



Bachelorgradsoppgave

Demens og utagerende atferd i sykehjem.

Dementia and challenging behavior in nursing homes.

Forfattere: Jane Kathrud og Merethe Knudtsen

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avd. for helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Abstrakt

Introduksjon: I Norge har over 70 000 personer en demenssykdom, og det forventes at dette antallet kommer til å fordobles innen år 2050. Utagerende atferd forekommer ofte hos disse pasientene. Forskrivningspraksis av legemidlene antipsykotika og sedativa er skremmende høy, noe som ofte kan føre til problemer fremfor god behandling. Til tross for høy prevalens av demens og utagerende atferd, har det vært lite prioritert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Hensikt: Hensikten med litteraturstudien var å identifisere årsaker til utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem, og hvordan man som sykepleier kan møte denne atferden. Hensikten var også å identifisere faktorer som kan påvirke behandlingen.

Metode: Oppgaven ble basert på en allmenn litteraturstudie, og resultatet ble bygget opp av 12 vitenskapelige artikler.

Resultat: Utagerende atferd har mange ulike bakenforliggende årsaker. Psykofarmaka ble benyttet alt for ofte i behandlingen til tross for kunnskap om bivirkninger. Det finnes flere ulike faktorer som kan påvirke behandlingen. Sykepleiere tolker årsaker til atferden forskjellig, og det er en utfordring å få frem hvordan hver enkelt pasient opplever sin situasjon.

Diskusjon: Kartlegging av utagerende atferd og grad av demens gir et bedre grunnlag for å møte atferden. Årsaker som utilfredsstilte somatiske behov, kommunikasjonsvansker og forhold i omgivelsene var fremtredende. Validering, reminisens, realitetsorientering og avledning var nyttige miljøtiltak i møte med kommunikasjons- og orienteringsproblemer. Å tilrettelegge miljøet og å hjelpe pasienten til å finne mening vil øke pasientenes opplevelse av sammenheng og tilknytning til tidligere liv. Det er avgjørende å se pasienten bak diagnosen, derfor må man ha kjennskap til pasientens livshistorie.

Konklusjon: Som sykepleier må man alltid identifisere og behandle bakenforliggende årsaker til utagerende atferd først. Faktorer som tid, kunnskap, holdninger og bemanning kan bidra til å påvirke behandlingen i både positiv og negativ retning. For å kunne møte atferden best mulig er det essensielt å lære pasienten å kjenne. Denne oppgaven identifiserte et behov for økt kunnskap om demens og behandling av utagerende atferd blant helsepersonell.

Nøkkelord: Demens, holdninger, kunnskap, medikamenter, miljøterapi, sykehjem

Keywords: Dementia, attitudes, knowledge, drugs, nursing home, non-pharmacological therapy

Innholdsfortegnelse

1.0 INTRODUKSJON	1
1.1 Hensikt	3
1.2 Joyce Travelbees Sykepleieteori.....	3
2.0 METODE	4
2.1 Fremgangsmåte.....	4
2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
2.3 Innholdsanalyse	5
2.4 Ethiske overveielser.....	5
3.0 RESULTAT	6
3.1 Forekomst av og årsaker til utagerende atferd.....	6
3.2 Sykepleieres kunnskap og holdninger i møte med utagerende atferd.....	7
3.3 Sykepleieres forståelse og den dementes opplevelse av sykdommen	9
4.0 DISKUSJON	11
4.1 Resultatdiskusjon	11
4.1.1 Forekomst av og årsaker til utagerende atferd.....	11
4.1.2 Sykepleieres kunnskap og holdninger i møte med utagerende atferd.....	17
4.1.3 Sykepleieres forståelse og den dementes opplevelse av sykdommen	20
4.2 Metodediskusjon.....	24
5.0 KONKLUSJON	25
Referanser.....	26
Vedlegg 1: Søketabell	
Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler	
Vedlegg 3: Eksempel på subkategorier og kategori	
Vedlegg 4: Cohen-mansfield Agitation Inventory. Kartlegging av atferd.....	

ANTALL ORD: 9877

1.0 INTRODUKSJON

I Norge har over 70 000 personer en demenssykdom (Bragstad og Kirkevold 2010, Nasjonalforeningen for folkehelse 2015), og det forventes at antallet vil fordobles innen år 2050 (Hjort og Waaler 2010). Demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer som rammer hjernen (Simonsen 2008). Flertallet av de som rammes av en slik sykdom er over 65 år (Engedal og Haugen 2009). Det viktigste kjennetegnet på begynnende demens er nedsatt hukommelse. Svikt i tanke-, kommunikasjons- og orienteringsevne er også vanlige symptomer (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Noen demenssykdommer forårsakes av nevrodegenerative prosesser, mens andre oppstår av vaskulære årsaker (Bragason 2012). De nevrodegenerative demenssykdommene kan deles inn i tre faser: mild, moderat og alvorlig grad. Ved mild grad av demens vil evnen til å klare seg i dagliglivet påvirkes, men i kjente omgivelser kan personen med demens klare seg uten helsehjelp. Behovet for helsehjelp øker når utviklingen går over til moderat grad av sykdommen. Ved alvorlig grad av demens kan ikke personen klare seg alene, og trenger kontinuerlig hjelp fra andre (Mork Rokstad 2008b).

Psykiske symptomer og atferdsproblemer, også kalt utagerende atferd, er vanlig ved demens (Bragason 2012, Bragstad og Kirkevold 2010). Denne atferden beskrives som en verbal eller motorisk aktivitet som ikke regnes som en normal respons. Atferden kommer til syne gjennom ulike symptomer som aggresjon, agitasjon, vandring, ukritisk atferd ved måltider og roping (Engedal og Haugen 2009). Symptomene forekommer i alle faser av sykdomsforløpet, men øker etter hvert som sykdommen utvikler seg (Mork Rokstad 2008a). Ved alvorlig grad av demens kan forekomsten avta, da pasientene har så omfattende kognitive og kroppslige svekkelser at symptomene ikke kommer til uttrykk på samme måte som tidligere (Selbæk 2005). Symptomene fremtrer forskjellig, og pasientene blir derfor utsatt for en rekke ulike typer behandling. Behandling med legemiddelgruppen psykofarmaka er ikke et sjeldent tilfelle, noe som ofte kan føre til problemer fremfor god behandling (Bragason 2012).

Det har lenge vært vanlig med medikamenter i behandling av utagerende atferd (James m.fl. 2008). Forskrivningspraksis av antipsykotika til eldre vekker stor oppsikt, og over 30 000 eldre får utskrevet antipsykotiske legemidler på uklare indikasjoner og risikerer alvorlig feilmedisinering (Nygård 2009). Det viser seg at til og med de mest effektive medisinene kun har moderat virkning og høy risiko for bivirkninger, derfor bør man begrense bruken så mye som mulig (James m.fl. 2008). Psykofarmaka bør kun brukes ved alvorlige atferdsforstyrrelser som er belastende for pasienten (Bragason 2012, Engedal og Haugen 2009). Antipsykotiske legemidler er en type psykofarmaka som i utgangspunktet

skal anvendes for å hjelpe pasienter som er plaget med hallusinasjoner og vrangforestillinger. Disse legemidlene kan føre til at pasienten blir motorisk dempet, og de kan være søvnfremkallende (Engedal og Haugen 2009). Beroligende legemidler, også kalt sedativa, er en annen type psykofarmaka. Dette legemiddelet demper psykiske funksjoner som sanser, tanker og følelser (Øye og Brørs 2012).

På grunn av lite effekt og mange bivirkninger ved medikamentell behandling, anbefales det å prøve ut ikke-medikamentell behandling først (Bragason 2012, James m.fl. 2008, Selbæk 2010). Miljøterapi er en ikke-medikamentell behandlingsmetode som legger vekt på relasjoner og de terapeutiske prosessene som eksisterer i pasientens miljø. Dette skjer gjennom tilrettelegging av pasientens psykiske, fysiske og sosiale forhold. Miljøterapi er et bredt fagfelt, og har som målsetting å forbedre funksjonsevnen i dagliglivet som fører til økt trivsel, livskvalitet og velvære (Bragstad og Kirkevold 2010, Sadowsky og Galvin 2012).

Utfordringer i kommunikasjonsprosessene oppstår ved noen demenssykdommer, noe som fører til økt behov for kunnskap om miljøterapi blant sykepleiere. Kommunikasjonsstrategier som validering og reminisens er eksempler på miljøtiltak som har vist god effekt (Eide og Eide 2007, Solheim 2009). Ved validering skal man møte pasienten følelser, og man skaper trygghet med å vise at man respekterer pasienten. Reminisens er en måte å fremkalle minner på, hvor man aktivt utveksler tidligere erfaringer og opplevelser (Solheim 2009). Både mottakerfunksjonen og senderfunksjonen, samt evnen til å forstå og å gjøre seg forstått blir påvirket i en demensprosess. Selv om språket som redskap ikke lengre er like effektivt og presist, er behovet for kommunikasjon fortsatt til stede. Reduserte kommunikasjonsevner kan føre til svekket sosial funksjon, agitasjon, forstyrret atferd eller økt tilbaketrekning (Wogn-Henriksen 2008).

Utagerende atferd er belastende både for pasienten selv og for ansatte i sykehjem (Fugelsnes 2009). For de ansatte er det ofte ikke selve atferden som skaper problemer, men kravet om å ha snarlige løsninger dersom atferden oppstår (Selbæk 2010). For å kunne sette i gang tiltak er det viktig å forstå hva atferden er uttrykk for, og å ha forståelse for hvordan personen med demens opplever sin situasjon (Mork Rokstad 2008a). Som et resultat av den høye forekomsten og stresset som er assosiert med utagerende atferd, er det nødvendig med effektiv behandling (James m.fl. 2008). Det viser seg at helsepersonell ofte er mer opptatt av atferden i seg selv enn av underliggende årsaker. Dette fører til at behandlingen også blir rettet mot atferden, og ikke direkte mot problemet (Kjelberg

2002). NSF påpeker at man som sykepleier skal ta utgangspunkt i den enkelte pasientens behov og ønsker underveis i behandlingen (Kirkevold 2008).

Ca. 80% av de som bor på et sykehjem har en demensdiagnose (Helse- og omsorgsdepartementet 2007). Til tross for at prevalensen er høy, har demens vært lavt prioritert i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Tilbudet er ofte ikke tilrettelagt for pasienter med demens. God omsorg til pasienter med demens krever god kompetanse og gode holdninger (Bragason 2012, Helse- og omsorgsdepartementet 2007). En holdning beskrives som en måte man kan reagere på ovenfor mennesker, hendelser og gjenstander. Gjennom holdninger dømmer og evaluerer man på sin egen, subjektive måte, og man tar et standpunkt til noe eller noen. Holdninger tar tid å forandre, og det innebærer at man i enkelte situasjoner må bryte med egne verdier (Håkonsen 2010). En sykepleiers holdninger påvirker de handlinger man utøver, mens gjentatt atferd påvirker våre holdninger (Brinchman 2012).

1.1 Hensikt

Hensikten med litteraturstudien er å identifisere årsaker til utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem, og hvordan man som sykepleier kan møte atferden hos denne pasientgruppen. Hensikten er også å identifisere faktorer som kan påvirke behandlingen. Som sykepleier kommer man ofte i kontakt med personer med demens og slik atferd, derfor vil litteraturstudien sees i et sykepleieperspektiv.

1.2 Joyce Travelbees Sykepleieteori

Travelbee (1999) har i sin sykepleieteori lagt stor vekt på det mellommenneskelige aspektet, noe som er avgjørende i møte med personer med demens. Hun mente det var av stor betydning å se forbi diagnosen, og heller se mennesket som en unik og enestående person. Videre fremhevet hun viktigheten av kunnskap, og det å kunne bruke seg selv terapeutisk i rollen som profesjonell sykepleier. Dette innebærer å bruke egen personlighet i samhandling med pasienten. Selvinnsikt, forståelse for menneskelig atferd, og evne til å forutse egen og andres atferd var essensielt i denne tilnærmingen.

Travelbee la vekt på å lære den syke å kjenne. For å oppnå dette, må man oppfatte, respondere på og respektere det unike ved hver enkelt pasient. Som sykepleier må man derfor se pasienten med friske øyne, og ikke trekke konklusjoner om at alle pasienter med samme diagnose er like.

Hun fokuserte også på kommunikasjon. Hun mente at dette var det viktigste verktøyet for å identifisere den sykes individuelle behov, noe som er første skritt i behandlingen av syke mennesker.

2.0 METODE

Dette kapitlet beskriver hvordan data benyttet i denne litteraturstudien er innhentet. Dette innebærer hvilken fremgangsmåte som er brukt for å finne frem til dataen, hvilke data som er funnet og hvordan den har blitt analysert. Metodekapitlet skal også belyse hvilke etiske overveielser som er foretatt. Det skal være mulig for leseren av litteraturstudien å gjenta søkene som er beskrevet i kapitlet, noe som krever at metodekapitlet er preget av nøyaktighet (Lerdal 2009).

Studien er en allmenn litteraturstudie der formålet er å beskrive kunnskapsgrunnlaget innenfor et angitt tema. Flere utvalgte studier analyseres og diskuteres opp mot relevant faglitteratur (Forsberg og Wengström 2013). Egne meninger skal ikke inkluderes i studien med unntak av når man gjør vurderinger av kvaliteten (Polit og Beck 2011).

2.1 Fremgangsmåte

Artikler inkludert i studien er funnet i databasene Medline og Swemed. Nettstedene Sykepleien.no og Idunn.no er også benyttet da disse inneholder relevant sykepleieforskning. For å finne frem til søkeord med god relevans, ble egen kunnskap og erfaringer innenfor området benyttet. Det ble også gjennomgått tidligere bacheloroppgaver som omhandler samme tema, og det ble benyttet autentiske ordbøker for å finne synonymer. Eksempler på søkeord er demens, agitation, dementia, nonpharmacological og nursing home. Det er også utført håndzoek på forfattere som har gått igjen i flere artikler, derav Graneheim og Selbæk. Se vedlegg 1 for søketabell.

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier: Demente i sykehjem, utagerende atferd, over 65 år, antipsykotika, sedativa, miljøterapi, pleieres perspektiv, holdninger, kunnskap, pasientens opplevelse, begge kjønn, årsaker til utagerende atferd

Eksklusjonskriterier: Hjemmeboende personer med demens, demente på sykehus, antidepressiva, angstdepende, pårørende

Resultatet i litteraturstudien består av 12 vitenskapelige artikler (Vedlegg 2). For å gi oppgaven dybde og bredde er det inkludert både kvalitativ og kvantitativ forskning. Den kvantitative forskningen belyser forekomst av utagerende atferd og bruk av medikamenter ved hjelp av tall og statistikker.

Den kvalitative forskningen belyser pasienters opplevelser av sin situasjon, og sykepleieres holdninger, kunnskap og forståelse i møte med pasientens atferd (Dalland 2012).

2.3 Innholdsanalyse

En innholdsanalyse er nødvendig for å kunne organisere, få frem en struktur og å ta ut meningsbærende enheter fra teksten (Polit og Beck 2011). Artikkene som blir brukt i litteraturstudien ble valgt på bakgrunn av studiens hensikt. De er gransket gjentatte ganger for å komme frem til meningsbærende enheter. Disse enhetene har blitt sett i sammenheng for å komme frem til subkategorier, og subkategoriene dannet fundamentet for tre hovedkategorier. I vedlegg 3 er det skissert hvordan en kategori ble til.

2.4 Etiske overveielser

Litteraturstudien er skrevet uten juks og uærlighet. Forsberg og Wengström (2013) definerer juks og uærlighet som et avvik fra vitenskapelig praksis som innebærer for eksempel forfalskning av data, tyveri eller plagiat. Det kan også være snakk om hypoteser og metoder anvendt uten å angi kilder, eller feil fremstilling av forskningen som for eksempel uriktig inkludering eller ekskludering av data. På bakgrunn av dette, brukes det i denne litteraturstudien korrekt kildehenvisning, og ikke plagiat.

I følge Solbakk (2014) betegnes personer med demens som en sårbar gruppe. Disse personene har utfordringer i forbindelse med informert samtykke når det kommer til forskning som skal utføres på dem. Det er derfor blitt tatt hensyn til at de inkluderte artiklene har vært gjennom godkjenning av etisk eller regional komité, eller har informert samtykke fra deltakere eller pårørende før de har blitt publisert. Utvalgte artikler er også anonymisert, noe som gjør det umulig å identifisere deltakerne.

3.0 RESULTAT

3.1 Forekomst av og årsaker til utagerende atferd

En større, kvantitativ studie utført av Selbæk, Kirkevold og Engedal (2007) viser at det er høy prevalens av utagerende atferd hos demente i sykehjem, og at forekomsten øker markant i takt med demenssykdommens progresjon (ibid.). En annen kvantitativ studie fremstiller at 83,8% av 312 pasienter agiterer minst en gang i uken (Mæland, Joa og Testad 2013). Edvardsson m.fl. (2008) viser i sin studie at 92,2% av de inkluderte 344 pasientene hadde en type atferdssymptom minst en gang i uka. Agitasjon, aggresjon, irritabilitet, krav om oppmerksomhet, rastløshet, roping og vandring viser seg å være de vanligste måtene å utagere på (Mæland m.fl. 2013, Selbæk, Kirkevold og Engedal 2008, Edvardsson m.fl. 2008). Utagerende atferd oppstår oftest i stellesituasjoner, under måltider, ved vaktskifter og sent på ettermiddagen (Janzen m.fl. 2013). Det viser seg å være sammenheng mellom dårlig funksjon under stell og forekomst av utagerende atferd (Mæland m.fl. 2013).

Miljøet rundt pasienten viser seg å ha stor betydning i forekomsten av utagerende atferd. Utagering oppstår i mange tilfeller dersom pasienten kjeder seg, er forvirret eller blir over- eller understimulert. Mye bråk og uro, dårlig belysning og andre beboere i avdelingen er faktorer som bidrar til mye av dette (Janzen m.fl. 2013). Flere studier konkluderer med at forekomsten av utagerende atferd er høyest i institusjoner som er preget av stor belastning og mye stress (Edvardsson m.fl. 2008, Graneheim, Hörnsten og Isaksson 2011).

Mangel på evnen til å uttrykke seg og å finne ord for å kommunisere, spiller ofte inn på atferden til personer med demens (Janzen m.fl. 2013). Det fremstilles i studien til Graneheim og Jansson (2005) at pasientene ofte føler seg misforstått nettopp på grunn av dette.

En studie viser at valideringsterapi har god effekt på alvorlighetsgrad og forekomst av utagerende atferd. Det var hyppigere forekomst av utagering hos de som ikke ble behandlet med valideringsterapi. Det blir også presentert i studien at validering reduserer stress hos personalet (Tondi m.fl. 2007). En annen type miljøterapi som viser seg å ha god effekt er reminisens (Janzen m.fl. 2013, Luke, Petersen og Tranvåg 2013). Denne typen behandling har en terapeutisk, positiv og meningsfull innvirkning på pasientene. Kognitive, følelsesmessige og sosiale ressurser hos pasientene styrkes, og terapien bidrar til at pasientene tenker selv i stedet for at ansatte instruerer dem. I studien ble reminisens brukt når personene med demens viste tegn til utagerende atferd for å hindre at de ble enda mer urolige. Ved bruk av reminisens får de ansatte god innsikt i pasientens

fortid, og det beste er å basere reminisens på pasientens interesser, verdier og livshistorier. I tillegg er det viktig å ha god tid til hver enkelt pasient. Resultatet fremstiller at reminisens også kan vekke dårlige minner hos pasientene, fordi dårlige minner også kan være en del av deres liv (Luke m.fl. 2013).

Studien til Janzen m.fl. (2013) fremhever at utilfredsstilte psykiske og somatiske behov kan være underliggende årsaker for utagerende atferd. Dette innebærer at pasienten er sulten, dehydrert, utmattet, har smerter eller infeksjoner. Ruths m.fl. (2008) har forsket på bruken av psykofarmaka over lengre tid, og det viser seg at dette også kan utløse atferden. Resultatet i studien viser at atferdssymptomene var stabile eller forbedret seg etter seponering.

3.2 Sykepleieres kunnskap og holdninger i møte med utagerende atferd

Selbæk m.fl. (2007) sin studie inkluderte 1163 pasienter hvorav 933 hadde demens. Av disse brukte 52,1% en type antipsykotika, mens 26,3% brukte sedativa. Disse legemidlene brukes hyppigere desto lengre ut i sykdomsforløpet pasientene er. Et år senere utførte Selbæk m.fl. (2008) en oppfølgingsstudie på 633 av de 933 pasientene, hvorav 75% fortsatt brukte antipsykotika. Studien til Ruths m. fl. (2008) viser til at det ikke er store forskjeller i forekomst av utagerende atferd hos de som bruker psykofarmaka fast og hos de som ikke bruker det.

Hvordan sykepleiere tilnærmer seg pasienter med utagerende atferd, styres i stor grad av holdninger (Janzen m.fl. 2013). Sykepleiere ser ofte at kollegaer viser autoritet ovenfor pasientene gjennom atferden sin. Dette kommer til syne ved at de ansatte involverer seg i høylytte diskusjoner som oppstår, og at de selv hever stemmen mot pasientene for å bli hørt. Dette skjer til tross for at de ansatte er klar over at pasientene har problemer med å forstå hva som foregår (Graneheim m.fl. 2011). Rognstad og Nåden (2011) har gjort en kvalitativ studie som viser at utagerende atferd er belastende for ansatte. Til tross for dette er flere av de ansatte villige til å løse utfordringer som oppstår. En ansatt i studien uttaler at de må gå inn i situasjoner alene selv om pasienten viser tegn på utagering fordi de er for få ansatte på jobb til å kunne bistå hverandre. Videre sier den samme pleieren at hun ikke føler hun har kompetanse til å takle denne typen atferd.

En kvalitativ studie av Thorvik, Helleberg og Hauge (2014) fremstiller at sykepleieres holdninger til personer med demens, og deres kunnskap om sykdom og symptomer spiller en viktig rolle i forekomst av utagerende atferd. Flere studier understøtter viktigheten av kunnskap, og at det er økt behov for kompetanse innenfor fagområdet (Janzen m.fl. 2013, Rognstad og Nåden 2011). Ansatte

ønsker å drøfte etikk jevnlig i institusjonen, fordi de ofte opplever etiske dilemmaer (Rognstad og Nåden 2011). I en annen studie kommer det frem at det er lite assosiasjoner mellom høy kompetanse hos de ansatte og forekomsten av utagerende atferd (Edvardsson m.fl. 2008).

På skjermet enhet der sykepleierne har god kunnskap, viser det seg at de ansatte har større evne til å takle atferden til pasientene. Dette kommer til syne ved at de ansatte er oppmerksomme på endringer i pasientens tilstand, eller på hva pasienten prøver å uttrykke gjennom kroppsspråk. I situasjoner der pasientene ikke ønsker hjelp, trekker de ansatte seg tilbake. De prøver ut løsninger flere ganger, og er kreative i sin tilnærming. De bytter samtaletema eller vekker pasientens nysgjerrighet overfor noe eller noen i et forsøk på å forhindre utagering (Thorvik m.fl. 2014).

Resultater viser at flere ansatte ikke støtter bruken av medikamenter, men at de vet at medikamenter er nødvendig til tider, spesielt dersom atferden går utover sikkerheten til andre. Det viser seg at de ansatte vet at ikke-medikamentelle tiltak eksisterer, og de har troen på at det kan redusere bruk av psykofarmaka. Grunnen til at de har kunnskap om dette er fordi de ofte reflekterer i etterkant av situasjoner som oppstår. Et stort antall av de ansatte hadde også videreutdanning innenfor fagfeltet. Barrierer mot å implementere tiltakene er for lite kunnskap, tid og bemanning (Janzen m.fl. 2013, Rognstad og Nåden 2011).

Til tross for at sykepleierne i studien til Janzen m.fl. (2013) er klar over hva som kan utløse utagerende atferd, kan man se at det ofte ikke er mulighet til å individualisere og redusere disse faktorene. Dette på grunn av andre sykepleiefaglige oppgaver som må prioriteres først. På et privat sykehjem forteller de ansatte at de har tid til å forebygge og håndtere agitasjon fordi de har tilstrekkelig bemanning. Ansatte i den samme studien mener at effekten av ikke-medikamentelle tiltak varer i så kort tid at de ikke ønsker å bruke dyrebar tid på dette. Tiltak som er lett tilgjengelige og av liten økonomisk betydning slik som beroligende musikk, sang, humor, fysiske aktiviteter, hagebruk og reminisens blir derfor oftest tatt i bruk.

Videre viser studien at medikamenter har en raskere effekt enn ikke-medikamentelle tiltak. Sykepleierne bruker ofte medikamenter når pasientene allerede er utagerende for å få en rask reduksjon av atferden selv om de har kunnskap om eventuelle bivirkninger. Medikamenter blir ofte brukt forebyggende før situasjoner de ansatte vet kan føre til utagering. En vanlig indikasjon er å få pasientene til å føle seg mer komfortable. Videre kommer det frem i den samme studien at å ty til medikamenter for å behandle agitasjon er en stor del av sykepleierkulturen i sykehjem.

En sykepleier uttaler:

“... we (nurses) are pro medicine, we are very medicine prone. Take a pill that makes it (agitation) better” (Janzen m.fl. 2013, s. 5)

3.3 Sykepleieres forståelse og den dementes opplevelse av sykdommen

Resultater fremhever viktigheten av god kunnskap for å forstå hvorfor de utagerer (Thorvik m.fl. 2014). Flere studier kommer frem til at denne forståelsen er avgjørende for å individualisere behandlingen (Janzen, m.fl. 2013, Rognstad og Nåden 2011). Thorvik m.fl. (2014) mener kjennskap til pasientens væremåte og vaner er vesentlig for å lykkes i den ikke-medikamentelle behandlingen. Pasientene i studien viste økt grad av irritasjon i situasjoner der sykepleierne ikke forstod hva pasientene faktisk mente (ibid.). Å tilnærme seg utagerende atferd hos personer med demens styres i stor grad av evnen til empati. Graden av empati viser seg å ha sammenheng med å være villig til å ta i bruk ikke-medikamentell tiltak (Janzen m.fl. 2013).

Graneheim m.fl. (2011) intervjuet 41 omsorgspersoner ved tre forskjellige sykehjem der hensikten var å utforske hvordan et utvalg helsepersonell oppfatter årsaker til utagerende atferd i sykehjem. De ansatte forteller at utagerende atferd oftest oppstår når pasientene ikke forstår hva som foregår, under stell, dersom de ansatte ikke inkluderer pasientene i samtaler, og i situasjoner der de ansatte har dårlig tid. De påpeker også at pasientene påvirker hverandre. Hvis noen blir urolige og høylytte, smitter dette over på de andre pasientene. Noen ansatte mener at demensdiagnosen i seg selv er en årsak til utagerende atferd. De har en oppfatning om at pasientene ikke utagerer med vilje, men at sykdommen kontrollerer atferden. Flere mener at atferden er den eneste måten personer med demens kan uttrykke følelser på. Noen antar også at en historie med utagerende atferd fra tidligere faser i livet kunne være årsak til atferden. De forteller at de vet at somatiske symptomer og sykdommer kan være utløsende faktorer til utagerende atferd.

Graneheim og Jansson (2005) utførte en kvalitativ studie ved å intervju tre personer med demens for å få et innblikk i hvordan de sin egen situasjon og miljøet rundt seg. Pasientene forteller at de ofte opplever uorden, at de ikke blir tatt på alvor og at de føler at de ikke blir inkludert. Å bli inkludert i meningsfulle samtaler og aktiviteter får pasientene til å føle at de blir satt pris på. En av pasientene sa “I go on well with the care providers... Sometimes they ask for my knowledge and I enjoy giving information” (Graneheim og Jansson 2005, s. 1401). Pasientene mener at de ansatte har for lite tid til hver enkelt, og følelsen av hjemlengsel og savnet etter noen å snakke med er ofte til stede. En pasient forteller at han mesteparten av tiden er usikker på hva han faktisk klarer å gjøre, noe som

fører til at han blir forvirret og desorientert. En annen pasient belyser viktigheten av å bli respektert og å bli møtt der man er. Det kommer også frem at de synes det er for mange ansatte på samme plass, og at de ansatte prater om ting de ikke får med seg. Friheten til å ikke kunne gjøre det de vil, og følelsen av å føle seg innesperret og overbeskyttet uttrykkes hos alle tre. En av pasientene forteller:

“ Yes, I become furious... and I tell them that I walk anywhere... in London, in Paris and in Berlin... I don't need a nanny... But here, in a hole, I am not allowed to go out on my own because I could get lost... It is a hell of a life...” (Graneheim og Jansson 2005, s. 1400).

4.0 DISKUSJON

Diskusjonskapittelet er delt inn i resultatdiskusjon og metodediskusjon. Resultatdiskusjonen tar for seg resultater og knytter det opp mot relevant faglitteratur med bakgrunn i oppgavens hensikt (Dalland 2012).

4.1 Resultatdiskusjon

Hensikten med litteraturstudien er å identifisere årsaker til utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem, og hvordan man som sykepleier kan møte atferden hos denne pasientgruppen. Hensikten er også å identifisere faktorer som kan påvirke behandlingen.

4.1.1 Forekomst av og årsaker til utagerende atferd

Forekomst av utagerende atferd

Resultater viser at forekomsten av utagerende atferd er høy, og hyppigheten har sammenheng med graden av demenssykdommen. Det er derfor viktig at grad av demens er kartlagt (Engedal 2002). Det tilsies gjennom praksiserfaringer at dette ikke blir gjort. Det er ikke nok å bare ha kunnskap, men den må også benyttes. Engedal og Haugen (2009) eksemplifiserer at kartleggingen kan gjennomføres ved hjelp av graderingsskjemaer, hvor den mest vanlige er klinisk demensvurdering. Personalets oppgave blir da å observere pasienten i en periode på 4 uker, for så og samhandle med sykehjemslege (ibid.). Atferden viser seg vanligvis i følge studier som agitasjon, aggresjon, irritabilitet og vandring. Under begrepet aggresjon forekommer symptomer som slåing, plukking, roping og ukritisk atferd (Kirkevold 2009). Vandring og roping kan være tegn på at pasientene føler seg ensomme, og at de søker etter noen å snakke med. Roping kan også være et uttrykk for fysisk eller psykisk smerte (Engedal og Haugen 2009). Dersom roping er den eneste måten pasienten får kontakt med personalet på, vil vedkommende fortsette å benytte slik atferd. Da kreves det at personalet må endre atferd ved for eksempel å gi positiv kontakt når pasienten ikke roper (Mork Rokstad 2008a).

Det fremstilles i resultater at utagering ofte oppstår sent på ettermiddagen. Dette kan skyldes forskyvning av døgnrytmen (Skjerve og Nygaard 2000). Det ser ut til at søvnforstyrrelser er vanlig blant personer med demens, noe som ofte innebærer oppvåkninger på natt og hyppige perioder med søvn på dagtid (Pat-Horenczyk m.fl. 1998). Videre kan man se at miljøet på de fleste sykehjem kjennetegnes av lite fysisk aktivitet og at beboerne ligger mye i sengen. Behandlingen bør rettes mot årsaken til søvnforstyrrelsene. Kartlegging av avdelingens døgnrutiner, tidspunkt for legging, grad av tilrettelagt aktivitet på dagtid, mulighet for å komme seg ut i dagslys, og omfang av forstyrrelser på

natt kan gjøres ved å intervju personalet og pasienter, og det kan bevisstgjøre personalet om gode og dårlige rutiner (Skjerve og Skulstad 2007). Ikke-medikamentelle tiltak som fysisk aktivitet, redusert tid i sengen, lysbehandling, justering av søvnrutiner og reduksjon av forstyrrelser fra sykehjemspersonalet har vist seg å være tiltak som forbedrer søvnkvaliteten (Alessi m.fl. 2005).

Tiltak som kan redusere eller forebygge utagering må individualiseres, og må derfor ta utgangspunkt i bakenforliggende årsak (Mork Rokstad 2008a). At atferden blir betegnet som vanskelig og utagerende, fører til at årsaken ofte blir knyttet opp mot indre forhold hos pasienten. Man må være klar over at det også kan være forhold i miljøet eller ved andre personer som kan være årsaker til problemet (Bragason 2012, Engedal og Haugen 2009).

Miljømessige forhold som årsak til utagerende atferd

Resultater viser at omgivelsene rundt pasienten har stor betydning i forekomsten av utagerende atferd. Det fysiske miljøet utgjør de fysiske rammene vi har rundt oss og er uavhengig av personalet eller andre pasienter. Tilrettelegging av det fysiske miljøet er aktuelt for å redusere forekomsten av atferden (Holthe 2008). Et strukturert miljø rundt pasienten gjør at det blir lettere å orientere seg (Eide og Eide 2007). Dette innebærer at man skaper en kjent atmosfære (Bergland og Kirkevold 2011). Personer med demens har ofte problemer med å kjenne seg igjen og å finne frem i kjente omgivelser (Kjelberg 2002). Lysforholdene har også stor betydning for orientering (Engedal og Haugen 2009). Dårlig belysning er derfor uheldig på en plass der pasienter med atferdsproblemer befinner seg (Bragason 2012). Det viser seg å være mer hensiktsmessig med kontraster enn med sterkt lys, da økt lysstyrke øker faren for blinding (Engedal og Haugen 2009). Generelt er det viktig å forsterke følelsen av å føle seg hjemme. Dette kan oppnås gjennom å møblere pasientens rom med egne møbler eller gjennom meningsfylte aktiviteter. Disse aktivitetene bør knyttes til tidligere kjønnsrelaterte roller, interesser og rutiner for at pasienten skal se sammenhengen med tidligere liv (Tretteteig og Thorsen 2011).

At utagerende atferd utløses av mye bråk og uro på avdelingen kommer til syne i resultatet. Den utagerende atferden kan være en reaksjon på andre personers atferd. Dette kan være en naturlig motreaksjon, og trenger ikke nødvendigvis skyldes demensdiagnosen. Utagerende atferd oppstår i omgivelser som er preget av bråk, uro og stress, og kan skyldes den reduserte evnen til å ha oversikt når mange ting skjer samtidig. Pasientene har behov for fast personell, små og hjemmekoselige fysiske omgivelser, rolige pleiere og lite stimuli. Det viser seg at TV og radio kan overstimulere personer med demens, og man bør i enkelte tilfeller unngå å eksponere pasienten for denne typen

stimuli (Kjelberg 2002). I andre tilfeller kan slik stimuli ha en positiv effekt på utagerende atferd. Musikkstimulering kan hjelpe til å dempe indre og ytre støy, og er et tiltak som gir stor pasienttilfredshet. Musikk har vist seg å kamuflere funksjonstap, gi positiv distraksjon fra kjedsomhet, motvirke ensomhet og isolasjon, og å styrke opplevelsen av egenverd. Terapien er lett gjennomførbart og krever lite ressurser (Myskja 2005).

Reduksjon av overstimulering kan bidra til å normalisere atferden. Skjerming er et tiltak som kan bidra til dette, og innebærer å holde pasienten atskilt fra andre pasienter eller personalet som ikke deltar i behandlingstiltaket (Narud og Grøndahl 2012). Pasienten kan her henvises til eget rom eller til en skjermet enhet, som vil si rom som er atskilt fra fellesareal. Låsing av dører er ikke tillatt. Det skal legges til rette for at pasienten selv skal ha så stor innflytelse på tiltaket som mulig. Det innebærer at man som sykepleier må tilpasse informasjon til den enkelte pasienten. Skjerming skal foregå på bakgrunn av behandlingsmessige hensyn eller hensyn til medpasienter. Ved overstimulering er det nødvendig å begrense sanseintrykk hos pasienten, og tiltaket kan motvirke forverring av pasientens tilstand. I slike tilfeller gjennomføres tiltaket av behandlingsmessige hensyn. Dersom skjerming vurderes som nødvendig, må det diskuteres opp imot eventuelle konsekvenser som kan oppstå (Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner 2006). Tiltaket skal ikke brukes som en enkel løsning da det er et alvorlig inngrep i pasientens integritet (Kjelberg 2002).

Kommunikasjonsvansker og samhandlingskonflikter mellom sykepleier og pasient

Resultater viser at manglende evne til å uttrykke seg kan være årsak til utagerende atferd. Mork Rokstad (2008a) hevder at atferden som utfordrer oss kan sees som en form for kommunikasjon fra pasientens side. Det kan være en måte å vise at deres livssituasjon ikke er tilfredsstillende på (ibid.). Negativ atferd kan signalisere at man ikke har det bra, mens positiv atferd kan vise det motsatte (Kjelberg 2002). Som sykepleier må man være i stand til å se når personen med demens prøver å kommunisere, og også forstå hva som kommuniseres (Travelbee 1999).

Studien til Graneheim og Jansson (2005) fremstiller at en årsak til utagerende atferd kan være at pasienten ikke forstår hva som foregår (ibid). Man kan se at personer med demens kan ha problemer med å oppfatte og forstå det som blir sagt. Forhold som kan bidra til dette, er at den kognitive svikten reduserer pasientens evne til å oppfatte sammenheng. Overstimulering av lyder eller at personalet snakker for fort og utydelig kan være en årsak til at budskap ikke når frem (Engedal og Haugen 2009). At personalet har liten tid under samhandling med pasienten, kan også påvirke oppfattelseevnen. Personer med demens trenger mer tid til å oppfatte ting, og til å respondere

(Solheim 2009). Dette samsvarer med pasientenes opplevelse i studien til Graneheim og Jansson (2005), der det kommer frem at pasientene føler at de ansatte ikke har tid til hver enkelt. Videre kan man se at måten man informerer på, påvirker personen med demens sin mulighet til å oppfatte hva som skjer, og planlegging i forkant av en handling med en dement pasient er viktig. Målet for en slik planlegging vil være å hjelpe pasienten med å forstå hva som skal skje (Engedal og Haugen 2009).

“...I can think of one lady in particular who can be very aggressive towards staff, but if you take the time to explain to her what is happening then her aggression will decrease....”

(Patton 2006, s. 1447)

God kommunikasjon er tilpasset personen og situasjonen. Det finnes flere gode strategier man kan benytte seg av i kommunikasjon og samhandling til personer med demens. Eksempler på slike strategier er validering, reminisens, realitetsorientering og avledning (Solheim 2009, Wogn-Henriksen 2008). Før man bruker slike kommunikasjonsteknikker må man vite hvorfor man bruker dem og hva man ønsker å oppnå. Det er også viktig at det ikke går på bekostning av det som er spontant og naturlig for sykepleieren i samhandlingen med pasienten. Kommunikasjonsteknikker er ikke mirakelkurer som automatisk fører frem til gode kontaktforhold (Travelbee 1999).

Resultater viser at valideringsterapi reduserer forekomst og alvorlighetsgrad av utagerende atferd. Målet ved valideringsterapi er at sykepleiere skal akseptere pasientens følelser og opplevelser. Under valideringsterapi skal man ikke korrigere pasienten tilbake til nåtid, men møte pasientens følelser uten verken å avkrefte eller bekrefte vedkommendes virkelighetsoppfatning (Solheim 2009).

Sykepleiere kan med fordel bruke validering i situasjoner som dette:

“En ettermiddag virker Herr Gundersen engstelig og urolig. Han går til ytterdøra og tar et solid tak i håndtaket, men døra er låst. Han blir redd og virker sint. Sykepleier Eli går bort til ham og spør om han har tenkt seg ut. Han svarer at han skal hjem å spise middag med kona si. Sykepleieren forstår at han savner kona, og spør om han kan fortelle litt om henne. Han roer seg gradvis ned mens han forteller.” (Berentsen 2008, s. 377).

Videre viser resultater at effekten av denne typen miljøterapi reduserer stress hos personalet. Dette kan bidra til ytterligere reduksjon av utagering, ettersom personer med demens har en tendens til å reagere negativt på stress fra sykepleierens side (Engedal og Haugen 2009). Dette stemmer overens med flere studier som viser at forekomsten av utagerende atferd er størst på avdelinger som er

preget av mye stress (Edvardsson m.fl. 2008, Graneheim m.fl. 2011).

Personer med demens mangler evnen til å forholde seg til tidsaspektet, og har vanskeligheter med å skille mellom fortid, nåtid og fremtid. Dette medfører at pasienten ikke alltid er oppdatert for tid og sted, og kan fort miste oversikten (Eide og Eide 2007). Ved å benytte realitetsorientering, korrigerer man pasientene slik at de får en adekvat virkelighetsoppfatning (Wogn-Henriksen 2008). Denne kommunikasjonsstrategien har som mål å bringe pasienten tilbake til nåtid (Solheim 2009). Å ikke være orientert kan skape store konsekvenser. Mulighetene for å planlegge og forstå hva som skal skje blir vanskeligere, noe som kan resultere i økt forvirring (Engedal og Haugen 2009). Klokker og kalendere er viktig for å få oversikt over tid, og det bør tas hensyn til når og hvor det er mest bruk for informasjonen når man skal plassere slike hjelpemidler (Holthe 2008). Realitetsorientering kan også gjøres gjennom å presentere seg for pasientene med navn daglig, og å legge frem dag, dato og klokkeslett (Berentsen 2008). Man må være oppmerksom på at realitetsorientering i enkelte tilfeller kan virke mot sin hensikt, og man må passe på hvordan man formidler realiteten til personen med demens (Wogn-Henriksen 2008, Patton 2006).

Det finnes ingen grunnleggende regler for hva som er riktig i hvert tilfelle, men man skal aldri si usannheter. I enkelte tilfeller kan det være riktig å orientere pasienten, mens andre ganger kan avledning være mer aktuelt (Engedal og Haugen 2009). Personer med demens er opptatt av det som skjer her og nå. Gjennom å bruke avledning, kan man få vedkommende til å bli interessert i andre ting. Bestiklinger som kaffe og småkaker kan bidra til å forsterke effekten av avledningen. Dersom pasienten opplever sterke emosjoner i forbindelse med en situasjon, må man være oppmerksom på at avledning sjeldent har god effekt (Kjelberg 2002). Eide og Eide (2007) legger vekt på at man kommuniserer for å skape en felles mening sammen. For å kunne skape mening med en dement person, må man kunne gå inn i deres verden å vise interesse. En fin måte å skape en slik mening på er reminisens.

Resultater viser at bruken av reminisens som tilnæringsmåte reduserer forekomsten av utagerende atferd. Personer med demens har ofte inntakt langtidshukommelse, mens korttidshukommelsen er svekket. Denne kommunikasjonsstrategien tar utgangspunkt i pasientens tidligere liv, og man henter frem meningsfulle hendelser. Dette kan gjøres gjennom å bruke bilder, gjenstander, lukt, smak, musikk og andre former for sansestimulering (Wogn-Henriksen 2008). Hensikten med reminisens er å minnes livet på godt og vondt, og akseptere livet slik som det har vært. Resultater viser at reminisens

også kan fremkalle vonde minner hos pasienten. Det er ikke alltid tilfelle at et menneske aksepterer tidligere hendelser i livet, noe som kan fremkalle fortvilelse og frykt (Solheim 2009).

Somatiske og farmakologiske årsaker til utagerende atferd

At utagerende atferd kan oppstå dersom somatiske behov ikke blir møtt fremstilles i resultatet. Dette stemmer overens med Mork Rokstad (2008a), som hevder at somatiske sykdommer er en utbredt årsak til utagering. Demens opptrer i høy alder, og høy alder medfører også en betydelig økning av somatiske sykdommer (ibid.). I en atferdsutredning må man alltid se etter fysiske plager som hodepine, mage-tarm-problemer, ryggplager, smerter, tann- og munnplager, dehydrering og under- eller feilernæring (Kjelberg 2002).

Studien til Janzen m.fl. (2013) refererer til at ubehandlet smerte er en vanlig årsak til utagerende atferd. Personer med demens er ikke i stand til å kjenne igjen kroppslige smerter på samme måte som andre. Det er også en utfordring for disse pasientene å beskrive smertene på en måte som andre forstår. Med tanke på at behandling ofte blir rettet mot atferden og ikke selve årsaken, blir smerter for sjeldent behandlet (Engedal og Haugen 2009). Personer med demens reagerer ofte med frykt på smerteopplevelser på grunn av at de ikke klarer å knytte det opp mot en konkret årsak (Engedal og Haugen 2009, Mork Rokstad 2008a, Selbæk 2010). Observasjonsbaserte smertevurderingsmetoder er nødvendig i smertekartlegging til personer med demens. Her ser man etter tegn som kan tyde på smerter, og særlig er det ansiktsuttrykk som går igjen. Ansiktsuttrykk kan være pannerykninger, rask blinking eller et trist uttrykk. Å observere slike tegn krever årvåkne sykepleiere (Mork Rokstad 2008a).

Forskning viser sammenheng mellom grad av funksjon i stellesituasjoner og utagerende atferd. Dette kan være en reaksjon på smerter da eldre pasienter ofte er stive og har kontrakturer. Som sykepleier må man prøve å unngå å utløse smerter gjennom måten man gir hjelp på ved å ikke være hardhendte eller brå (Mork Rokstad 2008a). Det er også i slike situasjoner personer med demens føler seg mest sårbare og truet (Engedal og Haugen 2009). Manglende initiativ er ofte et symptom ved demens, og for å bistå pasienten til å beherske mest mulig selv, er det viktig at sykepleiere og annet helsepersonell forholder seg så likt som mulig i samhandling med vedkommende. Det kan være nødvendig med en stellebeskrivelse for å opprettholde samme rutiner hos den enkelte i stellesituasjoner. En slik beskrivelse kan innebære at man skal informere om hva man skal gjøre, gi en beskjed om gangen og hjelpe til så lite som mulig. Man bør prøve å sette seg inn i pasientens situasjon slik at man hele tiden kan forsøke å tolke hva vedkommende formidler gjennom atferden

sin. Det er viktig å ikke overse pasientens ressurser i en slik situasjon, og man må ikke ta over oppgaven på grunn av mangel på tålmodighet eller for liten tid. Dette er forbundet med negative holdninger (Simonsen 2008).

Videre viser resultater at somatiske behov som sult og dehydrering kan føre til økt uro. Personer med demens har vansker med å kommunisere frem ubehaget som oppstår (Mork Rokstad 2008a). Det vil derfor være viktig for sykepleiere og annet helsepersonell å vite hvordan man skal identifisere behovet for sykepleie. Man kan observere utilfredsstilte behov for væske og næringsstoffer dersom pasienten er mye trøtt, slapp og initiativløs. Dette gjelder også dersom vedkommende har nedsatt appetitt og et lavt aktivitetsnivå. Dersom det er mistanke om utilstrekkelig inntak, er kartlegging av ernæringsstatusen til pasienten aktuelt. Det krever en gjennomgang av pasientens anamnese, samt et kostintervju. I intervjuet må sykepleier kartlegge pasientens kostvaner i forhold til tilberedning av maten, tidspunkter, mengde, allergier, pasientens evne til å innta maten på egenhånd og ikke minst pasientens egen motivasjon til å spise. I tillegg må det kartlegges om det er andre faktorer som spiller inn på inntaket, slik som munntørrhet, svelgeproblemer eller nedsatt appetitt (Aagaard og Bjerkreim 2011).

Bruk av antipsykotika eller beroligende legemidler kan være utløsende årsak til utagerende atferd. Kjelberg (2002) påpeker at en stor del av den utagerende atferden kommer av bivirkninger fra legemiddelbruk. Bruk av beroligende legemidler over lenger tid kan føre til toleranseutvikling, og de fleste typene av denne medikamentgruppen har lang halveringstid, spesielt hos eldre. Derfor kan langtidsbruk føre til bivirkninger som tretthet, nedsatt konsentrasjon, forvirring og delirium (Engedal og Haugen 2009). Bruk av psykofarmaka er en av de vanligste årsakene til delirium (Malt 2014, Ranhoff og Brørs 2005). Man må være oppmerksom på at enhver somatisk sykdom også kan føre til delirium, og pasienter med demens er ekstra utsatt (Juliebø 2009). Spesielt ved alvorlig grad av demens kan det være vanskelig å identifisere somatisk sykdom og delirium, og utagerende atferd blir ofte sett på som en forverring av demenssykdommen (Engedal og Haugen 2009).

4.1.2 Sykepleieres kunnskap og holdninger i møte med utagerende atferd

Resultater viser at sykepleieres kunnskap og holdninger spiller en stor rolle i forekomsten av den utagerende atferden. Negative holdninger er med på å skape utrygghet og kaos, og påvirker pasientens atferd (Simonsen 2008). Videre kan det være rimelig å tro at kunnskap spiller mye inn, da resultater viser at sykepleiere på skjermet enhet har god kunnskap som fører til en større evne til å takle pasientenes atferd. Edvardsson m.fl. (2008) sier derimot at kunnskap ikke spiller en så stor

rolle, da det viste seg å være lite assosiasjoner mellom å ha mye kunnskap og forekomsten av den utagerende atferden. Man kan se i Odland og Thorshaug (2009) sin studie at personlig egnethet er vel så viktig, kanskje til og med enda viktigere. Dette innebærer interesse for faget, at man hele tiden har et ønske om å bli dyktigere og at man har en evne til å tåle stressbelastninger over lenger tid.

Resultater viser at det er for lite kunnskap blant helsepersonell. Helse- og omsorgsdepartementet (2007) har utviklet en demensplan for 2015 hvor et av målene er å heve kompetansenivået hos helsepersonell som jobber med personer som er rammet av en demenssykdom. Det er satt inn ressurser hvor det gis tilskudd til videreutdanning i geriatri og demens gjennom kompetanseløftet (ibid.). Sykepleiere har i følge Yrkesetiske retningslinjer (2011) selv ansvaret for å holde seg oppdatert på ny forskning, og bidra til at kunnskap anvendes i praksis, samt at helsehjelpen de gir er faglig forsvarlig.

Janzen m.fl. (2013) viser i sin studie til at sykepleiere ikke støtter bruken av medikamenter, og at de vet at ikke-medikamentelle tiltak eksisterer. For lite tid, kunnskap og bemanning er barrierer mot implementering av slike tiltak. Dette bidrar til man allikevel velger medikamenter. Simonsen (2008) mener at nettopp for lite personale og stress påvirker våre holdninger i en negativ retning, noe som igjen påvirker vår atferd (ibid.). På bakgrunn av dette vil det være rimelig å tro at disse barrierene fører til at man gir medikamenter fordi det er et enkelt og raskt alternativ. "...at times there's so little staff and there's a lot of behaviours all at once. It's just kind of putting out fires and keep things rolling..." (Janzen m.fl. 2013, s. 6). Solheim (2009) understøtter at bemannings situasjonen er problematisk, og påpeker at det ofte er færre sykepleiere og flere ufaglærte på jobb enn planlagt. De ufaglærte har lite kunnskap om pasientenes behov, generelt om demenssykdommer, behandling, hva som skal observeres og hvilke tiltak som bør iverksettes. Stort arbeidspress, travelhet og lavt kunnskapsnivå øker grobunnen for holdninger (ibid.). Man kan se at det er en sammenheng mellom arbeidsforhold og tålmodighet. For å redusere forekomst av utagerende atferd, bør arbeidsforholdene til den enkelte ansatte forbedres slik at tålmodigheten øker og holdningene blir bedre (Kjelberg 2002). Man må også ha i bakhånd at flere pasienter opplever at det er for mange ansatte tilstede, noe som skaper uro og uoversiktlige forhold (Graneheim og Jansson 2005). Man må derfor stille seg kritisk til om å øke bemanningen er det som skal til.

Resultater viser at medikamenter ofte blir brukt forebyggende. Erfaringer fra praksis tilsier at dette er vanlig. En generell indikasjon er at pasientene skal ha det bedre. I situasjoner der pasienten er urolig eller aggressiv, kan sedering med sedativa eller antipsykotika føre til at pasientene blir mer

samarbeidsvillige (Ruths og Straand 2005). Redusert utagering i slike situasjoner betyr ikke nødvendigvis at det er god effekt av medikamentene. Det kan derimot tolkes som en bivirkning, da pasienten kan bli så sedert eller passivisert at atferden dempes (Kjelberg 2002). Psykiateren Nils Chr. Gulman hevder at antipsykotika er de farligste medisinene å gi til en person med demens, og det er misbruk å anvende dette for å gjøre pasientene rolige. Han sier at medisiner skal hjelpe mennesker, ikke ødelegge dem (Nygård 2009). Ut ifra studien til Odland og Thorshaug (2009) kan man forstå det som at bruk av medikamenter som forebyggende er vanlig og nødvendig praksis. De hevder at det er viktig å observere tegn til utagering tidlig, slik at man kan gi medisiner før alvorlighetsgraden av atferden øker for mye.

Forskning viser at medikamenter gir raskere reduksjon av utagerende atferd enn ikke-medikamentelle tiltak. Selbæk (2010) påpeker at medikamenter alt for ofte blir prioritert som førstevalg. En grunn til dette er usikkerhet blant personalet. Kunnskap om effekt og bivirkninger oversees i håp om å finne raske løsninger (ibid.). Ut ifra dette kan det være rimelig å tro at det misbrukes på grunn av for liten kunnskap og dårlige holdninger hos helsepersonell. Man kan stille seg kritisk til bruken av psykofarmaka når atskillig mye forskning viser til liten effekt, mange bivirkninger og forbedringer av atferdssymptomer ved seponering. Selbæk (2009) hevder at dersom antipsykotika gir god effekt hos en person med demens, bør prøveseponering skje innen tre måneder for å vurdere terapierespons (ibid.). I tilfeller der ønsket effekt ikke er oppnådd innen 6 uker, skal medikamentet seponeres (Ruths og Straand 2005). For å kunne observere bivirkninger, og å gi psykofarmaka til pasientene uten at de blir sederte, kreves det god kunnskap om demens og farmakologi. Det kreves også tverrfaglig samarbeid mellom behandlende leger og annet helsepersonell både i og utenfor sykehjemmet (Engedal og Haugen 2009).

Resultater viser at det er vanlig å tro at demensdiagnosen i seg selv er årsaken til utagerende atferd. Dette reflekterer mye av de holdningene helsepersonell og andre har til personer med en demenssykdom. Man kan se at denne antakelsen ikke nødvendigvis trenger å være rett, da hvem som helst kan ha en slik atferd i perioder (Kjelberg 2002). Fokuset er rettet mot at demens er en sykdom som rammer hjernen som fører til funksjonssvikt og problemer. Det viser seg at man ofte glemmer at personer med demens føler noe og forstår noe (Mork Rokstad 2008c). Dette forbindes med negative holdninger (Simonsen 2008). Man må som sykepleier endre denne holdningen slik at man ikke vektlegger demenssykdommen, men at man fokuserer på hva pasienten ønsker og har behov for. Mange oppfatter at et fullverdig liv består av å ha bevarte kognitive funksjoner. Studier

viser at personer med demens har et godt liv til tross for dette (Mork Rokstad 2008c). Travelbee (1999) påpeker at mennesker kan oppleve å ha god helse til tross for diagnostisert sykdom.

“Vi legger til grunn at det å lære den syke å kjenne er en like effektiv og nødvendig sykepleieaktivitet som å utføre prosedyrer eller gi fysisk omsorg. Enhver interaksjon med den syke kan fremme den prosessen det er å lære vedkommende å kjenne...” (Travelbee 1999, s. 142).

Man kan anta ut i fra forskningsresultater at kommunikasjon og refleksjon mellom ansatte også kan være med på å endre holdninger. Martinsen (2003) påpeker at sykepleiere kan endre holdninger dersom de er villige til å reflektere og diskutere rundt vanskelige situasjoner. Endring av holdninger blir da et resultat av at man får tilført ny kunnskap og innsikt. Det er også avgjørende å ha et ønske om å endre holdninger selv (Simonsen 2008). Kunnskap om demens og utagerende atferd vil påvirke holdningene i møte med en demensrammet. Pasientene merker det dersom det ikke er samsvar mellom det vi sier og hvordan kroppsspråket vårt er (Odland og Thorshaug 2009). Måten sykepleiere utfører sine handlinger på er avgjørende for hvordan pasienten opplever den sykepleien han mottar (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011).

Resultater fremstiller at sykepleiere kontinuerlig står ovenfor etiske dilemmaer. Helsedirektoratet (2007) viser til at dette ofte er tilfelle i demensomsorgen, og at det er viktig med etisk refleksjon i det daglige arbeidet. Sykepleiere har selv plikt til å bidra aktivt til at dette blir implementert i hverdagen (Yrkesetiske retningslinjer 2011). Refleksjoner der den enkelte ansatte får reflektere over egen væremåte både underveis og i etterkant av situasjonen vil være avgjørende (Mork Rokstad 2008c).

4.1.3 Sykepleieres forståelse og den dementes opplevelse av sykdommen

Viktigheten av god kunnskap og gode holdninger kommer frem gjennom intervjuer med helsepersonell på skjermet enhet. Deres holdninger og kunnskap øker forståelse for årsaken til pasientens atferd. Et eksempel som viser dette er når en pasient vandrer rundt, tar opp noen servietter som sykepleieren akkurat har brettet, og sykepleieren sier at “Nå tar hun serviettene som jeg har brettet og kommer helt sikkert til å krølle dem sammen. Men det gjør ikke noe. Sånn er det bare” (Thorvik m.fl. 2014, s. 6). Sykepleieren beholdt roen, og korrigerer ikke på pasientens atferd. Viktigheten av forståelse kommer også frem i studien gjennom at pasientene viste økt grad av irritasjon i situasjoner der sykepleierne ikke forstod hva pasientene ville (Thorvik m.fl. 2014). Travelbee (1999) hadde et stort fokus på at sykepleie skulle baseres på pasientens egen opplevelse

av sin situasjon fremfor å forholde seg til diagnosen.

Sykepleiere tolker atferd på hver sin måte. Våre egne holdninger, meninger, følelser og sinnsstemninger avgjør hvordan vi tolker en annen persons atferd. En forutsetning for en riktig tolkning innebærer kjennskap til pasienten (Kjelberg 2002). Travelbee (1999) mente at det ikke finnes en konkret definisjon på god helse. Nettopp derfor fremhevet hun viktigheten av å kjenne pasienten. Hun var kritisk til hvordan man kan arbeide for å fremme god helse hos en person dersom man ikke forstår eller vet hva som er god helse for nettopp denne personen (ibid.). For å forstå pasienten må vi kjenne til det livet vedkommende har levd. Ved hukommelsessvikt blir det vanskelig for pasienten å forholde seg til omgivelsene og de kan oppleve at all mening i deres liv forsvinner. Det som gir de mening er knyttet til det livet de har levd. Et hjelpemiddel man kan bruke for å innhente opplysninger om pasientens tidligere liv er et anamnese-skjema. Dersom personalet vet lite om pasientens tidligere liv, vil det være vanskelig å forstå pasienten og å holde kommunikasjonen i gang. Ved hjelp av dette skjemaet har man muligheter til å tilpasse aktiviteter etter den enkeltes ønsker og interesser, samtidig som det blir enklere å kommunisere med pasienten (Simonsen 2008).

Resultater viser at evnen til empati spiller en stor rolle når man tilnærmer seg utagerende atferd. For å forstå vedkommende gjelder det for sykepleiere å være empatisk og å se situasjonen fra pasientens ståsted (Mork Rokstad 2008a). Travelbee (1999) hevdet at utfordringen for sykepleiere er å bryte ut av sine forutinntatte oppfatninger av pasienten og se han som han er. Hun mente også at det er avgjørende å være empatisk. Det vil si at man kan oppfatte den andres ubehag, forstå hva det skyldes og forutsi hvilken atferd det vil føre til. Hun fastslo at empati ikke er noe som oppstår tilfeldig, og at det bygger på visse likheter i partenes erfaringer. Et menneske kan ikke forstå noe som det ikke på en eller annen måte kan knytte til egne erfaringer, og det er urealistisk å forvente at en sykepleier skal ha empati med alle slags mennesker. Ønsket om å forstå den andres opplevelse er også en nødvendig forutsetning for empati.

For å forstå atferden bedre er det en forutsetning med en grundig atferdsutredning (Engedal 2002). En av de mest brukte observasjonsbaserte kartleggingskjemaene er Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Selbæk 2005, Vedlegg 4). Det viktigste i en slik kartlegging er en beskrivelse av atferden, hvor ofte den inntreffer, varighet og i hvilke situasjoner den oppstår (Engedal og Haugen 2009, Mork Rokstad 2008a). Spørsmål man kan stille seg selv underveis i tolkningen av atferden, er om det er en reaksjon på indre forhold hos pasienten, om det er en naturlig reaksjon på andres atferd eller omgivelsene, eller om atferden kan være en reaksjon på en samhandlingskonflikt (Kjelberg 2002).

“Imagine leaving your own environment, coming into a place where it’s not familiar... living with other unfamiliar people... and having care done by people you don’t recognize.”

(Janzen m.fl. 2013, s. 6).

Lite forskning på området viser til at det kan være en utfordring å få frem personen med demens sin opplevelse av egen situasjon. Mork Rokstad (2008c) viser til studier der det er utført intervjuer med personer med demens. Det viser seg at de ofte er klar over at de har sviktende hukommelse. Det kommer også frem at de har vansker med å gjennomføre daglige gjøremål, problemer med kommunikasjon og bekymringer for å gå seg bort. Det påpekes at de vet det er noe de skal huske, men at de ikke klarer å huske det. De synes det er vanskelig å huske på nye ting, og må gjerne konsentrere seg om en ting av gangen. Ofte blir de frustrert over å ikke kunne gjennomføre en planlagt handling da de underveis glemmer hva som var målet med handlingen. De opplever sinne og frustrasjon over manglende funksjon, og de synes det er skremmende å miste oversikten. Flere av personene med demens har opplevd å gå seg bort, der de ikke har vært i stand til å kjenne igjen omgivelsene eller reorientere seg.

Selv om resultater får frem hvordan noen pasienter opplever sin situasjon, vil det være vanskelig å konkretisere tiltak. Dette fordi man som sykepleier bør kjenne pasientene for å få innsikt i hvordan de takler påkjenninger, og hvordan de oppfører seg under vanskelige omstendigheter (Travelbee 1999). For å forstå atferden bedre, må man ta hensyn til nettopp hvordan personen med demens beskriver sin egen opplevelse av sykdommen (Mork Rokstad 2008c). Travelbees (1999) fokus på å lære den syke å kjenne understøtter dette. Sykepleieren vil da bli i bedre stand til å kunne oppdage når det oppstår forandringer hos pasienten (ibid). Hvert enkelt menneske som er rammet av en demenssykdom opplever sykdommen forskjellig. Graden av innsikt og evnen til å beskrive endringer vil også variere. Å kunne sette ord på hvordan man opplever noe er viktig for alle, men ikke alltid like lett for en person med demens. Det er dokumentert at fellessamtaler med andre personer i samme situasjon er et godt tiltak for at pasientene skal få mulighet til å snakke om det de ønsker. Sykepleierens oppgave blir da å legge til rette for at dette er mulig (Mork Rokstad 2008c).

Kirkevold (2008) viser til flere studier som påpeker at det er for lite kunnskap og forståelse om sykepleie tilpasset hver enkelt pasient, og at den grunnleggende verdien om å basere sykepleie på pasientens ønsker og behov ofte er mer et ideal enn en realitet. Man kan se at sykepleiere har en tendens til å basere sin omsorg på grunnlag av egne oppfatninger og verdier. Travelbee (1999)

fokuserer også på at sykepleieren må være i stand til å skille mellom egne og pasientenes behov, og ikke overføre sine egne behov på pasienten. Hun påpekte at det var en forutsetning å bli kjent med pasienten som person, og å kunne identifisere hans særegne behov for å kunne planlegge og utføre individuell sykepleie.

Resultater viser at sykepleiere mener at utagerende atferd oppstår oftest hos de som har en historie med denne typen atferd fra tidligere. Dette kan vise seg å være en korrekt tolkning, da man kan se sammenheng mellom personlighetstrekk og utvikling av utagerende atferd. Selv om det finnes lite forskning på denne sammenhengen, så viser det seg allikevel at personer med personlighetstrekk som hissighet, irritabilitet og sinneutbrudd fra tidligere lettere kan vise utagerende atferd når de utvikler en demenssykdom (Kjelberg 2002).

Resultater viser at pasientene føler at de blir satt pris på når de blir inkludert. Travelbee (1999) hevdet at et menneske opplever mening når man føler seg verdsatt og er av betydning for andre mennesker. For å utvikle og opprettholde en slik opplevelse, trenger mennesket kontinuerlig støtte fra sine nærmeste og fra profesjonelle hjelpere.

En stor andel helsepersonell tror pasientene føler seg maktesløse da de er avhengige av hjelp. Det å være avhengig av hjelp fra andre, og å ikke kunne klare seg selv i hverdagen, er forbundet med negative holdninger. Avhengighet blir vurdert som noe negativt når det settes opp i mot idealet om å være selvhjulpen, og kan føre til mangel på respekt (Martinsen 2003). Travelbee (1999) var i mot generaliseringer, og tok stor avstand fra rollene som sykepleier og pasient. Hun mente dette fjernet personlige trekk og kjennemerker. Studier viser at helsepersonell i flere tilfeller viser autorisasjon ovenfor pasientene. Tar man utgangspunkt i Travelbees sykepleierteori, er dette noe som ikke skal forekomme, da man skal se hverandre som likeverdige og forstå den andres behov (Travelbee 1999).

4.2 Metodediskusjon

Hensikten i dette kapitlet er å diskutere om metoden som er brukt i litteraturstudien har bidratt til å belyse oppgavens hensikt, eller om noe kunne vært gjort annerledes (Dalland 2012).

I utgangspunktet var hovedfokuset i studien på kommunikasjonsstrategier i den ikke-medikamentelle behandlingen, men underveis i søkingen kom det frem at det eksisterer flere ikke-medikamentelle tiltak som har vist god effekt på utagerende atferd. På grunnlag av dette, og et ønske om å være åpen for ulike tiltak som har vist god effekt, ble det ikke gjort noen konkrete begrensninger i forkant av litteraturstudien. Kommunikasjonsprosessen utfordres også på ulike nivå utifra hvilken type demens pasienten har. Oppgaven bør derfor ikke sees som en fasit til hver enkelt person, men som et hjelpemiddel til hvordan man kan møte generelle kommunikasjonsproblemer. Dersom studien skulle blitt gjort om igjen, skulle den vært litt mer avgrenset.

Flere ulike typer medikamenter har blitt vurdert. Til å begynne med var fokuset på Sobril og Risperdal, da erfaringer fra praksis tilsier at disse medikamentene blir benyttet mest. Det viste seg å være lite forskning på kun disse. I tillegg viser forskning at sedativa og antipsykotika generelt blir mye brukt, derfor falt valget på dette.

Flere sykepleieteorier har blitt vurdert som relevante for oppgaven. Kari Martinsen sin omsorgsteori og Aaron Antonovsky sin salutogene helsemodell er begge relevante. Valget falt på Joyce Travelbee da denne teorien utfyller det å fokusere på mennesket bak diagnosen i stedet for diagnosen i seg selv, viktigheten av kommunikasjon og empati, og det å lære pasienten å kjenne, noe som er vektlagt i denne oppgaven.

Forfattere som Geir Selbæk og Ulla Graneheim går igjen mye innen forskning på demens. Det er derfor blitt benyttet flere artikler fra begge forfattere, noe som sees på som en styrke i oppgaven. Av de inkluderte artiklene er alle med unntak av to fra Norden. Dette er en styrke i oppgaven da det var ønskelig å rette fokuset mot helsepersonell i Norge.

Det er inkludert artikler som består av både sykepleiere og andre omsorgsgivere fordi at det ikke kun er autoriserte sykepleiere som møter utagerende atferd hos personer med demens. Det er både sykepleiere og annet helsepersonells oppgave å implementere ikke-medikamentelle tiltak for å unngå at sykepleiere skal ty til medikamenter. Det er også inkludert en artikkel fra skjermet enhet for å få frem viktigheten av kunnskap for å kunne tilnærme seg utagerende atferd på best mulig måte.

5.0 KONKLUSJON

I denne litteraturstudien kommer det frem at utagerende atferd forekommer hyppig hos personer med demens, og at årsakene er mange og komplekse. For å kunne møte pasientens atferd best mulig, er det viktig som sykepleier å ha kunnskap om sykdommen og ulike årsaker. Å lære den syke å kjenne, og å forstå hvordan vedkommende opplever sin situasjon, er også essensielt. Dette på bakgrunn av at hver enkelt pasient opplever egen situasjon forskjellig.

Det viser seg at kunnskap blant helsepersonell er varierende. Selv om majoriteten har god kunnskap, bidrar ulike faktorer til at man velger å behandle atferden med psykofarmaka fremfor miljøterapi. De viktigste faktorene er lite tid, stress og mangel på ressurser. Mangel på kunnskap er flere tilfeller også en faktor. I tillegg har holdninger en stor betydning i hvordan man møter utagerende atferd hos personer med demens, noe som igjen kan skyldes mangel på kunnskap. Som sykepleier må man ha evne til å sette seg inn i pasientens situasjon, og en vilje til å endre de holdningene som fører til at man behandler atferden fremfor årsaken.

Det er tydelig overforbruk av psykofarmaka blant personer med demens, noe som er meget uheldig på grunn av liten effekt og høy risiko for bivirkninger. Miljøterapi bør være førstevalg, og ulike kommunikasjonsstrategier, tilrettelegging av det fysiske miljøet, musikk og sansestimulering er eksempler på gode tiltak som ikke trenger å være tid- og ressurskrevende.

Referanser

Aagaard H og Bjerkreim T (2011) Væske og ernæring, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.). *Grunnleggende sykepleie, bind 2*, 2. Utg., s. 161-202, Oslo, Gyldendal Akademisk

Alessi C A, Martin J L, Webber A P, Cynthia Kim E, Harker J O og Josephson K R (2005) Randomized, controlled trial of a nonpharmacological intervention to improve abnormal sleep/wake pattern in nursing home residents. *Journal of American Geriatric Society*, 53 (5), s. 803–810

Berentsen V D (2008) Kognitiv svikt og demens, i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A H (2008) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. 1. Utg., s. 350-382, Oslo, Gyldendal Akademisk

Bergland Å og Kirkevold M (2011) Hvilke faktorer i de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens? *Sykepleien forskning*, 1(6), s. 14-25

Bragason A (2012) Alderspsykiatri, i: Dahl A A og Aarre T F (red.). *Praktisk psykiatri (2012)* s. 462 - 482, Bergen, Fagbokforlaget

Bragstad L K og Kirkevold M (2010) Individualisert musikk for personer med demens. *Sykepleien forskning*, 2(5), s. 110-118

Brinchman B S (red.) (2012) *Etikk i sykepleien*. 3. Utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Dalland O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. 5. Utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

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). s. 764-776

Eide H og Eide T (2007) *Kommunikasjon i relasjoner: Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2. utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

Engedal K (2002) Diagnostikk og behandling av demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 5 (122), s. 520-4

Engedal K og Haugen P K (2009) *Lærebok demens: Fakta og utfordringer*. 5. Utg., Tønsberg, Aldring og Helse

Forsberg C og Wengström Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier, Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. 3. Utg., Stockholm, Natur & kultur

Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner (2006) *Forskrift om bruk av skjerming i institusjoner i det psykiske helsevernet* av 02.juli.1999 (62)

<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2006-12-15-1423> (Hentet 06. mai 2015)

Fugelsnes E (red). (31.03.2009) Oppmerksomhet mot uro, <http://forskning.no/aldring-psykiske-lidelser/2009/03/oppmerksomhet-mot-uro> (Lastet ned 23. januar 2015)

Graneheim U H og Jansson L (2005) The meaning of living with dementia and disturbing behavior as narrated by three persons admitted to a residential home. *Journal of clinical nursing*, vol. 15, s. 1397-1403

Graneheim U H, Hörnsten Å, og Isaksson U (2011) Female caregivers' perceptions of reasons for violent behavior among nursing home residents. *Journal of Psychiatric and Mental health nursing*, vol. 19, s. 154-161

Helse- og omsorgsdepartementet (2007) Demensplan 2015 «Den gode dagen.»

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf (Lastet ned 22.januar 2015)

Helsedirektoratet (2007) Personell og kompetanse, *Glemsk, men ikke glemt! Om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens*, s. 92-102, Oslo, Forlagstrykkeriet

Hjort P F og Waaler H T (2010) Demens frem mot 2050. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 13(130), s. 1356-8

Holthe T (2008) Handlingssvikt og tilrettelegging, i: Mork Rokstad A M og Lislrud Smebye K (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 1. Utg., s. 27-45, Oslo, Akribe AS

Håkonsen K J (2010) *Innføring i psykologi*. 4. Utg., Oslo, Gyldendal Akademisk

James I A, Mackenzie L, Pakrasi S og Fossey J (2008) Non-pharmacological treatments of challenging behaviours, *Nursing and residential care*, 10(5), s. 228-231

Janzen S, Zecevic A A, Klobeck M og Orange J B (2013) Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimers Disease & other Dementias*, 00(0), s. 1-9

Juliebø V (2009) Delirium - en vanlig og farlig tilstand blandt eldre. *Demens&Alderspsykiatri*, 13(1), <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=2525> (Lastet ned 22. april 2015)

Kirkevold M (2008) Individuell sykepleie: Sentrale perspektiver, i: Kirkevold M, Brodtkorb K og Ranhoff A H (2008) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. 1. Utg., s. 100-112, Oslo, Gyldendal Akademisk

Kirkevold Ø (2009) Utfordrende atferd - forståelse og behandling, i: Engedal K og Haugen P K (red.) *Lærebok demens. Fakta og utfordringer*, 5. Utg., s. 312-328, Tønsberg, Aldring og helse

Kjelberg T (2002) *Når atferd blir vanskelig. Utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. 1 Utg., Oslo, Kommuneforlaget AS

Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.). (2011) Sykepleie - kunnskap og kompetanse, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*, 2. Utg., s. 160-206, Oslo, Gyldendal Akademisk

Lerdal A (2009) Metodekapittelet. *Sykepleien Forskning*, 4(3), s. 239-241

Luke R D, Petersen K A og Tranvåg O (2013) Dementia care supported by memory stimulating surroundings - caregivers experience with environmental reminiscence approach. *Nordisk sygeplejeforskning*, (4), s. 269-286

Malt U (2014) Delirium, i: *Store medisinske leksikon*, <https://sml.snl.no/delirium> (Lastet ned 13. april 2015)

Martinsen K (2003) *Omsorg, sykepleie og medisin*. 2. Utg., Oslo, Universitetsforlaget

Mork Rokstad A M (2008a) Utfordrende atferd, i: Mork Rokstad A M og Smebye K L (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 1. Utg., s. 180-206, Oslo, Akribe AS

Mork Rokstad A M (2008b) Hva er demens?, i: Mork Rokstad A M og Smebye K L (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 1. Utg., s. 27-45, Oslo, Akribe AS

Mork Rokstad A M (2008c) Forståelse som grunnlag for samhandling, i: Mork Rokstad A M og Smebye K L (red.) *Personer med demens: Møte og samhandling*. 1. Utg., s. 60-86, Oslo, Akribe AS

Myskja A (2005) Bruk av musikk som terapeutisk hjelpemiddel i sykehjem. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 11(125), s.1497 – 9

Mæland M J, Joa I og Testad I (2013) Agitasjon og funksjon i stell: Førekost og sammenheng hos personar med demens. *Sykepleien forskning*, 3(8), s. 232-240

Narud K og Grøndahl P (2012) Rettspsykiatri, i: Dahl A A og Aarre T F (red.) (2012) *Praktisk psykiatri*, s. 604-636, Bergen, Fagbokforlaget

Nasjonalforeningen for folkehelse (Sist oppdatert: 19.12.2015) Om demens, http://www.nasjonalforeningen.no/no/Demens/Om_demens/ (Lastet ned 21. januar 2015)

Nygård A M (2009) Sykehjemsplass på billigsalg - hvor er etikken? *Demens&Alderspsykiatri*, 13(2), s. 22-23, Oslo, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse

- Odland B og Thorshaug S (2009) Forebygging av APSD i en forsterket sykehjemsavdeling. *Demens&Alderspsykiatri*, 13(2), s. 7-10, Oslo, Aldring og helse
- Pat-Horenczyk R, Klauber M R, Shochat T og Ancoli-Israel S (1998) Hourly profiles of sleep and wakefulness in severely versus mild-moderately demented nursing home patients, *Aging Clinical and Experimental Research*, vol. 10, s. 308–315
- Patton D (2006) Reality orientation: its use and effectiveness within older person mental health care. *Journal of clinical nursing*, (15), s. 1440-1449
- Polit D F og Beck C T (2011) *Nursing Research, Generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Wolters Kluwer Health
- Ranhoff O P og O Brørs (2005) Legemidler som kan gi delirium hos eldre. *Tidsskrift norsk legeforening*, 125(17), s. 2366-7
- Rognstad M K og Nåden D (2011) Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen - Pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), s. 143-155
- Ruths S og Straand J (2005) Antipsykotiske midler mot uro ved demens - medisinsk behandling eller kjemisk atferdsregulering? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(12), s. 1672-5
- Ruths S, Straand J, Nygaard H A og Aarsland D (2008) Stopping antipsychotic drugtherapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo - controlled study - the Bergen District nursing home study (BEDNURS). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (23), s. 889-895
- Sadowsky C H og Galvin J E (2012) Guidelines for the Management of Cognitive and Behavioral Problems in Dementia, *Journal of the american board of family medicine*, 25(3), s. 350-366
- Selbæk G (2005) Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens, *Tidsskrift for den norske legeforening*, 125(11), s. 1500-2

Selbæk G, Kirkevold Ø og Engedal K (2007) The prevalence of psychiatric and behavioral disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9), s. 843-849

Selbæk G, Kirkevold Ø og Engedal K (2008) The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes - A 12-Month follow-up study, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(7), s. 528-536

Selbæk G (2010) Demens er mer enn kognitiv svikt. *Utposten*, 2010 (3), s. 7-10

Simonsen N (2008) *Demens: En bedre hverdag. Yrkesfaglig studiehefte for medlemmer i Seksjon helse og sosial*. 1. Utg., Oslo, Fagforbundet

Skjerve A og Nygaard H A (2000) Improvement in sundowning in dementia with Lewy bodies after treatment with donepezil, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15, s. 1147–1151

Skjerve A og Skulstad S (2007) Søvnforstyrrelser hos pasienter med Alzheimers sykdom, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(4), s. 423-427

Solbakk J H (2014) Sårbare grupper. *De Nasjonale forskningsetiske komiteene*, <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Forskning-pa-bestemte-grupper/Sarbare-grupper/> (Lastet ned 27. februar 2015)

Solheim K (2009) *Demensguide*. 2. Utg., Oslo, Universitetsforlaget

Thorvik K E, Helleberg K og Hauge S (2014) God omsorg for urolige personer med demens, *Sykepleien Forskning*, 9(3), s. 236-242

Tondi L, Ribani L, Bottazzi M, Viscomi G og Vulcano V (2007) Validation therapy (VT) in nursing home: a case-control study, *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.*, 1(2007), s. 407-411

Travelbee J (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. Utg., Oslo, Gyldendal Norsk Forlag

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*, 7(2), s. 39-61

Wogn-Henriksen K (2008) Kommunikasjon, i: Mork Rokstad A M og Lislrud Smebye K (red.). *Personer med demens: Møte og samhandling*, s. 87-113, Oslo, Akribe AS

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (2011) ICNS etiske regler, 11(1), Oslo, Norsk sykepleierforbund

Øye I og Brørs O (2012) Sedativa, i: *Store medisinske leksikon*, <https://sml.snl.no/sedativa> (Lastet ned 1. april 2015)

Vedlegg 1: Søketablell

Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Antall leste abstrakt	Antall forkastet	Antall utvalgte for dypere granskning	Antall inkluderte
Medline 08.01.2015	graneheim uh.au		23	4	2	2	2
Sykepleien.no 20.01.2015	Demens, Uro	Forskning	31	2	0	2	1
Sykepleien.no 20.01.2015	Demens, Agitasjon	Forskning	11	1	0	1	1
Medline 23.01.2015	Selbaek g.au		49	2	0	2	2
Medline 23.01.2015	Dementia (122140) AND Agitation (11596) AND Nonpharmacological (2074)		37	4	3	1	1
Oria.no 01.02.2015	Håndsrøk						1

Swemed 04.02.2015	Reminiscence	Engelsk	4	1	0	1	1
Medline 05.02.2015	Dementia (122140) AND Nursing home (15396) AND BPSD (487)		37	5	3	2	1
Medline 10.02.2015	Validation therapy		39	5	3	2	1
Idunn.no 10.02.2015	Kompetanse, demens		25	3	1	2	1

Vedlegg 2: Oversikt over inkluderte artikler

Forfattere <i>Tidsskrift,</i> Tittel Land	Studiens hensikt	Design/ intervensjon/ instrument	Deltakere /bortfall	Hovedresultat	Kommentar i forhold til kvalitet
<p>Thorvik m.fl. (2014)</p> <p><i>Sykepleien forskning</i></p> <p>«God omsorg for urolige personer med demens»</p> <p>Norge</p>	<p>Utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervju av ansatte i to skjermete avdelinger.</p>	<p>13 deltakere, hvorav 6 sykepleiere</p>	<p>Funnene viste at de ansatte alltid var beredt, og responderte svært raskt i situasjoner der det var nødvendig. De tålte pasientenes opptreden, uorden og rutinebrudd på grunn av høy kompetanse om sykdom, symptomer og den enkelte pasient.</p>	<p>Godkjent av nasjonal etisk komité.</p> <p>Skriftlig informert samtykke.</p> <p>God kvalitet, men litt lite utvalg av deltakere. Oppdatert forskning.</p>
<p>Mæland m.fl. (2013)</p> <p><i>Sykepleien forskning</i></p> <p>«Agitasjon og funksjon i stell: Forekomst og sammenheng hos personer med demens»</p>	<p>Se på forekomst av agitasjon hos personer med demens, og sammenhenger mellom ulike typer agitasjon og stellesituasjoner. Undersøke om alder,</p>	<p>Kvantitativ studie.</p> <p>Tverrsnittstudie.</p> <p>Spørreskjema.</p>	<p>312 deltakere</p>	<p>83,3 % av pasientene agiterte minst en gang i uken. Det var en positiv sammenheng mellom grad av agitasjon og dårlig funksjon under stell.</p>	<p>Godkjent av regional komité.</p> <p>Informert samtykke fra pasienter med samtykkekompetanse.</p>

Norge	kjønn og bosted har noe betydning for forekomsten av agitasjon.				Pårørende bekreftet skriftlig deltakelse for pasienter uten samtykkekompetanse. Relevant for oppgavens hensikt.
Janzen m.fl. (2013) <i>American journal of Alzheimer's disease & Other dementias</i> «Managing agitation using non-pharmacological interventions for seniors with dementia» Canada	Undersøke nåværende bruk av ikke-medikamentelle tiltak for å redusere agitasjon hos eldre med demens i sykehjem. Identifisere faktorer og barrierer som fører til at implementering av ikke-medikamentelle tiltak ikke blir gjennomført.	Kvalitativ studie. Intervju av ansatte.	44 deltakere, hvorav 8 sykepleiere 5 sykehjem	Både medikamenter og ikke-medikamentelle tiltak ble brukt i behandling av agitasjon. Vanlige barrierer mot å ikke implementere ikke-medikamentelle tiltak var mangel på tid, lav bemanning og kortvarig effekt av ikke-medikamentelle tiltak.	Forfatterne melder ingen potensielle konflikter til forskingen og publikasjon av artikkelen. God kvalitet, og meget relevant for studiens hensikt.
Luke m.fl. (2013) <i>Nordisk sygeplejeforskning</i> «Dementia care supported	Hensikten med studien var å undersøke helsepersonells erfaringer med bruk av	Kvalitativ studie. Intervju av ansatte.	10 deltakere, 4 sykepleiere, 1 sykepleier med videreutdanning	Resultatet viste hvordan minnestimulering utført av helsepersonell kunne føre til økt velvære blant pasientene	Studien er anonymisert. All data ble behandlet konfidensielt.

<p>by memory stimulating surroundings - Caregiver experience with environmental reminiscence approach»</p> <p>Norge</p>	<p>environmental reminiscence approach (ERA) i dagliglivet til pasienter med demens i sykehjem.</p>		<p>innenfor demensomsorg.</p>	<p>og øke deres ressurser. Funnene viste gode kognitive og følelsesmessige, og sosial deltakelse blant pasientene.</p>	<p>Relevant for denne litteraturstudien, ny forskning.</p>
<p>Graneheim m.fl. (2011)</p> <p><i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i></p> <p>«Female caregiver's perceptions of reasons for violent behavior among nursing home residents»</p> <p>Sverige</p>	<p>Utforske kvinnelige helsepersonells oppfattelse av årsaker til utagerende atferd hos sykehjemspasienter.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervju av ansatte.</p>	<p>41 deltakere, hvorav 10 sykepleiere.</p>	<p>Deltakerne mente at pasientene ikke lengre var som de pleide å være tidligere, og at helsepersonellet viste upassende oppførsel mot pasientene. Alle var omringet av bråk og uro, noe som de ansatte mente var den største årsaken til utagering.</p>	<p>Godkjent av nasjonal etisk komité.</p> <p>God kvalitet.</p>
<p>Rognstad og Nåden (2011)</p> <p><i>Nordisk Sygeplejeforskning</i></p> <p>«Utfordringer og kompetanse i</p>	<p>Beskrive helsepersonells opplevelse av å gi helsehjelp til pasienter med demens med utagerende atferd. Hensikten er også å</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Intervju av ansatte.</p>	<p>12 deltakere</p>	<p>Deltakerne i studien sa at de følte seg maktesløse og at de hadde mislyktes i pasientarbeidet år pasientene utagerte. Behov for økt kompetanse var konkrete og entydige.</p>	<p>Studien er meldt til personvernombudet for forskning.</p> <p>Ok kvalitet, relevant for oppgavens hensikt.</p>

demensomsorgen – Pleieres perspektiv» Norge	vise at det trengs mer kompetanse for å kunne ta vare på pasientenes verdighet.			Det kom også frem at bemanningssituasjon var problematisk.	
Selbæk m.fl. (2008) <i>American journal of geriatric psychiatry</i> «The course of psychiatric and behavioral symptoms and the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – A 12-month follow-up study» Norge	Undersøke forløpet av nevropsykiatriske symptomer og sammenheng med bruk av psykofarmaka blant sykehjemspasienter med demens.	Kvantitativ studie. Kohortstudie. Intervju av pasienter.	633 deltakere	84% av deltakerne viste betydelige atferdssymptomer. De vanligste var depresjon, hallusinasjoner, agitasjon og aggresjon. 75% av pasientene brukte antipsykotika. Det var lite forskjell i forekomst mellom de som brukte og de som ikke brukte psykofarmaka.	Godkjent av regional etisk komité. Relevant for å besvare oppgavens hensikt.
Edvardsson m.fl. (2008) <i>International psychogeriatric</i> «Associations between the working characteristics of nursing staff and the	Undersøke sammenhenger mellom karakteristikk hos helsepersonell og prevalensen av atferdssymptomer hos personer med demens i sykehjem.	Kvantitativ studie.	40 sykehjems-avdelinger.	I situasjoner der ansatte rapporterte høy belastning var prevalensen av atferdssymptomer høyere enn i situasjoner med lav arbeidsbelastning. Videre viste det at avdelinger med positivt "omsorgsklima" førte til	Godkjent av etisk komité. God kvalitet med stort utvalg av deltakere.

prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care» Sverige				mindre vandring og rastløshet blant beboerne. Det kom frem at det var lite sammenheng mellom kunnskap hos pleiepersonellet og forekomsten av utagerende atferd.	
Ruths m.fl. (2008) <i>International journal of geriatric psychiatry</i> «Stopping antipsychotic drug therapy in demented nursing home patients: a randomized, placebo-controlled study – The Bergen district nursing home study (BEDNURS)» Norge	Å utforske hvordan seponering av antipsykotika påvirker BPSD (behavioral and psychological symptoms of dementia) hos sykehjemspasienter med demens.	Kvantitativ studie.	55 pasienter.	De fleste eldre sykehjemspasienter med demens klarer seg bra uten antipsykotika. Symptomvurderinger og seponering av medikamenter bør skje jevnlig.	Godkjent av regional etisk komité. Informert samtykke fra pårørende. Relevant for oppgavens hensikt.
Tondi m.fl. (2007) <i>Arch. Gerontolog. Gariat. Suppl.</i>	Vurdere effekten av valideringsterapi på atferdssymptomer hos personer med demens i sykehjem.	Kvantitativ studie. Case-control study.	60 pasienter 10 bortfall	Valideringsterapi viste seg å ha god effekt. Symptomer som agitasjon, apati, irritabilitet og urolighet på natt ble mest påvirket i positiv retning.	Studien er anonymisert. Ok kvalitet, relevant for

«Validation therapy (VT) in nursing home: a case-control study» Italia				I tillegg viste det seg at valideringsterapi reduserte stress hos personalet.	oppgaven.
Selbæk m.fl. (2007) <i>International journal of geriatric psychiatry</i> «The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes» Norge	Fastslå forekomsten av psykiatriske og atferdsmessige symptomer, samt forskrivningspraksis av psykofarmaka til personer med demens i sykehjem.	Kvantitativ studie.	1163 deltakere 230 bortfall	933 av 1163 pasienter hadde demens, 72% av disse hadde betydelige kliniske atferdssymptomer. Hyppigheten av symptomene økte i takt med graden av sykdommen. Psykofarmaka var forskrevet til 75% av pasientene med demens. Det var betydelig samsvar mellom type medikament og symptom det var forskrevet for.	Godkjent av regional etisk komité. Bra kvalitet. Relevant for oppgaven.
Graneheim og Jansson (2005) <i>Journal of clinical nursing</i> «The meaning of living dementia and disturbing behaviour as narrated by three persons admitted to	Få frem hvordan de deltakende pasientene opplever å leve med demens og utagerende atferd i sykehjem.	Kvalitativ studie. Intervju av personer med demens.	3 deltakere	Resultatene indikerer at å leve med demens i hovedsak dreier seg om å være omgitt av bråk og uro. Deltakerne følte seg innesperret og hindret av restriksjoner. De følte seg ofte ensomme og forlatte, og de fikk frem viktigheten av å bli inkludert,	Godkjent av etisk komité. Informert samtykke fra pårørende. God kvalitet. Lite

a residential home» Sverige				respektert og bli møtt der de er.	utvalg av deltakere, men relevant for oppgavens hensikt.
--------------------------------	--	--	--	-----------------------------------	--

Vedlegg 3: Eksempel på subkategorier og kategori

Artikkel	Meningsbærende enheter	Subkategori	Kategori
<p>”God omsorg for urolige personer med demens.” (Thorvik, Helleberg og Hauge 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte var alltid beredt på ulike situasjoner som kunne oppstå på skjermet enhet. • I situasjoner der pasientene ikke ønsket hjelp, trakk de ansatte seg tilbake før de trigget atferden. De prøvde en løsning flere ganger og var kreative i sin tilnærming. • Ansatte viste i sin opptreden at de hadde god kunnskap om demenssykdommer. Dette poengterer viktigheten av kunnskap. • De ansatte prøvde hele tiden å tolke hva pasientene hadde behov for, ville eller ønsket. • Ansattes holdninger til demente, og kunnskap om sykdommen og miljøbehandling viste seg å ha stor betydning for forekomst av uro og utagering. • Ansatte på den skjermede enheten hadde god kunnskap om grunnleggende behov. 	<ul style="list-style-type: none"> • God kunnskap er viktig i behandling av utagerende atferd. • Det viser seg å være usikkerhet blant forskere om kunnskap har innvirkning på forekomst av utagerende atferd. • Spesialisering innenfor faget er en god ressurs i behandlingen. • Det er ikke nok kunnskap om ikke-medikamentell behandling blant sykepleier. • Ansattes holdninger påvirker pasienten, og spiller en stor rolle for forekomst av utagerende atferd. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleieres kunnskap og holdninger i møte med utagerende atferd.

	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetansen de ansatte hadde ga de en evne til å takle pasientens opptreden. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleieres kunnskap og holdninger bidrar til hvordan man forstår årsaken til atferden. • Flere sykepleiere har holdninger til bruk av medikamenter som gjør at de velger å gi psykofarmaka til tross for liten effekt og mye bivirkninger. • Barrierer som lite tid og lite ressurser kan endre holdninger blant helsepersonell, som fører til at de overser hva som er til det beste for pasienten. 	
<p>”Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia.” (Janzen, Zecevic, Kloveck og Orange 2013)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flere enn 80% av de ansatte i sykehjemmene i studien hadde kunnskap om ikke-medikamentell behandling fordi de reflekterte mye på jobb, og hadde erfaringer fra tidligere jobber. Flere hadde også videreutdanning innenfor fagfeltet. • Selv om de ansatte så hva som trigget utagering, fikk de ikke til å redusere disse triggerne for hver enkelt pasient grunnet andre prioriteringer. På grunn av dette avgjorde de fra dag til dag hvordan de skulle møte pasientenes atferd. 		

	<ul style="list-style-type: none">• Ved et privat sykehjem fortalte ansatte at de hadde nok tid til å forebygge og håndtere agitasjon ved hjelp av ikke-medikamentelle tiltak fordi de hadde tilstrekkelig bemanning.• De støttet ikke bruk av medikamenter som førstevalg, men de var klar over at det var nødvendig til tider, spesielt dersom atferden gikk utover sikkerheten til de ansatte og de andre pasientene.• Det er lett å ty til medikamenter. Det var samstemt blant ansatte å bruke medikamenter når pasientene agiterte for å få en rask reduksjon av atferden.• Å ty til medikamenter for å behandle agitasjon var en stor del av sykepleiekulturen i sykehjem. “... we (nurses) are pro medicine, we are very medicine prone. Take a pill that makes it (agitation) better.”• De ansatte ga medikamenter da det var nødvendig for å få tid til det andre de skulle gjøre, og for at pasientene skulle føle seg komfortable.• Effekten av ikke-medikamentelle tiltak varte i kort tid, og de ansatte ønsket derfor å ikke bruke dyrebar tid på dette.		
--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Ikke-medikamentelle tiltak som var lett tilgjengelige og av liten økonomisk betydning ble oftest tatt i bruk. • De trodde at ikke-medikamentelle tiltak passet bedre i følelsesmessige situasjoner enn i situasjoner som hadde fysiologiske behov. • Ansatte hadde kunnskap om medikamentbivirkninger. • Ansatte opplevde pasienter med utagerende atferd som belastende. • Medikamenter ble ofte gitt forebyggende før situasjoner som de ansatte visste kunne føre til utagering hos pasientene. • De ansatte hadde tro på at ikke-medikamentelle tiltak kunne redusere bruken av psykofarmaka. 		
<p>“Female caregivers’ perceptions of reasons for a violent behaviour.” (Graneheim, Hörnsten og Isaksson 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De ansatte mente at demensdiagnosen var årsaken til at pasientene var utagerende. De trodde ikke at pasientene agiterte med vilje men at sykdommen kontrollerte atferden. • De ansatte trodde også at pasientene med utagerende atferd hadde en historie med slik oppførsel fra tidligere. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Ansatte trodde at pasientene følte seg maktesløse og hjelpeløse på grunn av at de er avhengig av hjelp fra andre. • De ansatte hadde kunnskap om at somatiske symptomer som smerter og utmattelse kunne føre til utagering. • Ansatte sa at i tilfeller der de var flere enn én ansatt under stell, ble ofte pasientene mer utagerende. • Ansatte var klar over at lite tid og stressende situasjoner ofte førte til agitasjon. • De ansatte sa at kollegaer ofte viste autoritet gjennom atferden sin ved at de involverte seg i høylytte diskusjoner, og at de hevet stemmen. De kritiserte også pasientene selv om de visste at pasienten ikke forstod hva som foregikk. 		
<p>“Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – pleieres perspektiv.” (Rognstad og Nåden 2011)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De ansatte opplevde bemanningssituasjon som problematisk. • En ansatt følte hun ikke hadde nok kompetanse til å takle atferden. • De ansatte var villige til å løse utfordringer som førte til stress hos de ansatte, til tross for den 		

	<p>utagerende atferden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ansatte måtte gå alene inn i situasjoner der de helst ikke skulle være alene, fordi det ikke var nok ansatte på jobb. • Behovet for økt kompetanse var til stede. • Ansatte ønsket trening i hvordan de skulle forholde seg til pasienter som var urolige og utagerende. De var opptatt av hvordan de skulle takle situasjonen og sette grenser, og de ga uttrykk for at dette var vanskelig. 		
<p>“The course of psychiatric and behavioral symptoms in the use of psychotropic medication in patients with dementia in Norwegian nursing homes – A 12 month follow-up study.” (Selbæk, Kirkevold og Engedal 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det var lite forskjell i forekomst av utagering uavhengig av om det ble brukt medikamenter eller ikke. 		
<p>“Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care.” (Edvardsson, Sandman, Nay og Karlsson 2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det var lite forskjeller i forekomst av utagerende atferd på institusjoner der de ansatte hadde mye kunnskap om demens og der de ikke hadde det. 		

Vedlegg 4: Cohen-mansfield Agitation Inventory. Kartlegging av atferd.

COHEN-MANSFIELD Agitation Inventory – Lang versjon

Oversatt av Arvid Skjerve og Harald A. Nygaard

Navn: _____ Dato: _____

Les gjennom hver av de 29 agiterte atferdstypene, og sett en ring rundt tallet som angir hvor ofte (fra 1-7) hver av dem har forekommet de siste 2 ukene:

		Aldri	Mindre enn en gang i uken	En eller to ganger i uken	Flere ganger i uken	En eller to ganger om dagen	Flere ganger om dagen	Flere ganger i timen
1	Vandrer frem og tilbake, formålsløs vandring	1	2	3	4	5	6	7
2	Kler på seg eller av seg på en upassende måte	1	2	3	4	5	6	7
3	Spytter (også under måltid)	1	2	3	4	5	6	7
4	Banning eller verbal aggresjon	1	2	3	4	5	6	7
5	Konstant krav om oppmerksomhet eller hjelp	1	2	3	4	5	6	7
6	Gjentar setninger eller spørsmål	1	2	3	4	5	6	7
7	Slår (inkludert seg selv)	1	2	3	4	5	6	7
8	Sparker	1	2	3	4	5	6	7
9	Griper, tar tak i andre	1	2	3	4	5	6	7
10	Skubber	1	2	3	4	5	6	7
11	Kaster gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
12	Lager merkelige lyder (underlig latter eller gråt)	1	2	3	4	5	6	7
13	Skriker, roper	1	2	3	4	5	6	7
14	Biter	1	2	3	4	5	6	7
15	Klorer	1	2	3	4	5	6	7
16	Forsøker å komme til et annet sted (for eksempel ut av rommet, bygningen)	1	2	3	4	5	6	7

		Aldri	Mindre enn en gang i uken	En eller to ganger i uken	Flere ganger i uken	En eller to ganger om dagen	Flere ganger om dagen	Flere
17	Faller med vilje	1	2	3	4	5	6	7
18	Klager	1	2	3	4	5	6	7
19	Negativisme	1	2	3	4	5	6	7
20	Spiser/drikker noe som ikke er beregnet til å spises/drikkes	1	2	3	4	5	6	7
21	Skader seg selv eller andre (sigarett, varmt vann, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
22	Håndterer gjenstander på en upassende måte	1	2	3	4	5	6	7
23	Gjemmer gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
24	Samler sammen gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
25	River eller ødelegger gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
26	Utfører til stadighet repeterende stereotype bevegelser	1	2	3	4	5	6	7
27	Gjør verbale seksuelle tilnærminger	1	2	3	4	5	6	7
28	Gjør fysiske seksuelle tilnærminger	1	2	3	4	5	6	7
29	Generell rastløshet	1	2	3	4	5	6	7

Kilde: Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S., & Rosenthal, A. s. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44(3), M77-M84.