorder*. Disse ble brukt i ulike kombinasjoner både på norsk og engelsk ved artikkelsøket. *Se vedlegg 2: søketabell*

For å avgrense søkene, ble det søkt på artikler utgitt fra 2005 til 2013- 2014, samt fulltekst og abstrakt tilgjengelig. Artiklene skulle omhandle begge kjønn, samt aldersgruppe 65 år og eldre. En av artiklene som er benyttet er fra 2001. Denne artikkelen er svært relevant for å besvare oppgavens problemstilling, og den har blitt vurdert som gyldig, da den beskriver demenssykdommers utvikling, noe som ikke endrer seg over tid.

Annet fagstoff som har blitt benyttet i oppgaven er reviews og fagartikler som er relevante.

Oppgaven er basert både på kvalitative og kvantitative artikler. De fleste av artiklene er av kvalitativ metode, mens noen forskere har brukt begge metoder i en studie for å belyse fenomenet fra ulike synsvinkler. Forsberg og Wengstrøm (2013) beskriver kvalitativ metode som en metode som tar for seg menneskets subjektive opplevelse av verden, mens kvantitativ metode som en objektiv og nøytral metode (Forsberg og Wengstrøm 2013). Oppgavens problemstilling tar for seg hvordan helsepersonell kan møte utfordrende atferd, og det er da av interesse å finne ut hvilke holdninger personalet selv har i forhold til denne utfordringen, og hvordan de prøver å mestre slike situasjoner med mennesker med demens. Ut ifra dette blir forskningsartikler basert på kvalitativ metode mest egnet for å svare på problemstillingen. Likevel har de få kvantitative artiklene som er inkludert vært med å belyse temaet på en supplerende god måte.

2.2 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriteriene ved artikkelsøket var følgende: Artikler i kvalitativt og kvantitativt design, abstrakt, artikler fra 2005 til dags dato, eldre over 65 år, sykehjemspasienter, begge kjønn, kjennetegn ved dementes atferd og miljøtiltak, helsepersonell.

Eksklusjonskriteriene ved artikkelsøket var følgende: Pårørende, medisinsk behandling og hjemmeboende personer med demens. Oppgaven er ikke basert på en bestemt demenssykdom, men demens generelt.

2.3 Utvalg og granskning av artiklene som inkluderes i resultatet

Ved granskning av artiklene, ble ulike metoder brukt. Artiklene ble gransket ved å bruke et skjema som er tilgjengelig på HINTs hjemmeside. Hver artikkel ble lest i sin helhet, og funnene ble notert i skjemaet, som gjorde videre arbeid med artiklene oversiktlig og strukturert. Videre ble det vurdert om artiklene var vitenskapelige, forskernes kvalifikasjoner, samt om artiklene var etisk godkjente og om de var publisert i anerkjente tidsskrift. Artiklene er representert i *vedlegg 1: Inkluderte artikler*.

2.4 Analyse

Analyse av forskning innebærer å gjøre store mengder data forståelige, å minske volumet av informasjon og å identifisere mønster (Forsberg og Wengstrøm 2013). Dalland (2013) definerer analyse som et granskningsarbeid, hvor målet og utfordringen ligger i det å finne ut hva materialet omhandler og hva det har å fortelle (ibid).

Denne bachelor-oppgaven er en tekstanalyse inspirert av en «content analysis». Kvalitativ innholdsanalyse innebærer å analysere innholdet i narrative data for å identifisere fremtredende

temaer og mønstre blant temaene. Det innebærer også å bryte ned dataene inn i mindre enheter, koding og navngi enheter i henhold til innholdet de representerer, og gruppere kodet materialet basert på felles begreper (Polit og Beck 2012).

Her er et eksempel på hvordan innholdsanalysen ble utført.

Meningsenheter	Subkategori	Kategori
<p>3. Zeller A et al (2011)</p> <p>Deltakerne (helsepersonell) observerte at beboerne reagerte med en utfordrende atferd i aktiviteter som de ikke mestret, i situasjoner hvor beboeren trengte bistand (eksempel ved stell) og i situasjoner hvor det oppsto misforståelser.</p>	<p>Mestring</p> <p>Sykdommens utvikling</p> <p>Kommunikasjon</p>	<p>Årsaker til utfordrende atferd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beboeren selv • Personalet
<p>4. Edvardsson D et al (2008)</p> <p>Forekomsten av atferdsproblematikk var større når de ansatte hadde det travelt med arbeidsoppgaver enn når personalet hadde god tid og miljøet var rolig.</p>	<p>Personalets opptreden</p>	
<p>6. Isaksson U et al (2010)</p> <p>Studien viser 3 faktorer som hadde innvirkning på PVB (physically violent behavior); mannlig kjønn, bruk av antipsykotika og nedsatt orienteringsevne. Situasjoner hvor slik atferd kunne oppstå</p>	<p>Nedsatt orienteringsevne</p>	

<p>var spesielt i intime situasjoner som påkledning, hygiene og toalettbesøk.</p> <p>7. Graneheim U H et al (2001)</p> <p>Ruth prøver å beskytte sin intimsone ved stell ved å slå, sparke, klype og puffe unna personalet. For å bli bekreftet, kaster hun ting rundt eller river i personalets klær. For å opprettholde sin autonomi, avviser hun personalets bistand verbalt på en ufin måte.</p>	<p>Bakgrunn for atferd; beskytte intimsone, privatliv og autonomi.</p>	
---	--	--

2.5 Ethiske overveielser

Personer med en demenssykdom er en sårbar gruppe i forskningsetisk sammenheng. Hauvik (2012) har skrevet en fagartikkel som omhandler akkurat dette. Demente personer har i stor grad tidligere blitt neglisjert som forskningsdeltakere, på grunn av den kognitive svikten som følger med sykdommen. På grunn av stor økning av personer med demens, har søkelyset i forskningsmiljøene skiftet. Fokuset er nå hvordan vi best mulig kan utvikle kunnskap om hvordan det er å ha sykdommen. Noen forskere mener det er uetisk å ikke inkludere personer med demens i forskning. Forskning som omfatter personer med en demensdiagnose er veldig viktig, slik at også deres stemmer bli hørt. Samtidig vil det sette dem og deres pårørende i en sårbar situasjon, da sykdommen i stor grad påvirker deres liv, truer deres identitet, autonomi og uavhengighet. Selv om forskeren tar alle forskningsetiske forholdsregler med hensyn til «dekkende» informasjon, vil det være vanskelig for forskeren å vite om deltakerne fullt ut har forstått all informasjonen som er gitt. Forskere har derfor betenkeligheter når det gjelder informert samtykke (Hauvik 2012).

Flere av artiklene som er benyttet i denne oppgaven er godkjent av etisk komite. De artiklene som ikke er det, sier noe om hvordan forfatter(ne) har gått frem for å understreke at rammene rundt innholdet er godkjent av for eksempel pårørende og avdelingsleder. Funnene er anonymisert, både i

forhold til sted og personer, noe som gjør det vanskelig å identifisere deltakerne. Artiklene er funnet i godkjente databaser, og har vært igjennom en vurdering og godkjenning før de har blitt publisert.

3.0 RESULTAT

I denne delen av oppgaven blir funn og resultater fra artiklene framstilt, beskrevet og redegjort for.

3.1. Personen med demens sin opplevelse av verden.

Granheim og Jansson (2006) har i sine intervju med beboere med demens, fått understreket viktigheten av at personen med demens ønsker å bli inkludert, føle seg verdsatt og godtatt for den han er. Personen med demens kan føle seg overbeskyttet og behandlet som et barn når han bor på en avdeling som har låste dører. De kan føle at de har mistet friheten til å komme og gå når de selv ønsker det. Selv en enkel tur ut i hagen kan føles krenkende på autonomien, da personalet går sammen med dem (ibid).

For å prøve å forstå personen med demens sin utfordrende atferd, må man prøve å forestille seg hvordan det er å være i pasientens situasjon, og entre deres verden av angst, redsel og forvirring. Dette betyr at pasientens verden, opplevelser og følelser må tas på alvor. Atferden forstås som en del av sykdommen, og ikke som en del av personen bak. Personalet føler at de av og til må distansere seg følelsesmessig fra beboerens situasjon (Graneheim et al 2005).

Personen med demens opplever at han ikke lenger er i stand til å gjøre de samme aktivitetene som han gjorde før han ble syk. I situasjoner hvor personen med demens trenger bistand for å kunne utføre ADL-aktiviteter, føler han at han har mistet noe av selvbestemmelsen sin. Han innser at han er avhengig av andres hjelp for å få dekket sine behov. Dette føles overveldende og kan føre til det helsepersonell opplever som utfordrende atferd (Zeller, Dassen, Kok, Needham og Halfens 2011). Det er fortsatt mange muligheter for å oppleve livskvalitet under demenssykdomsforløpet, når omsorgen tar hensyn til den enkeltes erfaringer, vaner og behov med forbindelser til fortiden. Familierelasjoner utviklet over mange år, er særlig betydningsfullt under sykdomsutviklingen (Tretteteig og Thorsen 2011).

3.2 Årsaker til utfordrende atferd

Forskning viser at utfordrende atferd kan oppstå i situasjoner hvor personen med demens prøver å ivareta sitt privatliv, sin identitet, autonomi og sikkerhet (Graneheim, Norberg og Jansson 2001). Aggresjon blant demente kan være relatert til en følelse av invadering av den private sfæren, for eksempel ved et morgenstell. Roping blir tolket som et uttrykk for angst og redsel for å bli forlatt, mens vandring blir forstått som om at den demente har hjemlengsel. At personen med demens går

rundt og plukker og flytter på gjenstander, kan være et tegn på at de strever og kjemper for å ha en ordinær hverdag. Det kan være et ønske om å ha kontroll over situasjonen (Graneheim og Jansson 2006, Mæland et al 2013).

Utfordrende atferd er ofte mest utbredt under badesituasjon, måltider, skifte av personalet på ettermiddagen og i de tidlige timene på kvelden. Miljøet kan være en faktor: bråk, lyssetting og nivå av oppstyr på avdelingen har innvirkning. Andre faktorer er forvirring, andre beboere, kjedsomhet, over- og understimulering og behov som ikke er dekket. Dette kan være sult, smerte, tretthet og infeksjoner. Manglende evne til å uttrykke følelser og behov er også faktorer som kan bidra til at helsepersonell opplever atferden som utfordrende (Janzen et al 2013, Isaksson et al 2011). Zeller et al (2011) poengterer at utfordrende atferden er den siste muligheten til å kunne uttrykke seg og tiltrekke seg oppmerksomhet på.

Sykehjemsavdelinger med mye støy og for mange beboere å forholde seg til, kan føre til overstimulering hos beboerne. Utfordrende atferd og utagering økte for eksempel ved for mange beboere sammen på fellesstuen (Graneheim et al 2011).

3.3 Personalets holdninger og atferd

Personalet føler til tider at den utfordrende atferden hos beboerne er en stor byrde, noe som kan føre til utbrenthet blant personalet (Janzen et al 2013). Resultatet viser at personalets atferd påvirker beboerne med demens og deres utfordrende atferd. Selv om demenssykdommen forverrer seg over tid, så mister ikke den demente den såkalte «sosiale antennen» - de registrerer stress, hastverk og forandringer i stemmene til personalet. Personalet selv vurderer og tror at stress blant personalet kan føre til mangel av omtanke for beboerne, noe som igjen kan trigge beboernes utfordrende atferd. Personalet tror også at deres egen redsel og usikkerhet i forhold til de aggressive beboerne, kan føre til økt utfordrende atferd hos beboerne (Zeller et al 2011).

Graneheim og Jansson (2005) viser til et sitat som en av personalet i studien sa:

«If you picture them living in their own world...and they have lots of things to do...and then all of a sudden some characters they've never seen before turn up and want to take them to the toilet...something they've been doing themselves all their life....of course they get angry...you get a slap in the face because she's (the patient) got no time to come along with you now..she's about to fold this and do that and she has to pick up the kids and there's no time for us (the care providers)...that's something you just have to understand. If you go on and make them come with you, this will bring anxiety...it's like a kind of kidnapping» (Graneheim og Jansson s. 151).

Edvardsson et al (2008) har forsket på personalets atferd og måter å jobbe på. De fant at stress fører til at personalet har hatt mindre tid til å gjøre daglige aktiviteter sammen med beboerne, noe som igjen har påvirket beboerne atferdsmessig. Deres resultat av forskning på dette området viser også at

på slike avdelinger har de demente dårligere verbalt språk, samt dårligere evne til å klare å gå selvstendig uten hjelp. Edvardsson et al (2008) kaller dette for en avdeling med negativt klima. Graneheim et al (2011) viser i sin forskning til samspillet mellom helsepersonellet og beboeren, og hvordan helsepersonellens upassende atferd kan provosere frem agitasjon hos personen med demens. Deltakerne rapporterte at beboeren virket som å føle seg truet hvis flere enn én pleier hjalp til i stell, eller at noen av pleierne var hardhendte. Helsepersonellet sa også at deres egen personlighet og kjemi mellom dem og beboeren kunne være en kilde til provokasjon, og trigge utfordrende atferd. Helsepersonellet fortalte videre at hvis en av personalet hadde en dårlig dag, kunne dette smitte over på beboerne og skape irritasjon (Graneheim et al 2011).

Ubehandlet utfordrende atferd fører til flere konsekvenser. Livskvaliteten til personen med demens blir redusert. Manglende overskudd til å forstå og takle den utfordrende atferden kan føre til overmedisinering eller tvang (Mæland et al 2013).

3.4 Hvordan møte utfordrende atferd.

Beroligende medisiner som ofte brukes for å roe ned utfordrende atferd, har ubehagelige bivirkninger. Ikke-farmakologiske intervensjoner har vist gode resultater i å redusere utfordrende atferd, samtidig som man unngår ubehagelige bivirkninger (Cohen-Mansfield et al 2010). Personalets kommunikasjon med personen med demens har stor betydning, spesielt for å unngå bruk av tvang og for å møte den utfordrende atferden (Christenson, Buchanan og Houlihan 2010, Gjerberg et al 2013). Å kjenne den dementes livshistorie, gjør det lettere for personalet å kunne vite og forstå hans/hennes daglige rutiner og behov. Dette kan være matsituasjon, sovemønster, personlig hygiene, musikksmak med mer. Denne kunnskapen gjør det også lettere å samtale med beboeren (Gjerberg, Hem, Førde og Pedersen 2013, Zeller et al 2011). Om man regner med beboerens livshistorie i den aktuelle konteksten, kan utfordrende atferd være et forsøk på å uttrykke SIN historie og opprettholdelse av egen identitet (Graneheim et al 2005). Helsepersonell trenger mer kunnskap om samhandling med den demente for å senke stressnivå hos personell og beboere (Christenson et al 2011).

Janzen et al (2013) bruker i sin forskning begrepet NPI- «Non-Pharmacological Interventions». Dette består av aktiviteter som har blitt benyttet under studien i samarbeid med personalet. Disse aktivitetene besto blant annet av rolig musikk, reminisens terapi, dyreterapi, lesegruppe, sang og mange flere. Bruk av NPI førte til mindre uro og agitasjon, da disse aktivitetene tok hensyn til dagsform, de ga følelse av mening, forbedret mental stimulering samt økte evnen til å slappe av (Janzen et al 2013).

Forskning viser at et rolig miljø uten for mye stimuli er godt egnet for personer med demens. En liten gruppe beboere, hvor deres behov blir møtt og validert, samt tilrettelagte aktiviteter, er den beste miljøbehandling for den demente. Dette fører igjen til mindre utfordrende atferd (Putman og Wang 2007, Cohen-Mansfield et al 2010). Personer med demens som bor på sykehjem har mer verbal aggressiv atferd enn personer med demens som bor i bofelleskap eller i heimen. Jo mer agiterte personer med demens er, jo dårligere fungerer de i stell, påkledning og dusjsituasjoner. (Mæland et al 2013).

Årsaker til utfordrende atferd er komplekse og mange, derfor må intervensjoner rettet mot dette være individuelle og personsentrert (Graneheim et al, 2011). Å øke kunnskapsnivået hos de ansatte, vil bidra til at de møter personer med demens på en riktig måte, og slik vil tendensen av den utfordrende atferden reduseres (Deudon, Maubourget, Gervais, Leone, Brocker, Carcaillon, Riff, Lavallart og Robert 2009).

4.0 DISKUSJON.

Diskusjonen er todelt. Resultatdiskusjonen knytter resultatet sammen med teori og annen forskning. Dette diskuteres, vurderes og reflekteres opp imot oppgavens hensikt og relevans i praksisfeltet. Metodediskusjonen tar for seg litteraturstudiets fremgangsmåte, og belyser studiets styrker og svakheter.

4.1 Resultatdiskusjon

Resultatdiskusjonen tar utgangspunkt i studiens hovedresultater. De viktigste resultatene av de inkluderte artiklene diskuteres opp imot annen litteratur og forskning. Det benyttes fagartikler, fagbøker samt Aron Antonovsky's teori om salutogenese. Demensplan 2015 vil også belyses. Funnene i resultatdelen viser at man må ha en bred tilnæringsmåte til hvordan man møter mennesker med demens som har en utfordrende atferd. Like viktig som kunnskap om selve sykdommen, er det å kjenne til menneskets historie for å kunne møte en slik atferd til det beste for beboeren, pårørende og personalet.

4.2 Den dementes opplevelse av verden

Det ble under litteratursøket erfart at få artikler tar for seg personen med demens sin egen opplevelse av sykdom og livssituasjon. Dette fremheves også av Engedal og Haugen (2009), som har bred klinisk erfaring på dette feltet. De viser til at forskningen i stor grad har hatt fokus på de patofysiologiske årsakene fremfor det emosjonelle aspektet hos personer rammet av demenssykdom. Selv om Antonovsky (1987) utviklet sin teori om salutogenese som en motsats til patogenesisen, påpeker han at de to tilnæringsmåtene til synet på helse er komplementære. Han mener at menneskets historie er like viktig som årsaken til sykdommen. Hans ønske var at de to retningene i fremtiden skulle fordele de intellektuelle og materielle ressursene på en bedre måte (ibid). Det som imidlertid er kommet frem gjennom kvalitative studier, er at personer med demens erfarer bekymring for hva som vil skje med dem, og frykt fordi de ikke forstår hva som skjer i rundt dem. De opplever følelse av sorg og tap fordi de blant annet ikke kan forstå det de leser og hører, at de savner hjemmet sitt og familien. De opplever depresjon og tap av selvrespekt fordi de ikke lenger er i stand til å gjøre det de har kunnet før og ikke klarer å ta vare på seg selv lenger (Engedal og Haugen 2009). Antonovsky (1987) ser på helse som et kontinuum fra vi blir født til vi dør, og OAS er en avgjørende faktor for å finne en persons plassering på dette kontinuumet. Han sier:

«Vi er alle døende. Vi er alle, så lenge det finnes et snev av liv i oss, i en eller annen forstand friske. Salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet hver enkelt person til enhver tid befinner seg» (Antonovsky s.27).

Å ha evnen til å oppfatte og forstå de stimuli fra indre og ytre miljø vi utsettes for, er avgjørende for å ha en opplevelse av sammenheng i hverdagen. Antonovsky bruker begrepet «motstandsressurser» i sin teori, og han sier om generelle motstandsressurser:

« Fraværet av noen generelle motstandsressurser kan bli en stressfaktor... Mitt resonnement rundt generelle motstandsressurser er at de per definisjon skaper livsopplevelser preget av indre sammenheng, medbestemmelse og en balanse mellom underbelastning og overbelastning...» (Antonovsky s. 50).

Helsepersonellens oppgave i denne sammenheng blir å identifisere hvor på helsekontinuumet beboeren til enhver tid er, og kompensere for manglende motstandsressurser og bygge opp under gjenværende ressurser. Heggdal (2008) sier at i stedet for å spørre hvilke stressorer som fører til sykdom, hjelper en salutogen tenkning oss til å holde fokus på hva som bidrar til bevegelse i helsefremmende retning (ibid). Å måle OAS gjennom standardiserte skjema, kan imidlertid bli problematisk på grunn av den kognitive svikten personen med demens har.

Graneheim og Jansson (2006) har i sine dybdeintervju erfart at det å intervjuere demente kan by på metodiske og etiske utfordringer på grunn av den kognitive svikten. De viser blant annet til et intervju med «Annie» som blir mistenksom til lydopptakeren, da hun tidligere har vært en kjent lokal politiker. De mener forskere må være åpne for alternative metoder i intervjusituasjoner (ibid). Tretteteig og Thorsen (2011) dybdeintervjuet pårørende av demente bosatt i omsorgsbolig. De fant at nære familierelasjoner er særlig betydningsfulle for selvbekreftelse, identitetsstøtte, livskvalitet og en opplevelse av sammenheng.

Engedal og Haugen (2009) understreker viktigheten av å fange opp den individuelle reaksjonen når en demensdiagnose blir satt. Dette for å kunne vurdere hvilke tiltak som skal settes inn i demensomsorgen for den enkelte.

Demensplan 2015 «Den gode dagen» tar sikte på å bedre tjenestetilbudet for mennesker med demens. Et av tiltakene i planen er økt fokus og ressurser til forskning på demens. Det er opprettet 5 forsknings og utviklingsentre (FOU), som har et særlig ansvar for veiledning, kompetanseoverføring og forskningsformidling overfor blant annet sykehjem og hjemmetjenester.

4.3 Årsaker til utfordrende atferd hos personer med demens

Resultatene poengterer at årsaken til utfordrende atferd kan være mange og komplekse. Det er derfor viktig å ha en bred tilnæringsmåte i kartleggingen for å kunne finne handlingsalternativer. Selbæk (2005) skriver i sin artikkel at atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD)

antakelig er de mest belastende symptomene ved demenssykdom. Det fremheves at utredningen av årsaksforhold er et krevende puslespill der både biologiske, psykologiske og miljømessige faktorer må inkluderes. Det blir også lagt vekt på at rapportering mellom pleiepersonalet og lege er viktig for å finne årsaken(e) til utfordrende atferd (ibid). Dette stemmer overens med Antonovsky (1987), som fremhever at menneskets omgivelser er stressfremkallende. Han sikter både til menneskelige og miljømessige faktorer som; genetiske, mikrobiologiske, personlige, økonomiske, sosiale, kulturelle og andre faktorer som omgir oss (referert i Heggdal 2008).

4.3.1 Somatiske årsaker

Flesteparten av mennesker med demens er over 80 år, og har derfor ofte andre sykdommer i tillegg som kan skape plager, smerter og nedsette livskvaliteten. Det er derfor viktig med somatiske undersøkelser i kartleggingen av årsakene til utfordrende atferd (Engedal og Haugen 2009). Selbæk (2005) skriver i sin artikkel;

«...Potensielt banale sykdommer, som lette infeksjoner, obstipasjon eller urinretensjon kan både utløse og vedlikeholde syndromet. Smertetilstander, for eksempel på grunn av dårlig tannstatus, skal utredes og hvis mulig behandles. Svekket hørsel eller syn har sammenheng med flere typer AFSD, og bør korrigeres....» (Selbæk 2005).

I følge Juliebø (2009) kan enhver somatisk tilstand utløse delirium, og pasienter med en demenssykdom har økt risiko. Det vises til en svensk studie blant eldre i sykehjem, der 44 % av beboerne ble diagnostisert med delirium på undersøkelsestidspunktet. Ofte er det de som står pasienten nærmest (helsepersonalet og pårørende) som best kan vurdere om den kognitive funksjonen er endret. Delirium er en tilstand som kan forebygges og behandles (ibid). Hvis pasienten er dehydrert eller ikke har adekvat ernæring, kan dette føre til økt fare for delirium (Engedal og Haugen 2009).

Graneheim et al (2011) har intervjuet 41 sykepleiere angående årsaker til utfordrende atferd hos personer med demens. Sykepleierne rapporterte blant annet at mange av beboerne på sykehjem led av somatiske symptomer, som for eksempel smerter, pusteproblemer og utmattelse. De mente også at beboere med smerteproblematikk oftere var fysisk utagerende, da de var redde for å bli behandlet hardhendt av pleiepersonalet. Beboere var også frustrert på grunn av at de var avhengig av personalet til å opprettholde naturlige funksjoner i forhold til ernæring, eliminasjon, mobilitet samt behov for bistand på grunn av nedsatt syn og hørsel (Graneheim et al 2011). Roping kan for eksempel være uttrykk for fysisk eller psykisk smerte som ikke kan kommuniseres på annen måte (Engedal og Haugen 2009).

Det kan være en utfordring å vurdere smerter hos personer med demens når det verbale språket er redusert. For å kunne kartlegge dette, så er det særlig ansiktsuttrykkene som går igjen i kartleggingsverktøy. Dette krever at sykepleieren er årvåken og nært samarbeidende med behandlende lege. Ansiktsuttrykk kan være pannerynking, rask blinking, trist eller skremt uttrykk (Mork Rokstad og Lislerud Smebye 2008b).

4.3.2 Miljømessige forhold

Graneheim et al (2011) viser at tendensen til utfordrende atferd øker ved for mye støy og for mange beboere å forholde seg til. Dette fører til overstimulering hos den demente. Mæland et al (2013) har gjennom sin forskning funnet det gunstig å ha små avdelinger med en liten gruppe beboere, som bedre egnet for mennesker med demens. De viser til at tilrettelagte aktiviteter, samt at beboernes behov blir møtt og validert er den beste miljøbehandling for personer med demens (ibid). Dette har også Putman et al (2007) kommet frem til i sitt gruppeprosjekt, hvor de opprettet små grupper med aktiviteter på de dementes premisser, førte til mindre uro og agitasjon. Antonovsky (1987) mener det å ha ressurser til å håndtere hverdagen, er viktig for opplevelsen av sammenheng i livet. Individuelt tilrettelagte aktiviteter som den demente mestrer i små oversiktlige avdelinger, kan understøtte personen med demens sin opplevelse av kontroll over sin situasjon. For at aktiviteter skal oppleves som meningsfulle, fant Tretteteig og Thorsen (2011) i sin undersøkelse at de måtte knyttes til personens tidligere kjønnsrelaterte roller, interesser og rutiner. De fant videre at vanlige hverdagslige og hjemlige aktiviteter, som måltider, forsterket hjemmefølelsen og var viktig for opplevelsen av sammenheng med tidligere liv. Dette innebar også at deres private leilighet/rom var innredet med personlige møbler og ting som bidro til at de følte seg hjemme (ibid).

Et begrep som ofte blir brukt innen demensomsorg i dag er sansehage. Stavseng (2006) har skrevet en artikkel om dette temaet, hvor hun har besøkt et sykehjem i Oslo som har laget seg en slik hage. Begrepet blir definert som:

«... en terapeutisk hage med et organisert uterom hvor brukerne opplever en følelse av velvære som påvirker humøret...» (Stavseng s. 15).

Helsepersonellet på dette sykehjemmet har blant annet brukt sansehagen bevisst i forhold til uro. De har sett at å komme seg ut i hagen har like bra effekt som en tablett. «Da kutter vi heller ut tablettene», sier «Anne» ved sykehjemmet. Sansehagen har også hatt en positiv effekt på ansatte, og påvirker også forholdet mellom primærkontakt og beboer positivt ved at beboeren er roligere og snakker mer (ibid). Dette er aktiviteter som skaper gode indre følelser, som igjen er viktig for opplevelsen av meningsfullhet i hverdagen (Antonovsky 1987).

Mork Rokstad (2008) sier følgende om det å skape trygghet for personen med demens:

«Å skape trygghet i miljøet for personer med demens er en balansegang mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjon ved å ta en viss styring og kontroll over pasientens aktivitet, og idealet om å ikke legge større restriksjoner på pasienten enn nødvendig. Behovet for trygghet må veies opp mot pasientens autonomi» (Mork Rokstad og Lislerud Smebye s. 153d).

Om man ser på at trygghetsbehovet hos beboere med utfordrende atferd og en forvirringstilstand hindres i å gå ut, kan en sansehage løse dette problemet. En sansehage har trygge rammer og ivaretar personens autonomi og ønske.

Hvis man ser på helse som et kontinuum, åpner man for en tankegang om at helseplager ikke bare skal elimineres, men øker fokuset på å kunne leve med plagene. Selv om demenssykdommen fører med seg mange plager, har man også perioder som er gode. Fokuset må da bli på hvordan man skal forlenge de gode periodene, og hvordan en kan øke opplevelsen av velvære i dårlige perioder (Heggdal 2008).

I demensplan 2015 har regjeringen som mål at det skal bygges ut flere mindre boenheter for langtidsbehandling av demente. I planen anføres det:

«... Små bofellesskap og avdelinger med tilgang til gode uteareal er bedre enn tradisjonelle sykehjem i flere etasjer med lange korridorer og store avdelinger...» (Demensplan s. 9).

Engedal og Haugen (2009) sier at etter hvert som demenssykdommen utvikler seg, blir personen med demens mer og mer avhengig av det miljøet de befinner seg i, og tilrettelegging av det fysiske miljøet er viktig for bedre samhandling mellom beboere og personalet. Det viktigste prinsippet er at det fysiske miljøet er trygt, stabilt og forutsigbart i forhold til hukommelsesproblemer og desorientering som sykdommen fører med seg (Engedal og Haugen 2009). Dette er miljøfaktorer som vil underbygge en opplevelse av sammenheng (Antonovsky 1987). Konkrete tiltak vil bli nærmere beskrevet i kapittel 4.3.4.

4.3.3 Kunnskap og holdninger hos pleiepersonalet

Resultatet viser at et høyere kunnskapsnivå blant ansatte førte til mindre utfordrende atferd blant beboerne (Deudon et al 2009). Demensplan 2015 har som mål å heve kunnskap- og kompetansenivået hos helsepersonell som jobber med mennesker med demens. Det er satt inn ressurser gjennom Kompetanseløftet hvor det gis tilskudd til videre- og etterutdanning i geriatri og demens, både på høgskole- og fagskolenivå.

Resultatet viser videre at høyt stressnivå blant ansatte, lav bemanning og mangelfull kunnskap førte til økt tendens til utfordrende atferd blant beboerne ((Edvardsson et al 2007, Putman et al 2007, Christenson et al 2011). Graneheim et al (2005) fikk gjennom sitt forskningsprosjekt tilbakemelding fra pleiepersonalet om en tendens til å trekke seg følelsesmessig unna når de ikke taklet den utfordrende atferden. Arbeidssituasjonen kan da komme i konflikt med egne verdier og yrkesetiske retningslinjer som blant annet sier;

«Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg»
(Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere 2011).

Eide og Eide (2010) påpeker at personer med demens har behov for at andre verner om deres autonomi og integritet. Dette på grunn av at personen med demens ofte ikke er i stand til å ta stilling til hva som er fornuftig og rimelig i ulike situasjoner. Man må da ta det unike ved den enkelte person, samt den enkeltes spesielle situasjon med i betraktningen, for å kunne møte dem på dette.

Det at man som helsepersonell viser at man *ser* den andre er bekreftende for personen med demens. Dette vil styrke selvfølelsen deres og hjelper dem til å være i kontakt med seg selv (ibid). Det at helsepersonell skåner personer med demens mot å ta avgjørelser de ikke er i stand til å begripe, vil forebygge nederlagsfølelse og gjøre hverdagen mer håndterbar (Antonovsky 1987).

Edvardsson et al (2008) viser at høyt arbeidspress blant helsepersonellet førte til emosjonell distansering overfor beboerne. Høyt arbeidspress vil påvirke kommunikasjonen med beboeren negativt. Viktige observasjoner vil da i en travel hverdag bli oversett. Dette kunne føre til en følelse av usikkerhet blant beboerne, som igjen førte til en økende tendens av utfordrende atferd (Edvardsson et al 2008). Christenson et al (2011) understreker betydningen av at helsepersonell trenger mer kunnskap om samhandling med demente for at stressnivået både blant helsepersonell og beboere kunne reduseres.

Helsedirektoratets rapport IS-1486 (2007) viser til at det ofte i demensomsorgen oppstår etiske dilemmaer. Disse kan være knyttet til autonomi, rettighetsbegrensninger, tvang, medisiner, daglig stell og en rekke andre forhold. De anbefaler alle kommuner å sørge for at ansatte i omsorgstjenesten gjennomgår opplæring i grunnleggende etiske prinsipper. Det understrekes også at det er viktig å gi de ansatte rom for etisk refleksjon i det daglige arbeidet (Helsedirektoratet 2007). Dette understøttes også av Mork Rokstad (2008), som påpeker viktigheten av at personalet bør kunne sette av tid til refleksjon, hvor den enkelte reflekterer over egen væremåte både under og i etterkant av en handling. Dette kan både være uformelle samtaler med kollegaer og mer strukturerte veiledningstilbud (Mork Rokstad og Lislud Smeby 2008c).

4.4 Intervensjoner og tiltak i møte med utfordrende atferd.

I en undersøkelse gjennomført av Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse i 2000 og 2001, kommer det frem at pasienter med alvorlig demens i stor grad blir utsatt for tvang. Samme undersøkelse viser at 45 % av pasientene på skjermede enheter blir utsatt for bruk av tvang minst en gang i uka. Dette i form av fysiske begrensninger, aktiviteter i dagliglivet eller medisinsk undersøkelse og behandling. Tvangsbruken var ikke hjemlet i lov, og i de fleste tilfeller ikke dokumentert. Muligheten for å bruke tvang overfor demente er snever, og det åpnes ikke for tvangsbruk for å løse ressurs- eller personellbehov i helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet IS-1486 2007). Bruk av tvang vil utløse stress og undergraver en persons opplevelse av å ha ressurser til å håndtere situasjoner. Dette vil ha en ødeleggende effekt på opplevelsen av mening, og bringe personen mot den negative enden av Antonovskys helsekontinuum (Antonovsky 1987).

Gjerberg et al (2013) har forsket på hvilke strategier eller alternative intervensjoner sykepleiere bruker for å unngå tvang når beboere med demens motsetter seg hjelp eller behandling. De mest vanlige strategiene gikk ut på avledning og overtalende strategier, bevisst bruk av språk for å begrense den dementes valgmuligheter, fleksibilitet og en-til-en-omsorg. Sykepleierne uttrykte at alternative tilgjengelige strategier var påvirket av personalressurser, organiseringen av tjenesten og personalets kompetanse (ibid).

Resultatet viser at kommunikasjon er viktig for å lykkes med intervensjoner. Gjennom en god kommunikasjon, kan et tillitsforhold mellom pleier og beboer skapes.

Engedal og Haugen (2009) identifiserer tiltak i situasjoner hvor en person er aggressiv og truende overfor beboere eller personale:

- Å minske stimuli fra omgivelsene
- Å nærme deg pasientene på en trygg og rolig måte
- Å være spesielt oppmerksom på å ikke stille krav til pasienten på dette tidspunktet
- Å forsøke å avlede pasienten hvis situasjonen ikke er for ekstrem
- Å forsikre seg om at en gir like signaler verbalt og nonverbalt
- Å bruke flere enn ett sansestimulus for og nå frem til pasienten (syn, hørsel, berøring osv.) (ibid).

For personer med en demenssykdom vil muligheten til å forstå og håndtere daglige utfordringer være redusert. En har da ikke tilstrekkelig motstandsressurser for å takle påkjenninger. Pårørende og helsepersonell kan kompensere for redusert håndterbarhet personen med demens har. Antonovsky

(1987) hevder at å ha ressurser til rådighet for å håndtere hverdagen, også kan kontrolleres av en legitim annen som personen stoler på (ibid). Helhetlig omsorg går ut på en meningsfull samhandling mellom mennesker. Dette innebærer blant annet at både atferd og verbale og ikke-verbale signaler er former for kommunikasjon som må tolkes og forsøkes forstått.

Personsentrert tilnærming er viktig for å kunne støtte opp under den enkeltes identitet, og for å legge til rette for at vedkommendes friske sider kan bevares. Helsepersonellet rundt beboeren må ta sikte på å erstatte og kompensere for det som svikter (Mork Rokstad og Lislud Smebye 2008d). Tretteteig og Thorsen (2011) fant i sin undersøkelse at personer med alvorlig grad av demenssykdom, er avhengig av omgivelsenes kunnskaper og vilje til å oppfatte, tolke og forstå verbale og kroppslige uttrykk, være av stor betydning for opplevelsen av trygghet. Alle har sitt unike utgangspunkt, sine livserfaringer, personlige forutsetninger og grad av støtte i nettverket. Disse faktorene påvirker den enkeltes evne til å mestre de utfordringene demensutviklingen innebærer (Mork Rokstad 2005). Antonovsky (1987) påpeker at en viktig motstandsressurs er å oppleve å ha god sosial støtte, nære solide og tillitsfulle relasjoner med andre.

Som beskrevet under resultatdelen, viser bruk av NPI god virkning blant mennesker med demens og utfordrende atferd. Et av tiltakene i studien som viste god effekt, var fokus på reminisens terapi (Janzen et al 2013). Douglas (2004) diskuterer i sin fagartikkel de tre metodene realitetsorientering, validering og reminisens. Realitetsorientering har som mål å hjelpe den demente som har dårlig hukommelse og er desorientert til å huske hvem de er, hvor de er og miljøet rundt dem. Begripelighet eller forståelse handler ifølge Antonovsky om i hvilken grad man opplever stimuli fra indre og ytre miljø som kognitivt forståelig og velordnet.

Tretteteig og Thorsen (2011) viser til «Liv» som transformerer et sentralt tema i sitt liv som hushjelp, inn i den nye tilværelsen i omsorgsboligen, hvor hun hjelper til med matlaging og syr navnelapper på klærne til medbeboere. Dette i et forsøk på å forstå, mestre og finne mening i livet i omsorgsboligen. Validering går ut på å finne mening og følelser bak personen med demens sin forvirrede tale og atferd, og møte dem på dette. Reminisens er å hjelpe den demente til å gjenoppleve hyggelige opplevelser i fortiden, for eksempel en familieferie (Douglas 2004). Minnet er med på å styrke og holde fast i egen følelse av verdi og verdighet, og styrking av egen identitet (Eide og Eide 2010). At hverdagen oppleves meningsfull er den viktigste faktoren for en opplevelse av sammenheng i livet.

Diagnoser er en ufullstendig beskrivelse av virkeligheten, da det gir en stykkevis kunnskap. I et salutogent perspektiv er livshistorien og menneskets mestringssevne i fokus (Antonovsky 1987). Like viktig som kunnskap om demenssykdommen, er helsepersonells møte med beboere og en helhetlig

tilnærming. Eide og Eide (2010) understreker viktigheten av å vise beboeren interesse for hva som har vært viktig i hans/hennes liv. Dette kan gjøres ved å lære seg navn på personer og steder, gjøre seg kjent med beboerens interesseområder og viktige hendelser i hans/hennes liv. Dette understøttes også av Tretteteig og Thorsen (2011) og Antonovsky (1987), som sier at helsepersonellens kunnskaper om beboerens livshistorie er av stor betydning for å kunne kommunisere og samhandle med dem (ibid). For å få kjennskap til beboerens livshistorie, vaner og uttrykksmåter, er pårørende en viktig ressurs. Opplysningene må dokumenteres slik at alle i personalgruppen har tilgang til denne informasjonen (Mork Rokstad 2005).

I følge Janzen et al (2013) forskningsstudie, uttrykker personalet at lite ressurser, utfordringer i det fysiske miljø, den kortvarige virkningen de føler beboerne har ved bruk av NPI, samt uvisshet rundt virkningen, fører til en barriere mot å implementere NPI i daglig praksis (ibid). Resultatet viser likevel at mange aktuelle tiltak (NPI) er lite ressurskrevende og har relativt rask effekt (Cohen-Mansfield et al 2010, Janzen et al 2013, Putman 2007, Tretteteig og Thorsen 2011, Deudon et al 2009).

Douglas (2004) viser til studier der fysiske aktiviteter har en rekke fordeler for personer med demens. Å innføre slike aktiviteter på avdelingen, gjerne daglig, vil kunne bidra til å redusere falltendens og forbedre mental helse, søvnkvalitet, humør og selvtillit. Et eksempel på en slik aktivitet kan være sittedans (ibid). Sittedans går ut på at beboerne sitter på stoler som er plassert i en sirkel. Mellom seg har de en tykk, rød snor som kalles «Danselars». Slik vil bevegelsene forplante seg fra lederen og mellom beboerne. Armer, ben og føtter brukes gjennom de fastlagte bevegelsesmønstrene til bestemte sanger. Musikk aktiverer områder i hjernen som fortsatt er tilgjengelige hos personer med demens, dermed blir ressurser tatt i bruk. Sittedans kan dempe uro og rastløshet, og kan bidra til å få deltakere bort fra angst og smerte. Dansen gir også impulser til bedre kroppsbevissthet (Demensinfo 2013). Begripeligheten og håndterbarheten kan styrkes gjennom å fokusere på det personer med demens mestrer. Det må imidlertid være en balanse mellom over- og underbelastning, samt at beboeren må være motivert og se at det er en mening med aktiviteten (Antonovsky 1987).

Tuntland (2012) definerer ADL som en samlebetegnelse på en rekke ulike hverdagslige, praktiske aktiviteter; egenomsorg, mobilitet, husholdning, bruk av transportmidler, ivaretagelse av egen økonomi med mer. Resultatet viser høy forekomst av utfordrende atferd i stellesituasjoner (Mæland et al 2013, Graneheim og Jansson 2005, Zeller et al 2011). Graneheim et al (2011) fant i sin spørreundersøkelse blant helsepersonell, at stellesituasjoner som involverte flere enn en hjelper, økte den utfordrende atferden. De oppfattet det som at beboeren følte seg truet i situasjonen

(Graneheim et al 2011). Å føle seg delaktig i sitt eget liv er ifølge Antonovsky (1987) en viktig faktor for å oppleve meningsfullhet.

Kommunikasjon er kanskje det viktigste verktøyet vi har i møte med personer med demens. Christenson et al (2011) fremhever betydningen av å kommunisere på en måte som er forståelig for personen med demens. I ADL-aktiviteter er det spesielt tre utfordringer som kan skape en problematisk kombinasjon:

- a) Kognitiv svikt hos den demente som påvirker deres mulighet for å uttrykke sine behov, samt å forstå hva som skjer
- b) helsepersonell med lite erfaring med personer med demens samt lite kunnskap om sykdommen
- c) å kunne utføre oppgaver eller ADL som foregår hyppig og ofte innebærer å krysse beboerens intimsone.

Kombinasjonen av disse tre kan skape frustrasjon både hos beboer og helsepersonalet (Christenson et al 2011). Mæland et al (2013) viser viktigheten av å lykkes i ADL-aktiviteter, spesielt i stellesituasjoner. Funn i deres forskning viser sammenheng mellom grad av agitasjon og dårligere funksjon i stell, påkledning og bading (Mæland et al 2013). Det overstående viser at for å kunne understøtte mestring hos personen med demens, må helsepersonellet finne gode strategier på å møte den utfordrende atferden i slike situasjoner. Ved å kunne møte atferden på en slik måte at personen med demens føler seg trygg i situasjonen, opplever mestring og forutsigbarhet, kan dempe stressnivå.

Ved å tilrettelegge ADL-oppgaver slik at de mestres, kan stressfaktorer gå fra å være motstandsunderskudd til overskudd. I følge Antonovsky (1987) vil dette føre til en positiv glidning på helsekontinuumet. Deudon et al (2009) viser i sin forskning til teknikker som kan redusere utfordrende atferd i stellesituasjoner, for eksempel ved bading. Dette er tiltak som bygger opp under beboerens autonomi, forutsigbarhet og verdighet. Disse er som følger:

- La beboeren på forhånd vite at det snart er badetid.
- Velg den mest komfortable måten for beboeren å bade seg på (dusj, badekar).
- Få beboerens samtykke til å bade seg.
- Fokuser på beboerens autonomi.
- Prøv å ikke opptre påtrengende.
- Respekter beboerens personvern (la døren være lukket etc.).

- Prøv å utsette aktiviteten så lenge som mulig hvis beboeren ikke ønsker å samarbeide.
- Vær forsiktig i væremåte og stemme.
- Når dere er i gang, fortell beboeren hva det neste som vil skje er (eksempel: her er vaskekluten, nå vasker jeg deg på ryggen).
- Forhandle deg frem til å hjelpe.
- Snakk med beboeren under stellesituasjonen (ibid).

Engedal og Haugen (2009) vektlegger planleggingen forut for en handling med beboeren (for eksempel en stellesituasjon). Målet for planleggingen må være at beboeren forstår hva som skal skje.

Mork Rokstad (2005) beskriver noen tiltak for å møte kommunikasjonsvansker med demente:

- Rolige omgivelser uten støy rundt pasienten.
- Søk blikkontakt, stå på samme nivå og bruk fysisk berøring, forutsatt at pasienten reagerer positivt på dette.
- Snakk rolig, si en ting om gangen og gi tid til respons.
- Korte enkle setninger.
- Det må være samsvar mellom verbal og nonverbal kommunikasjon.

Personer med demens blir lett distraherede, og det er derfor viktig å fjerne alle distraherende stimuli fra stedet der aktiviteten skal foregå, enten det er lydinntrykk eller synsinntrykk som forstyrrer (Tuntland 2012). Antonovsky (1987) understreker viktigheten av å kunne forstå de stimuli man utsettes for, enten fra det indre eller det ytre miljø. Dette er den kognitive komponenten i opplevelsen av sammenheng (ibid). Personer med redusert hukommelse bruker visuelle hjelpestimuli for å huske. Derfor bør gjenstander en trenger ligge fremme, skuffer kan merkes for å hjelpe personen å finne frem og kontrastfarger kan benyttes for å fremheve viktige elementer fra bakgrunnen. Eksempel på dette kan være farget toalett ring, dør, lysbrytere eller veggklokke. Dette vil fremheve elementer som skal huskes, og å dempe andre stimuli (Tuntland 2012).

Graneheim et al (2005) har forsket på hvordan helsepersonell i sin jobb med personer med demens, må ivareta både den enkelte med utfordrende atferd og hensynet til de andre beboerne på en avdeling. De hadde i sin studie intervjuet tre beboere på et sykehjem. Disse beboerne hadde en demenssykdom og en tendens til utfordrende atferd. De opplevde å leve i et kaos, hvor andre beboere ødela freden og roen på avdelingen ved å rope og gjøre uforutsigbare handlinger. En beboer kunne få store raseriutbrudd, og ble metaforisk beskrevet som et «steam locomotive». Likevel hadde spesielt «Annie» i denne studien omtanke for beboerne som ropte. Hun tenkte at ropingen var et behov for kontakt, oppmerksomhet, kanskje på grunn av ensomhet (ibid).

Skjerming kan brukes for å hindre at stor uro og at utrygghet brer seg på avdelingen. Hensynet til fellesskapet kan veie tungt, og skjerming er et alternativ. Skjerming er ikke straff, det er et tiltak som er ment å gi beboeren trygghet, støtte og struktur blant annet ved å begrense stimuli (Odland og Thorshaug 2009). Gjennom skjerming kan man dempe overstimulering og dermed unngå opplevelsen av en kaotisk tilværelse. Dette vil igjen understøtte OAS både for den enkelte beboer og fellesskapet for øvrig (Antonovsky 1987).

4.5 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven diskuteres veien mot målet med oppgaven. Etter at en undersøkelse er gjennomført, skal man evaluere om metoden fungerte, og om den var et tjenlig redskap til å besvare problemstillingen (Dalland 2013).

I utgangspunktet var planen å skrive om en bestemt type demenssykdom (Alzheimers) og angst. Etter å ha startet søk etter forskningsartikler, ble det oppdaget at det var få studier som gikk på bestemte demenstyper. Angst kan være en viktig del av all utfordrende atferd på tvers av ulike demenstyper. På grunn av dette ble problemstillingen endret, til å omfatte utfordrende atferd og demens generelt.

Flere sykepleieteorier har vært vurdert og funnet relevante for oppgaven. Valget falt likevel på Antonovsky's teori om salutogenese. Denne teorien utfyller helsevesenets tradisjonelle fokus på årsaken til sykdom, da et salutogent perspektiv setter menneskets livshistorie i sentrum. Noe av kritikken som er rettet mot Antonovsky's teori, er at det er begrenset muligheter for terapeutisk endring av OAS i voksen alder.

Størsteparten av de inkluderte artiklene er kvalitative artikler. Dette på grunn av størst relevans for oppgaven, da man ønsket å undersøke personalets holdninger og erfaringer med utfordrende atferd. *«De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle»* (Dalland s. 112). Oppgaven består av primærkilder, som er de originale artiklene, og sekundærkilder, som består av faglitteratur, fagartikler og demensplan.

For å vurdere artiklene, ble det benyttet et skjema som var lagt ut på skolens side. Dette skjemaet heter *«Artikkelgranskning/vurdering»*, og er laget av Sjöblom og Rygg (2012) Ved å benytte dette skjemaet, fikk man god oversikt over artiklene ved videre arbeid med dem.

Fire av de inkluderte artiklene er skrevet og gjort av samme forsker. Denne forskeren har gjort mye forskning på området demens, og dette kan ses på som en styrke for oppgaven. Ved valg av faglitteratur, ble anerkjente fagpersoner innen demens benyttet.

Ved å utarbeide kategorier under tekstanalysen, ble utformingen av drøftingsdelen oversiktlig og ryddig. Prosessen med å utarbeide kategorier starter tidlig i skriveprosessen. Dette har ført til endringer av kategoriene underveis. Likevel dekker kategoriene det som er ønsket ut ifra oppgavens problemstilling.

Det ble gjort søk i flere baser, hvor det ble lagt vekt på å finne nyere forskning. Det ble søkt etter artikler skrevet etter 2005 og frem til i dag, men det ble også valgt en forskningsartikkel og en fagartikkel utgitt noe tidligere. Disse ble valgt på grunn av relevansen og ble vurdert gyldig da demensutviklingen ikke har forandret seg i den forstand.

De fleste artikler er skrevet på engelsk, noe som ble noe utfordrende. Dette førte til et større tidsbruk enn antatt ved analyse av forskningsartiklene, samt i søk etter relevante artikler. Det ble benyttet Google translate og ordnett for å finne gode oversettelser. Dette kan være en svakhet, da slike oversettelsesprogrammer kan gi nyanseforskjeller.

Forskerne benytter seg av ulike kartleggingsverktøy og måleinstrument. Dette er en styrke for forskningen, da disse er anerkjente og mye brukt i kartlegging av demenssykdommer.

5.0 KONKLUSJON

Funnene i denne oppgaven viser at vi vet lite om hvordan personen med demens selv opplever verden, da forskningen frem til nå har hatt fokus på de patofysiologiske årsakene, og mindre på de følelsesmessige konsekvensene av sykdommen. Årsakene til utfordrende atferd kan være komplekse, og vi som hjelpere må ha en bred tilnæringsmåte for å forsøke å kartlegge de bakenforliggende årsakene til atferden. Resultatet viser at konkrete tiltak med god effekt på utfordrende atferd, ikke trenger å være tid- og ressurskrevende.

I en verden som personen med demens opplever som uoversiktlig og forvirrende, må sykepleieren ta utgangspunkt i en situasjonsbestemt praksis, samtidig som miljøet rundt må planlegges og tilrettelegges ut fra kunnskapen om hvordan demenslidelser utvikler seg. Helsepersonellet må bygge opp under mestringsmulighetene og senke kravene i miljøet, slik at gode opplevelser og meningsfulle øyeblikk skapes og ivaretas. Resultatet viser imidlertid at helsepersonell trenger mer kunnskap om samhandling med beboere som har en demenssykdom.

Sykepleiere må gjennom en personsentrert tilnærming, forsøke å sette seg inn i beboernes verdier, både før og etter utviklingen av demens. Antonovsky (1987) påpeker viktigheten av en persons livshistorie, og et viktig mål i demensomsorgen må være å skape en opplevelse av sammenheng mellom livet før sykdommen og under de ulike sykdomsfasene. Det er fortsatt mange muligheter for å oppleve livskvalitet under demenssykdomsforløpet, når omsorgen tar hensyn til den enkeltes erfaringer, vaner og behov med forbindelser til fortiden. Familierelasjoner, utviklet over mange år, er særlig betydningsfullt under sykdomsutviklingen.

LITTERATUR

Antonovsky A (1987) (oversatt til norsk ved Sjøbu, A 2012) *Helsens mysterium- den salutogene modellen*, Gyldendal Norsk Forlag, Oslo.

Christenson A M, Buchanan J A, Wanzek M (2010) Command use and compliance in staff communication with elderly residents of long-term care facilities. *Behavior Therapy*, 42, 47-58.

Cohen-Mansfield J, Marx M S, Dakheel-Ali M, Regier N G, Thein K og Freedman L (2010) Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli? *JAGS*, Vol. 58, No.8, 58:1459-1464.

Dalland O (2013) *Metode og oppgaveskriving*, 5. utgave, 2. opplag, Gyldendal Akademisk, Oslo.

Demensinfo 2013: http://demensinfo.no/?page_id=4531 (lastet ned 10.05.2014).

Deudon A, Maubourget N, Gervais X, Leone E, Brocker P, Carcaillon L, Riff S, Lavallart B og Robert P H (2009) Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24: 1386-1395.

Edvardsson D, Sandman P O, Nay R og Karlsson S (2008) Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20:4, 764-776.

Eide og Eide (2007) *Kommunikasjon i relasjoner*, 2.utgave, 4.opplag, Gyldendal Akademisk, Oslo.

Engedal K og Haugen P K (2009) *Demens- fakta og utfordringer*, 5.utgave, Forlaget Aldring og Helse, Tønsberg.

Forsberg C og Wengström Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*, Natur & Kultur, Stockholm.

Gjerberg E, Hem M H, Førde R, og Pedersen R (2013) How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20 (6), 632-644.

Graneheim U H, Norberg A og Jansson L (2001) Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and "behavioral disturbances, and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (2), 256-265.

Graneheim U H, Isaksson U, Persson Ljung I M og Jansson L (2005) Balancing between contradictions: The meaning of interaction with people suffering from dementia and «behavioral disturbances». *Int'l J. Aging and Human Development*, Vol. 60 (2), 145-157.

Graneheim U H og Jansson L (2006) The meaning of living with dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1397-1403.

Graneheim U H, Hørnsten Å og Isaksson U (2011) Female caregiver's perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 154-161.

Heggdal K (2008) Kroppskunnskaping- Pasienten som ekspert i helsefremmende prosesser, Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo.

Helse- og omsorgsdepartementets Demensplan 2015:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2011/demensplan-2015-den-gode-dagen.html?id=663429 (lastet ned 18.02.2014)

Helsedirektoratet (2013) Fakta om demens: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/demens/Sider/default.aspx> (lastet ned 24.02.14)

Helsedirektoratet Rapport IS-1486 «Glemsk, men ikke glemt!»
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt-rapport-om-demens/Publikasjoner/glemsk-men-ikke-glemt.pdf> (lastet ned 01.05.14).

Isaksson U, Graneheim U H, Åstrøm S og Karlsson S (2011) Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of resident and management of violent situations. *Aging and Mental Health*, Vol. 15, 573-579.

Janzen S, Zecevic A, Klobeck M og Orange J B (2013) Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28 (5), 524-532.

Juliebø V (2009). Delirium- en vanlig og farlig tilstand blant eldre. *Demens og Alderspsykiatri*, Vol. 13, nr. 1
<http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2525> (lastet ned 02.05.14).

Mork Rokstad A M (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs*, Forlaget Aldring og helse, Tønsberg.

Mork Rokstad A M (2008a) Hva er demens? i: Mork Rokstad A M og Lislrud Smebye K *Personer med demens- møte og samhandling*, s. 27-45, Akribe AS, Oslo.

Mork Rokstad A M (2008b) Utfordrende atferd, i: Mork Rokstad A M og Lislrud Smebye K *Personer med demens- møte og samhandling*, s. 180-206, Akribe AS, Oslo.

Mork Rokstad A M (2008c) Kompetanseutvikling hos personalet, i: Mork Rokstad A M og Lislrud Smebye K *Personer med demens- møte og samhandling*, s. 340-350, Akribe AS, Oslo.

Mork Rokstad A M (2008d) Miljøbehandling, i: Mork Rokstad A M og Lislrud Smebye K *Personer med demens- møte og samhandling*, s. 152-179, Akribe AS, Oslo.

Mæland M J, Joa I og Testad I (2013) Agitasjon og funksjon i stell. *Forskning*, nr. 3, 8: 232-240.

Forskningsartikkel ved hjelp av snøballmetoden, hentet fra:

Responding to agitation in people with dementia (2010), *Nursing Older People*, vol. 22, nr.6, s. 18-25.

Odland B og Thorshaug S (2009) Forebygging av APSD i en forsterket sykehjemsavdeling. *Demens & Alderspsykiatri*, vol. 1.13- nr. 2 (lastet ned 01.03.14).

Polit D F og Beck C T (2012) *Nursing research – generating and assessing evidence for nursing practice*, 9. utg, J.B. Lippincott Company.

Putman L og Wang J T (2007) The closing group: Recreation for nursing home residents with dementia and accompanying agitation and/or anxiety. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Vol. 22: 67, No.3.

Selbæk, G (2005) Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, nr. 11, 125:1500-2
<http://tidsskriftet.no/article/1200402> (Lastet ned 10.05.2014)

Stavseng J B (2006) En duft av syrin, *Demensnytt* nr. 3, s. 13-16.

Store norske leksikon (lastet ned 12.05.14): <http://snl.no/dikotomi>

Sykepleiernes yrkesetiske retningslinjer (2011):

<https://www.nsf.no/vis-artikkel/776377/NSFs-reviderte-yrkesetiske-retningslinjer-2011-og-ICNs-etiske-regler> (lastet ned 30.04.2014).

Tretteteig S og Thorsen K (2011) Livskvalitet for personer med demenssykdom- sett i et livsløpsperspektiv- En narrativ tilnærming basert på pårørendes fortellinger. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, nr. 2-2011, 7.årgang.

Tuntland H (2012) *Grunnbok i ADL for sykepleiere*, Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Kristiansand.

Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham I og Halfens R J G (2011) *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2469-2478.

VEDLEGG 1: INKLUDERTE ARTIKLER.

	Referanse	Studiens hensikt eller problemstilling	Metode	Resultat	Kommentar
1	Graneheim, U H et al (2005) Journal of Clinical Nursing	Belyse betydningen av å leve med demens og forstyrrende atferd.	Kvalitativ studie. Ti uformelle samtaleintervjuer ble utført på 3 pasienter med demens på et sykehjem i Sverige. Intervjuene ble transkribert til tekst og tolket ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk metode.	Beboerne føler at de er omringet av kaos og føler seg innestengt på grunn av låste dører. De føler seg satt til side, samt forlatt av familien. De savner å føle seg satt pris på og at noen trenger dem. De kjenner ofte på hjemlengsel, og savner sin uavhengighet.	Godkjent av Etisk komite, Umeå og avdelings-leder ved sykehjemmet.
2	Graneheim, U H et al (2011) Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing	Undersøke kvinnelige omsorgspersoners oppfatninger av årsakene til voldelig atferd blant sykehjemsbeboere.	Kvalitativ studie. 41 omsorgspersoner ved tre sykehjem ble intervjuet, og svarene ble analysert i en kvalitativ innholdsanalyse	Utagering øker med beboernes grad av kognitiv svikt og reduksjon i den språklige komponent. Utagering kan skje blant annet når beboeren ikke forstår sammenhenger, feiltolker, har smerter, skjermet område, over- stimulering og personalets tidsklemme.	

3	Zeller, A et al (2009) Journal of Clinical Nursing	Utforsker omsorgspersonenes perspektiver med hensyn til vilkår og praktiske strategier for å takle aggresjon.	Kvalitativ studie. 5 fokus grupper, til sammen 30 deltakere, fra sykehjem i Sveits, deltok i semi-strukturerte intervju.	Helsepersonell må ha god kunnskap om beboerens bakgrunnshistorie og behov, hva de trenger hjelp til og hva de klarer selv samt respektere beboernes ønsker. Strategiene de bruker har som mål å stoppe den aggressive atferden og forhindre at den forverrer seg.	Godkjent av etisk komite
4	Edvardsson, D et al (2007) International Psychogeriatrics	Undersøke sammenhenger mellom pleiepersonellets arbeidsmåter og utbredelsen av atferdsmessige symptomer hos personer med demens i sykehjem.	Kvantitativ studie. Sykehjem i Sverige, til sammen 40 avdelinger.	Resultatene viser at avdelinger med høy arbeidsbelastning var mer preget av uro og verbal forstyrrende atferd. Her hadde også beboerne mindre evne til å utføre ADL-aktiviteter, dårligere på forflytning/mobilitet samt dårligere verbal kommunikasjon. Ved avdelinger med lavere arbeidsbelastning var det mindre uro, samt et mer positivt «omsorgsklima», noe som førte til mindre forekomst av vandrende aggressiv atferd og beboere på flukt.	Godkjent av etisk komite.
5	Cohen-Mansfield, J	Vurdere den relative effekten av ulike typer stimuli på agitert atferd hos	Kvantitativ og kvalitativ studie.	Sosiale stimuli, oppgave- og lesestimulering,	

	et al (2010) JAGS- Journal of the American Geriatrics Society	sykehjemsbeboere med demens	111 beboere med demens, fra 7 ulike sykehjem i Maryland, ble presentert for 25 ulike typer stimuli i løpet av 3 uker. Observasjoner ble gjort før og etter.	musikk-stimuli samt stimuli i forhold til selvidentitet viste tydelige utslag på mindre uro.	
6	Isaksson, U et al (2010) Aging and Mental Health	Målet med studien var å undersøke utageringens innvirkning på miljøet (helsepersonell og beboere), beboernes egenskaper knyttet til utagering og helsepersonells håndtering av voldelig adferd.	Kvantitativ studie. 40 demens-avdelinger, til sammen 309 beboere. Hver ansatt har et særlig ansvar for å planlegge og delta på en eller to beboernes behov, såkalte nøkkel-personer. Slik vil beboer og pleier utvikle et nært forhold og pleieren får kunnskap og forståelse av beboerens behov og atferd.	Tre faktorer var uavhengig assosiert med fysisk voldelig adferd: mannlig kjønn, antipsykotisk behandling og nedsatt orienteringsevne. Utagerende beboere var mer sannsynlig å ha svekket tale, problemer med å forstå verbal kommunikasjon og foreskrevet smertestillende og antipsykotika enn de andre beboerne.	Godkjent av etisk komite, Umeå, Sverige.
7	Graneheim, U H et al (2001) Journal of Advanced Nursing	Studien tar sikte på å belyse hvordan en kvinne med alvorlig demens og såkalte atferdsforstyrrelser opptrer i forhold til hennes omsorgsgivere, og hvordan omsorgsgivere opptrer i forhold til henne.	Kvalitativ studie. 14 deltakere-observasjoner, samt en dame med demens og 6 omsorgsgivere. Sykehjem i Sverige.	Interaksjonen mellom den demente og hennes omsorgsgivere er knyttet til privatliv, identitet, autonomi og sikkerhet, og at fenomenet henger sammen, så vel som i konflikt med hverandre.	Godkjent av etisk komite, Umeå, Sverige.
8	Janzen, S et al (2013)	Hensikten med denne studien var å undersøke opplevelser av bruk av non-	Kvalitativ studie. Det ble samlet inn data fra intervjuer	Bruk av NPI førte til mindre uro og agitasjon, da disse	

	American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias	pharmalogical intervensjoner (NPI) for å redusere agitasjon hos eldre med demens, og for å identifisere tilrettelegging og barrierer som styrer NPI gjennomføring.	og fokusgrupper. 44 deltakere fra 5 ulike institusjoner.	intervensjonene tok hensyn til dagsform, følelse av mening, reduserte risikoen for utrygg atferd og forbedret mental stimulering og evne til avslapping.	
9	Mæland, M J et al (2013) Forskning	Hensikten med studien er å se på forekomst av agitasjon hos personer med demens og sammenhenger mellom ulike typer agitasjons- og stellesituasjoner. Videre om det er en forskjell i agitasjon og stellesituasjoner mellom sykehjem og bofellesskap/hjemmesykepleie og mellom agitasjon, alder og kjønn.	Kvantitativ tverrsnittstudie. Spørreskjema. 312 deltakere, alder 45 år- 101 år. Data innhentet i perioden desember 2009 til mai 2010 Norge.	83,3 % av deltakerne agiterte minst en gang i uken. Vanligste agitasjonsmønstre var: gjentar setninger eller spørsmål, konstant krav om oppmerksomhet, rastløshet, vandring, klaging og negativisme. Sykehjemsbeboere mer verbalt aggressive enn beboere i bofellesskap eller i heimen. Ubehandlet agitasjon fører til dårligere livskvalitet, samt feilmedisinering og bruk av tvang. Personsentret tilnærming er en trygg og effektiv metode.	Godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forsknings-etikk.
10	Christenson, A M et al (2011) Behavior	Belyse viktigheten av god kommunikasjon med mennesker med demens når det utføres Activities of Daily Living (ADL).	Kvalitativ og kvantitativ studie. 11 beboere fra sykehjem og demensavdeling i	Alfa- kommandoer (direkte, klare, gjennomførbare) ga best utslag for de demente.	

	Therapy		<p>en liten by i USA.</p> <p>Alder fra 65 år +</p> <p>Ulike ADL-aktiviteter ble filmet.</p>	<p>Beta-kommandoer (spørsmål, tvetydige, indirekte, ikke gjennomførbare) hadde motsatt virkning.</p> <p>Helsepersonell trenger mer kunnskap om samhandling for å senke stressnivå hos personell og beboere.</p>	
11	<p>Graneheim, U H et al (2005)</p> <p>Aging and Human Development</p>	<p>Belyse betydningen av samhandling med mennesker som lider av demens og atferdsforstyrrelser, basert på antagelsen om at atferdsforstyrrelser er meningsfulle uttrykk for opplevelser.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Helsepersonell ved et bo- og helsetun i Sverige.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert til tekst, og tolket ved hjelp av en fenomenologisk hermeneutisk metode.</p>	<p>Samspill med mennesker med demens og atferdsforstyrrelser betyr balansering mellom motsetninger vedrørende møte personen i mitt versus hennes / hans verden, maktesløshet versus mestring og følelsen av å bli avvist versus akseptert. Ethiske dilemmaer om å gjøre godt for den enkelte eller kollektivet.</p>	<p>Godkjent av etisk komite, Umeå, Sverige.</p>
12	<p>Gjerberg, E et al (2013)</p> <p>Nursing Ethics</p>	<p>Undersøker hvilke strategier eller alternative intervensjoner pleiepersonell i Norge bruker når pasienter motstår omsorg og behandling, og</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>11 tverrfaglige fokusgruppe-intervjuer. Fem sykehjem i Norge.</p> <p>Sykepleiere,</p>	<p>Helsepersonell bruker mange ulike strategier for å møte demente med utfordrende atferd. Bruk av tvang er siste utvei. For å</p>	<p>Godkjent av the Norwegian Social Science Data Services</p>

		hvilke forhold de ansatte anser som nødvendig for å lykkes i å unngå bruk av tvang.	hjelpepleiere og noen med-lemmer av staben uten formell kompetanse deltok, til sammen 60 deltakere.	kunne møte utfordrende atferd på riktig måte, er de avhengig av nok ansatte på jobb, høyt faglig nivå blant ansatte, samt kontinuitet i personalet.	
13	Putman, L et al (2007) American Journal of Alzheimer's and Other Dementias	The Closing group-gruppeprosjektet ble utviklet i et forsøk på å redusere miljømessige, biologiske og psykososiale faktorer som bidrar til uro i den grad det er mulig, og ved å gjøre det redusere forekomsten av agitasjon i utvalgte beboere med demens diagnose.	Kvantitativ og kvalitativ studie. 16 beboere med ulike demenstyper ved et sykehjem i New York deltok. Prosjektet foregikk over 2 år. Ulike skjema og skalaer ble benyttet. Kvalitative metode gikk på tilbakemeldinger fra pårørende, helsepersonell og beboerne selv.	Resultatet viser at et rolig og stimuli- fattig miljø, aktiviteter hvor beboerne deltar ut ifra dagsform, validering og hvor deres behov blir dekket, førte til mindre uro og agitasjon.	
14	Tretteteig, S et al (2011)	Undersøke hva som gir god livskvalitet for personer med demenssykdom, og hva som innvirker på muligheter til å oppleve livskvalitet sett i et individuelt livsløpsperspektiv.	Kvalitativ studie. Intervjuer med 6 informanter, fra to kommuner i Norge. Informantene hadde relasjonene sønn, datter, svigerdatter, søsken og ektefelle.	At personalet anvender livshistorisk kunnskap er sentralt for at beboerne skal få individuelt tilrettelagt livsinhold, aktiviteter og omsorg som fremmer livskvalitet.	Godkjent av Regional etisk komite for medisinsk og helsefaglig forsknings-etikk Sør-Øst.
15	Deudon, A et al (2009) International Journal of Geriatric	Målet med studien var å evaluere virkningen av personalets opplæringsprogram om ikke-farmakologiske intervensjoner ved APSD hos eldre mennesker	Kvantitativ studie. 16 sykehjem i Frankrike, 306 pasienter. Personalet hadde undervisning om	Personalt lærte seg strategier for å møte ulike utfordrende situasjoner med beboerne. Det ble utarbeidet såkalte instruksjonskort (Staff	

	Psychiatry. (snøballmeto den)	med demens.	demens, BPSD.	Instruction Cards) som kunne brukes i det daglige, og som hadde god effekt på måten å møte utfordrende atferd på.	
--	---	-------------	---------------	--	--

VEDLEGG

2: Søketablell

Database	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Medline 29.01.2014	Abstrakt, full text, 2005-current	Dementia AND Anxiety AND Treatment	139	139	52	2	1
Medline 21.03.2014		edvardsson d.au.	35	35	8	3	1
Medline 13.02.2014		graneheim.uh.au	21	21	14	5	5
Cinahl 06.02.2014	Abstrakt, full text, 2005-current	Dementia AND Agitation	260	100	13	3	1
Cinahl 07.02.2014	Abstrakt, full text, 2005-current	Dementia AND Agitation					2
Sykepleien.no 07.02.2014		Demens	171				1
21.02.2014 Snøballeffekt av fagartikkel							1

Cinahl 12.02.2014	Abstract available, linked full text, research article, 2005-current	Dementia AND Social behaviour disorders AND Coping	3	3	3	1	1
Google 12.02.2014		Demens, livskvalitet, livsløp	7670	53	3	1	1
Cinahl 15.02.2014	Abstrakt, full text, 2005-current	Dementia AND Social behavior disorders AND Coping	3	3	2	2	1

Utvalg 1: Lest artikkelens tittel.

Utvalg 2: Lest artikkelens abstrakt.

Utvalg 3: Lest artikkelen i sin helhet.

Utvalg 4: Artikkelen valgt ut for granskning.

