



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	12-05-2020 09:00	<b>Termin:</b>	2020 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	22-05-2020 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>SIS-kode:</b>	203 BSS9 1 H 2020 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

**Kandidatnr.:** 439

### Informasjon fra deltaker

**Antall ord \*:** 8620

**Egenerklæring \*:** Ja

**Jeg bekrefter at jeg har registrert**

**oppgavetittelen på**

**norsk og engelsk i**

**StudentWeb og vet at**

**denne vil stå på**

**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

**Gruppenavn:** (Anonymisert)

**Gruppenummer:** 105

**Andre medlemmer i gruppen:** Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Utfordrende atferd ved demens

Challenging behavior in dementia

**Kandidatnummer: 439**

Bachelor i sykepleie

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## Abstract

**Introduction:** In Norway, more than 80% of nursing home patients have dementia. Around 70% of these have behavioral and psychiatric symptoms during the course of the disease, and these symptoms are often referred to as challenging behavior. Nurses may often feel that challenging behavior is difficult to manage and can feel insecure about how to handle the situation.

**Aim:** The aim of this study was to find different types of interventions nurses can use to prevent or reduce challenging behavior in patients with dementia in nursing homes.

**Method:** In this literature study, an advanced search was conducted in CINAHL, MEDLINE, EMBASE and Sykepleien.no. Terms used in the search included words such as “dementia” AND “nursing homes” AND “nurse” AND “agitation” AND “prevent” OR “reduce”. Titles and abstract of the results were assessed, and the articles which seemed relevant for my research question were read and analysed in full-text and included in a literature review matrix. The most relevant articles were then chosen and critically assessed by using checklists from Helsebiblioteket.no and CASP.

**Results:** The results include a total of six articles that present different approaches and interventions to deal with challenging behavior. Three of the articles studied the effect of training and instructing nurses and other health care staff, and all reported positive results on the challenging behavior after the interventions, such as the WHELD or STA OP intervention. Two of the articles studied pain as a possible underlying cause to challenging behavior, and both articles found a relationship between pain and challenging behavior. The last article studied the efficacy of standardized stimuli to prevent challenging behavior and found that stimuli was associated with significantly reduced agitation.

**Conclusion:** Training based on giving person centred care, assessing and treating pain, and mapping unmet physical and psychosocial needs, are some interventions and approaches nurses can apply to prevent challenging behavior in patients with dementia in nursing homes.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Problemstilling .....	3
<b>2.0 Teori</b> .....	<b>3</b>
2.1 Demens .....	3
2.1.1 Ulike typer demens .....	4
2.2 Utdfordrende atferd .....	5
2.3 Kommunikasjon med pasienter med demens .....	6
2.4 Personsentrert omsorg .....	8
2.5 Forebygging .....	9
<b>3.0 Metode</b> .....	<b>9</b>
3.1 Litteraturstudie som fremgangsmåte .....	9
3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk/søk .....	10
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
3.3 Søk i databaser og funn av artikler .....	11
3.4 Kritisk vurdering av artikler .....	12
3.5 Ethiske overveielser .....	12
3.6 Metodekritikk .....	13
3.7 Kildekritikk .....	14
<b>4.0 Resultat</b> .....	<b>14</b>
4.1 Trening på å håndtere APSD og gi personsentrert omsorg .....	15
4.2 Smerte som en mulig underliggende årsak til utfordrende atferd .....	17
4.3 Behovet for stimuli .....	18
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	<b>19</b>
5.1 Trening på å håndtere APSD og gi personsentrert omsorg .....	19

5.2 Smerte som en mulig underliggende årsak til utfordrende atferd .....	22
5.3 Behovet for stimuli .....	24
5.4 Behov som ikke er møtt.....	26
<b>6.0 Konklusjon .....</b>	<b>27</b>
<b>7.0 Referanseliste .....</b>	<b>29</b>
<b>8.0 Vedlegg .....</b>	<b>32</b>
8.1 Vedlegg 1 – PICO .....	32
8.2 Vedlegg 2 – Litteratursøk s.1-6 .....	33
8.3 Vedlegg 3 – Litteraturmatrise s. 1-3.....	39
8.4 Vedlegg 4 - Flytskjema.....	42

## Tabelloversikt

Tabell 1 - Oversikt over PICO .....	32
Tabell 2 - Søkehistorikk over søk nr.1 i CINAHL .....	33
Tabell 3 - Søkehistorikk over søk nr.2 i CINAHL .....	34
Tabell 4 - Søkehistorikk over søk nr.1 i MEDLINE .....	35
Tabell 5 - Søkehistorikk over søk nr.2 i MEDLINE .....	36
Tabell 6 - Søkehistorikk over søk i EMBASE .....	37
Tabell 7 - Søkehistorikk over søk i Sykepleien forskning.....	38
Tabell 8 – Litteraturmatrise s. 1-3 .....	39

## Figuroversikt

Figur 1 - Flytskjema.....	42
---------------------------	----

## 1.0 Innledning

I Norge har over 80% av sykehjemspasienter demenssykdom, mer enn 40% av dem som er over 70 år og som får hjemmebaserte tjenester har også demens (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015). Grunnet demografiske årsaker vil antall personer med demens kunne fordobles frem mot år 2040, dette er fordi forekomst av demens øker med alderen (Helsedirektoratet, 2017). Ut fra disse tallene kan man se at demenssykdom forekommer hos svært mange av pasientene som vi sykepleiere vil møte i arbeidslivet.

Å ha demens kan by på ulike utfordringer, både for pasient, pårørende og helsepersonell. Omkring 70% av sykehjemspasientene med demenssykdom har atferdsmessige og psykiatriske symptomer i løpet av sykdomsforløpet (Støback, 2015). Atferdsmessige og psykiske symptomer som kan forekomme ved demenssykdom kan man ofte se på som utfordrende atferd (Rokstad & Smebye, 2008, s. 181). Den utfordrende atferden til pasienten kan komme av ulike faktorer, blant annet smerter og normale aldersforandringer (Rokstad & Smebye, 2008, s. 192). I forskning kommer det frem at mellom 45-83% av sykehjemspasienter opplever akutt eller kroniske smerter, da spesielt pasienter med moderat og alvorlig demenssykdom (Husebo et al., 2012).

Helsepersonell kan ofte føle at utfordrende atferd hos personer med demens kan være vanskelig å håndtere, og er ofte usikre på hva de burde gjøre (Støback, 2015). Helsepersonell fra flere sykehjem ønsker mer veiledning og hjelp til hvordan de kan håndtere og mestre situasjoner som kan være vanskelige, spesielt i forbindelse med pasienter med demenssykdom som har utfordrende atferd (Støback, 2015).

I Pasient- og brukerrettighetsloven står det at pasient eller bruker har rett på øyeblikkelig og nødvendig helsehjelp fra kommunen (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, § 2-1a). Det står også at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, § 4-1).

Mangel på kunnskap om aldersforandringer og sykdomsprosessen vil kunne resultere i at det ønskes at pasienten skal starte på flere medikamenter, eller at pasienten må flytte til en annen avdeling (Støback, 2015).

I rammeplanen for sykepleierutdanning kommer det frem at for at sykepleier skal kunne observere og iverksette forebyggende, behandlende, lindrende og rehabiliterende tiltak, må sykepleier ha kunnskap om menneskets normale utvikling og sykdomsprosesser (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Temaet om demenssykdom og den utfordrende atferden som kan forekomme er noe som de fleste sykepleiere vil komme til å møte i arbeidslivet. I Helsepersonelloven står det et punkt om krav til helsepersonellens yrkesutøvelse. Det er viktig at sykepleier følger Helsepersonelloven og gjør sin jobb for at arbeidet skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Sykepleier kan gjennom kunnskap om normale aldersforandringer og sykdomsprosesser gjøre nøye observasjoner og utføre en kartlegging av pasienten. Deretter vil en sykepleier kunne samhandle med andre til å kunne sette i gang forebyggende tiltak for problemet (Ranhoff, 2014, s. 162). Det er avgjørende at sykepleier har kunnskap eller tilegner seg kunnskap til å kunne kjenne igjen symptomer på for eksempel andre tilleggssykdommer eller tegn på smerter og kunne lokalisere disse. (Rokstad & Smebye, 2008, s. 190). Sykepleieren burde i tillegg kunne forstå at atferden kan stamme fra behov som ikke er møtt, og at måten man kommuniserer med pasienten på kan være avgjørende for samarbeidet med pasienten (Rokstad & Smebye, 2008, s. 93).

Ettersom det har kommet frem at det kan være manglende kunnskap hos personellet på sykehjem når det kommer til atferdsendringer, viser det at mange ikke vet hvordan de kan håndtere en situasjon med utfordrende atferd. Grunnet dette er det mulig at tiltakene som blir satt i verk ikke fungerer, og at pasienten ikke får det bedre. For at pasienten skal bli ivaretatt på best måte og man skal unngå unødvendig bruk av tvang og medisiner, kan man heller se på hva som fører til slik atferd hos den enkelte pasient, og deretter iverksette forebyggende tiltak (Rokstad & Smebye, 2008, s. 186-190).



## 1.1 Problemstilling

Som kommende sykepleier forstår jeg at temaet og situasjoner rundt demens og utfordrende atferd kan være vanskelig. Sykepleier bør opparbeide forståelse for hva som kan påvirke denne typen reaksjoner, og hvordan forebyggende tiltak kan redusere utfordrende atferd hos pasientene med demens på sykehjem. Jeg har dermed valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem?

## 2.0 Teori

### 2.1 Demens

«Demens er paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernes funksjoner» (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411). For personer med demens vil både hukommelsesevnen og tenkeevnen være så nedsatt at det er en betraktelig reduksjon i kognitivt funksjonsnivå sammenlignet med tidligere (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28). Det anslås at mellom 80 000 og 100 000 av Norges befolkning har demens (Norsk Helseinformatikk, 2020). Hvor fort demenssykdommen utvikler seg er individuelt, det kan gå raskt hos noen, mens det hos andre kan utvikle seg saktere over 10-20 år (Rokstad & Smebye, 2008, s. 38-39).

Demens kan påvirke mange tidligere funksjoner og evner hos en person. Evnen til selvbestemmelse vil kunne bli redusert som følge av demenssykdommen (Rokstad & Smebye, 2008, s. 214). I Pasient- og brukerrettighetsloven står det at helsehjelpen som gis skal vise respekt for enkeltindividets integritet, både når det kommer til det fysiske og det psykiske. I tillegg skal helsehjelpen så langt som mulig være forenlig med selvbestemmelsesretten til pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1997, § 4A-1).

Det er vanlig at man kan dele symptomene inn i tre deler, dette vil da være svikt i kognitive funksjoner, atferdsmessige symptomer og motoriske symptomer. Ved svikt i kognitive funksjoner menes det at personen vil få symptomer som redusert oppmerksomhet, problemer med læring og problemer med hukommelse. Atferdsmessige symptomer kan være depresjon og tilbaketrekking, angst, vrangforestillinger, feiltolkninger og hallusinasjoner, rastløshet, økende tendens til irritabilitet og aggressivitet og forandret døgnrytme. Motoriske symptomer kan være muskelstyringsproblemer, altså redusert koordinasjonsevne og balanse, og det kan også forekomme inkontinens i løpet av utviklingen av demenssykdommen (Rokstad & Smebye, 2008, s. 40-44).

### 2.1.1 Ulike typer demens

De vanligste demenssykdommene er Alzheimers sykdom, Frontotemporal demens, demens ved Parkinsons sykdom, demens med Lewy-legemer og vaskulær demens. Alzheimers sykdom er den vanligste typen demens, og 60% av alle med demenssykdom har formen Alzheimers sykdom (Rokstad & Smebye, 2008, s. 30).

Alzheimers sykdom utvikler seg som regel langsomt, men ofte spesielt langsomt i begynnelsen. På grunn av den langsomme utviklingen kan det ta lang tid, opptil flere år, før personen eller de pårørende oppdager at noe er galt. Ved Alzheimers sykdom vil ofte de første symptomene være redusert hukommelse og konsentrasjon, deretter vil man kunne få problemer med å tolke sanseinntrykk (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413). Frontotemporal demens forekommer oftest hos personer mellom 50-70 år. Denne typen demens påvirker personens mentale funksjoner, med symptomer som endret atferd og personlighet (Ranhoff, 2014, s. 413).

Demens med Parkinsons sykdom og demens med Lewy-legemer kan sees ved typiske symptomer som kan være redusert hukommelse, initiativløshet, psykomotorisk treghet og delvis bevart språkevne. For å skille demens med Parkinsons sykdom og demens med Lewy-legemer må man se nøye på personens sykehistorie. Personer med Parkinsons sykdom og demens har ofte parkinsonistiske symptomer i minst ett år, og får deretter symptomer som går på det kognitive og psykiske (Rokstad & Smebye, 2008, s. 33-35). Vaskulær demens kommer ofte av hjerneinfarkt, flere hjerteinfarkter eller sykdom i dyptliggende arterioler i hjernevevet. Vaskulær demens kan komme plutselig, og kan kjennetegnes ved at den forverrer seg raskt, og da ofte i forbindelse med nye hjerneslag og blødninger. Det er heller ikke uvanlig at personer har både Alzheimers sykdom og vaskulær demens på samme tid (Ranhoff, 2014, s. 414).

## 2.2 Utfordrende atferd

Utfordrende atferd kan beskrives som atferdsmessige og følelsesmessige endringer som forekommer ved demenssykdom. Symptomer relatert til atferdsmessige og følelsesmessige endringer omtales som *atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens* og kan forkortes til APSD (Rokstad & Smebye, 2008, s. 181). Symptomer som kan forekomme relatert til det psykiske er blant annet vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst, ustabil humør, depresjon og søvnløshet. Symptomer på atferdsendringer kan være fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring, rastløshet, uro, roping, gråting og tiltaksløshet. Det har ofte blitt brukt mange ulike betegnelser for atferdsendringene som har kommet som følge av demensutvikling, blant annet vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd. Betegnelsen utfordrende atferd skal vise til at atferden ikke nødvendigvis er unormal og avvikende, men heller viser at personen muligens har en reaksjon på sin endrede livssituasjon (Rokstad & Smebye, 2008, s. 181-182). I Helsepersonelloven skrives det blant annet om krav til helsepersonellet, og ene kravet omhandler forsvarlighet (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Arbeidet helsepersonellet gjør skal være overens med kravene om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som man kan forvente ut i fra de kvalifikasjoner helsepersonellet har, samt den aktuelle situasjonen og arbeidet som følger (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Begrepet behovsdrevet demensatferd ble brukt av Algase et al. i 1996 (Algase et al. (1996), sitert i Rokstad & Smebye, 2008, s. 184). Her blir det beskrevet som at det er umøtete behov og mål som ligger til grunn for atferdsendringene vi ser hos pasienter med demens. Det blir også skrevet at atferden kan være meningsfull og nyttig fordi det kan være en pekepinn til behandlingen og vise at det er en mulighet for at noen av pasientens behov ikke blir møtt (Rokstad & Smebye, 2008, s. 184-185).

Faktorer som kan bidra til utfordrende atferd kan være bakgrunnsfaktorer som hjerneorganiske forandringer, kognitive endringer, og helsemessige faktorer som somatisk helse og psykososiale faktorer. Utfordrende atferd kan også være påvirket av nærværende faktorer som personlige, psykiske og sosiale forhold. Disse bakgrunnsfaktorene og nærværende faktorene er med på å påvirke pasientens atferd og kan ha noe å si for hvordan atferdens frekvens, intensitet og varighet er (Rokstad & Smebye, 2008, s. 185).

Demens opptrer ofte sammen med somatiske sykdommer hos pasienter som er eldre. Grunnet dette er ofte somatiske sykdommer og helseplager faktorer som kan påvirke pasientens utfordrende atferd. Aldersforandringer, økt sjanse for at det forekommer hjerte- og karsykdommer og brudd kan føre til at pasientens funksjonsnivå blir svekket. Det er heller ikke uvanlig for eldre å utvikle kroniske plager i både muskler og skjelett, noe som kan føre til at pasienten opplever smerter i forbindelse med bevegelse som for eksempel i stell eller ved forflytning. Det kan for helsepersonell noen ganger derfor oppfattes som at pasienten er vrang, men at pasienten egentlig har smerter og ikke klarer å gi uttrykk for hva som er galt (Rokstad & Smebye, 2008, s. 192).

### 2.3 Kommunikasjon med pasienter med demens

«Begrepet kommunikasjon kommer av latin, *communicare*, som betyr *å gjøre noe felles* eller *å gjøre en annen delaktig*. Kommunikasjon kan forstås som utveksling av meningsfylte tegn mellom to eller flere parter» (Tveiten, 2016, s. 71).

Man kan si at kommunikasjon er grunnlaget for samhandling, både den verbale og den ikke-verbale kommunikasjonen. Ikke-verbal kommunikasjon innebærer blant annet ansiktsuttrykk, blikk, stemme, kroppsbevegelser, avstand, berøring, klær og lukt. Den ikke-verbale kommunikasjonen sies å representere mellom 55-97% av kommunikasjonen man utgir (Tveiten, 2016, s. 71).

Demenssykdommen gir svikt i de kognitive og språklige evnene. I prosessen av demenssykdommen kan altså evnen til å forstå og evnen til å kunne gjøre seg forstått bli påvirket, noe som gjør at kommunikasjonen kan bli en utfordring for både pasienten og den andre deltakeren (Rokstad & Smebye, 2008, s. 93). Sykepleier skal gi pasienten forutsetninger til å bruke sin selvbestemmelse ved å gi informasjonen tilpasset den enkelte pasient, og deretter sørge for at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2017).

Hos pasienter med demens er det noen språklige og kommunikasjonsmessige forandringer som ofte går igjen. Dette er blant annet at pasienten stiller samme spørsmål flere ganger, forteller samme historier flere ganger, mister fokus i samtaler, glemmer navn til personer, steder og objekter og sier ting som ikke er sanne. Det kan variere hvor ofte pasienten har en slik kommunikasjon. Ulike faktorer kan påvirke pasienten til slikt, for eksempel pasientens humør, smerter, dagsform og motivasjon. I mellomfasen og i den seneste fasen av demenssykdommen blir den ikke-verbale kommunikasjon viktigere, og det er spesielt viktig som helsepersonell å være bevisst på sin egen ikke-verbale kommunikasjon i samhandling med pasienten (Rokstad & Smebye, 2008, s. 95-96).

«God kommunikasjon er tilpasset personen og situasjonen» (Rokstad & Smebye, 2008, s. 98). Pasienter med demens har ofte på grunn av begrenset mental kapasitet behov for at personen han eller hun snakker med snakker tydelig, ikke for fort og med ikke for lange setninger. Øyekontakt kan være viktig for at pasienten klarer å holde oppmerksomheten på rett plass. Dersom pasienten ikke gir respons på åpne spørsmål, kan man prøve med ja/nei-spørsmål (Rokstad & Smebye, 2008, s. 98-99).

## 2.4 Personsentrert omsorg

En sykepleier skal i sitt arbeid ivareta hver enkelt pasient og dens verdighet og integritet, noe som innebærer at hjelpen som blir gitt skal være faglig forsvarlig og omsorgsfull, samtidig skal sykepleier ivareta pasientens rett til medbestemmelse og retten til det å ikke skulle bli krenket (Norsk sykepleierforbund, 2017).

Begrepet personsentrert omsorg kan oppfattes ulikt hos den enkelte person, og kan blant annet oppfattes som individuell omsorg eller et verdigrunnlag (Brooker, 2013, s. 8). En definisjon som kan brukes til å forklare personsentrert omsorg er bokstavene VIPS, som inneholder fire hovedelementer som hver for seg og sammen danner et bilde av hva personsentrert omsorg er (Brooker, 2013, s. 9-10).

I VIPS går bokstaven V ut på at man skal verdsette personen med demens og at man skal passe på at kravene og rettighetene til personen skal bli ivaretatt uansett hvilken alder eller kognitiv funksjon personen har (Brooker, 2013, s. 9). Bokstaven I viser til at personen skal behandles og møtes som et enkeltindivid, dette fordi vi som mennesker er unike og ulike når det kommer til alt fra bakgrunn til personlighet og ressurser (Brooker, 2013, s. 9). Etter yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere skal sykepleieren ivareta hver enkelt pasient sitt behov for omsorg (Norsk sykepleierforbund, 2017). Bokstaven P går ut på se og forstå personens perspektiv på verden, dette for å forstå at personen med demens oppfører seg og gjør handlinger basert på sitt perspektiv på verden (Brooker, 2013, s. 9). Bokstaven S står for forståelsen av å erkjenne personens atferd, og forstå at personen med demens har behov som alle andre personer å ha et sosialt miljø. Det sosiale miljøet må ha en balanse mellom det å kunne vise sine svakheter samtidig som personen også skal ha mulighet for egenutvikling (Brooker, 2013, s. 9)

Personsentrert omsorg innebærer at sykepleier eller annet helsepersonell ut fra en individuell tilnærming, vurderer og dekker de behovene som pasienten har (Brooker, 2013, s. 35). Den individuelle tilnærmingen viser hensyn til personen uansett kjønn, og tar hensyn til personens ulike sider som det sårbare og ressursene som personen har. I tillegg skal den individuelle tilnærmingen se personen i en helhet som person, og ikke la demenssykdommen definere personen (Brooker, 2013, s. 35).

## 2.5 Forebygging

En sykepleiepraksis som skal fremme helse og forebygge sykdom er et av sykepleierens ansvarsområde (Norsk sykepleierforbund, 2017). Forebygging vil si at man skal gjøre tiltak for å hindre et uønsket utfall. Innen helse for eldre er hensikten å hindre at pasienten får sykdom, skade og en tidlig død. I tillegg til dette skal forebyggende tiltak være med på å bedre og bevare pasientens helse, livskvalitet og funksjonsnivå (Ranhoff, 2014, s. 162).

Vi kan snakke om to forskjellige aspekter når det kommer til forebyggende helsearbeid for gamle. Det første aspektet er at de forebyggende tiltakene skal ha som hensikt at de eldre skal ha et liv med minst mulig helseplager og sykdommer, og ha et så godt funksjonsnivå som mulig. Det andre aspektet omhandler forebyggende tiltak for å opprettholde livskvaliteten og funksjonsnivået til pasienter som er kronisk syke eller som er skrøpelige (Ranhoff, 2014, s. 162).

For at sykepleier skal kunne gjøre forebyggende arbeid er det viktig at sykepleier kartlegger pasientens ressurser og preferanser, som individuelle, materielle og sosiale forhold (Ranhoff, 2014, s. 163). En annen av sykepleiers oppgaver vil være i tillegg til kartleggingen, å hjelpe pasienten til helsefremmende atferd gjennom støtte og hjelp (Ranhoff, 2014, s. 163).

De forebyggende tiltakene omfatter primær-, sekundær-, og tertiærforebyggende tiltak (Ranhoff, 2014, s. 163). Primærforebyggende tiltak har som mål å hindre at sykdom eller skader oppstår, sekundærforebyggende tiltak har som mål å forebygge videre sykdomsutvikling, og tertiærforebyggende tiltak har som mål å begrense omfanget og konsekvensene av sykdommen (Ranhoff, 2014, s. 163).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som fremgangsmåte

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode. I denne typen metode skal det samles inn litteratur som allerede eksisterer. Etter at det har blitt samlet inn litteratur, skal dette kritisk bli gjennomgått og vurdert før det til slutt skal bli sammenfattet. Gjennom dette vil jeg på en god måte fremstille funnene mine, samtidig som jeg vil vise til hvordan jeg har funnet denne informasjonen (Thidemann, 2015, s. 79-80).

Først valgte jeg å lete etter litteratur som jeg kunne bruke i teoridelen min som jeg synes virket relevant til mitt tema og min problemstilling. Jeg søkte i pensumlistene for sykepleie, og fant dermed relevant litteratur om demens. Videre var jeg på bokhandler for å se om jeg fant annet relevant litteratur om demens som jeg kunne bruke. Dermed fant jeg boken «Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester» (Brooker, 2013).

Etter planlegging av aktuelle bøker benyttet jeg meg av anerkjente databaser. I databasene gjorde jeg avanserte søk for å finne relevante artikler og forskning for min problemstilling.

### 3.2 Fremgangsmåte for litteratursøk/søk

Før jeg gjorde litteratursøket forberedte jeg meg ved at jeg oversatte ord fra problemstillingen min til engelsk, slik som å forebygge ble «prevent» eller «reduce». Jeg benyttet meg av synonymer til ord, for å kunne kombinere disse i håp om å få flere treff. Deretter gjorde jeg enkle søk på problemstillingen min i Google Scholar for å se hvilke nøkkelord som var brukt i lignende artikler som det jeg ønsket å finne. Da jeg hadde funnet disse ordene satte jeg dem sammen i et PICO-skjema. PICO inneholder elementer som gjør det enklere å gjøre problemstillingen om til ord som man skal kombinere i søket (Thidemann, 2015, s. 86). I vedlegg har jeg presentert mine søkeord i PICO-skjemaet (Vedlegg 1). Litteratursøket har to faser, der den første fasen er forberedelsen, og der den andre fasen er gjennomføringen av søket (Thidemann, 2015, s. 84).

#### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier for litteratursøket var artikler som er skrevet på engelsk, norsk eller svensk, dette er fordi det er språk som jeg forstår. Artikkene er ikke eldre enn 10 år, men siden jeg startet oppgaven i 2019, og gjorde første søket mitt i januar 2020 satte jeg grensen for publiseringsår til 2009-2019. Jeg ønsket ikke artikler eldre enn 10 år fordi informasjonen kan være utdatert og hjelpemiddel og medisin kan ha utviklet seg. Artikkene jeg inkluderte omhandler pasienter med demens og som bor på sykehjem. Artikkene handler i tillegg om pasienter med demens som har utfordrende atferd.



Artiklene ser på forebyggende tiltak. Jeg har bare inkludert studier fra I-land, dette er fordi jeg tenkte at helsearbeid i U-land vil kunne være veldig forskjellig fra I-land. Jeg inkluderte både kvalitative og kvantitative studier.

Eksklusjonskriterier for litteratursøket er studier fra U-land. I tillegg ekskluderte jeg artikler som var eldre enn 10 år.

### 3.3 Søk i databaser og funn av artikler

Da PICO-skjemaet var laget gjorde jeg avanserte søk i databaser. Jeg gjorde søk i databasene CINAHL, MEDLINE, EMBASE og Sykepleien.no. Jeg valgte disse databasene fordi de er anerkjente, og fordi jeg kjente til disse fra før. Sykepleien.no brukte jeg fordi jeg ønsket å se om jeg kunne finne norsk forskning på mitt tema. Jeg brukte ordene i PICO-skjemaet og kombinerte disse med bruk av «OR» og «AND». Første søket ble gjort i januar 2020. I april 2020 gjorde jeg et nytt søk, der jeg la til ordene «nurse» «nurses» og «nursing», dette for å sørge for at artiklene mine inkluderte dette. Oversikt over søkehistorikk i de ulike databasene er vist i vedlegg (Vedlegg 2). For å avgrense søket valgte jeg resultat for artikler publisert i 2009-2019. Etter dette startet jeg å lete etter artikler som virket relevante, ved at jeg leste overskrifter og sammendrag på de aktuelle artiklene. Jeg sørget for at mine inkluderingskriterier stemte overens med artiklene jeg fant.

Jeg startet søket i databasen CINAHL. Ved søkeordene mine og begrensning 2009-2019 fikk jeg i januar 73 resultat og i april 99 resultat. Etter at jeg gikk gjennom overskrifter og sammendrag satt jeg igjen med seks artikler som virker relevante for mitt tema og min problemstilling (Vedlegg 2, tabell 2 og 3).

I MEDLINE gjorde jeg et likt søk som i CINAHL, og fikk i januar 75 resultat og i april 94 resultat (Vedlegg 2, tabell 4 og 5). Etter gjennomgang av resultatet fant jeg syv artikler som virket relevante og som jeg ønsket å lese grundigere og kvalitetssikre.

Jeg gjorde et søk i EMBASE i januar, der fikk jeg 77 resultat. Dette resulterte ikke i nye relevante artikler, bare en artikkel jeg allerede hadde inkludert fra CINAHL, og tre artikler som jeg allerede hadde inkludert etter søket i MEDLINE (Vedlegg 2, tabell 6).

På forskningssiden i Sykepleie.no, kombinerte jeg søkeordene «demens» AND sykehjem AND utfordrende atferd, og filtrerte publiseringsår til 2009-2019. Her fikk jeg 10 resultat, men bare en artikkel virket relevant for min problemstilling (Vedlegg 2, tabell 7).

For å få tilgang til fulltekst, søkte jeg opp artiklene i skolebiblioteket Oria.

### 3.4 Kritisk vurdering av artikler

Etter å ha lest overskriftene og sammendrag av artiklene som virker relevant for min problemstilling, satte jeg artiklene i en litteraturmatrise (Vedlegg 3). Litteraturmatrisen inneholdt på dette tidspunkt 14 artikler. I litteraturmatrisen satt jeg inn informasjon om artiklene jeg hadde funnet, noe som ga meg en god oversikt over essensen og viktige punkter ved hver artikkel (Thidemann, 2015, s. 89).

Litteraturmatrisen ga meg god oversikt slik at jeg kunne se hensikten og resultatet til studiene opp mot min problemstilling. Ut fra dette fjernet jeg de artiklene som ikke lenger virket like relevante. Det gjorde at jeg da hadde seks artikler som virket som de mest aktuelle for min problemstilling, og som jeg videre ville kvalitetssikre (Vedlegg 4). For å kvalitetssikre artiklene benyttet jeg sjekklister for kvalitativ studie fra Helsebiblioteket.no, og sjekklister for kontrollerte randomiserte studier fra Critical Appraisal Skills Programme også kalt CASP. Etter bruken av sjekklister satt jeg igjen med seks artikler som jeg ville bruke videre i oppgaven min. Tre av de inkluderte artiklene fant jeg gjennom søket i CINAHL, mens de tre siste fant jeg gjennom søket i MEDLINE (Vedlegg 3).

### 3.5 Ethiske overveielser

Ved en litteraturstudie studere du litteratur som er undersøkt og skrevet om virkeligheten av ulike forfattere (Støren, 2013, s. 16). Dermed er det viktig å tenke på at informasjonen som er samlet inn er basert på ekte personer i ekte situasjoner. Jeg har tenkt over lovverk slik som loven om taushetsplikt, der jeg vurderer om innholdet presenteres på en slik måte at de inkluderte pasientene i undersøkelsen ikke er gjenkjennelig. Jeg har vurdert at de inkluderte artiklene ivaretar gjeldende etiske prinsipper om frivillighet, anonymitet og samtykke, eller har blitt godkjent av en etisk komité.

På bakgrunn av at litteraturstudien inneholder pasienter med demens på sykehjem, og at noen av disse mulig ikke har samtykkekompetanse, har jeg vurdert om studiene i tillegg innhenter samtykke fra pasientens nærmeste pårørende. Siden dette er en litteraturstudie har jeg passet på at resultatene fra studiene presenteres slik som de er og at de ikke er påvirket av mine personlige meninger og holdninger. Jeg har i tillegg vurdert at de inkluderte studiene har overholdt retningslinjer for kildehenvisning.

Jeg har i tillegg passet på at jeg overholder Høgskulen på Vestlandet sine retningslinjer for bacheloroppgaven, som blant annet går ut på sitering og plagiering.

### 3.6 Metodekritikk

Temaet mitt om demens og utfordrende atferd er et tema som det finnes mye forskning på. Jeg benyttet meg av fire ulike databaser som var CINAHL, MEDLINE, EMBASE og Sykepleien.no, og fordi jeg fikk mange treff i søkene mine valgte jeg å ikke søke videre i andre databaser. Det at jeg valgte å forholde meg til disse fire databasene og derfor ikke gjorde søk i andre databaser, kan ha gjort at jeg har gått glipp av forskningsartikler som kunne vært gode å ha med i oppgaven. I tillegg siden jeg fikk mange treff i søkene kan jeg ha oversett og dermed gått glipp av artikler som kunne vært aktuelle. I trefflisten skrives overskrifter og sammendrag av artiklene på engelsk, noe som kan gjøre at jeg på grunn av språkforvirring har misforstått innholdet og dermed ekskludert artikler som inneholdt mine inkluderingskriterier.

Begrepet utfordrende atferd omtales på mange ulike måter og det brukes mange ulike ord for dette, søkeordene jeg valgte kan ha gjort at noen artikler som kunne vært aktuelle ikke ble funnet i søket. Positivt med valg av søkeordene er likevel at jeg har benyttet meg mye av å kombinere synonymer med «OR» for å prøve å flest mulig artikler i søket.

### 3.7 Kildekritikk

Kvaliteten på forskningsartiklene ble vurdert ved at jeg benyttet meg av sjekklister fra Helsebiblioteket.no og CASP, og jeg vurderte ut fra disse at de inkluderte artiklene er av god kvalitet. Kritiske vurderinger har som formål å vurdere relevans, styrke og begrensinger i litteraturen som ønskes å benyttes (Thidemann, 2015, s. 27).

Jeg har benyttet meg i hovedsak av primærlitteratur, bortsett fra et tilfelle der en referanse jeg brukte fra en bok som primærkilde baserte seg på en sekundærkilde. Alle de inkluderte artiklene er primærstudier, det vil altså si at ingen av artiklene baserer seg på data fra andre sin forskning, men at de selv har samlet inn data og sammenfattet dette (Thidemann, 2015, s. 71). Artiklene ble funnet ved litteratursøk i anerkjente databaser, og alle artiklene som ble inkludert oppfylte mine inklusjonskriterier. De inkluderte artiklene er alle fagfellevurdert, noe som vil si at artikkelen er kvalitetsvurdert av flere kvalifiserte innen faget (Svartdal, 2020). At artiklene skulle være fagfellevurdert var ikke et inklusjonskriterium, men ble sett på som en fordel da det gir mer troverdighet.

## 4.0 Resultat

I denne oppgaven presenteres resultatet av seks artikler. Fem av artiklene er kvantitative randomiserte kontrollerte studier, mens en artikkel er en kvalitativ randomisert kontrollert studie. Tre av de kvantitative artiklene tar for seg opplæring og personsentrert omsorg. Den ene artikkelen er en studie på effekten av personsentrert omsorg og opplæringen av helsepersonellet til å gjennomføre dette (Ballard et al., 2018). En annen ser på opplæringen av hvordan man kan håndtere APSD, og effekten av det (Deudon et al., 2009). Den tredje artikkelen studerer effekten av å lære metoder for å bedre vurdere pasientens umøtte behov (Pieper et al., 2016). To av artiklene er studier på sammenheng mellom smerte og utfordrende atferd. Den kvantitative artikkelen om smerte ser på en systematisk tilnærming for håndtering av smerter (Husebo, Ballard, Sandvik, Nilsen & Aarland, 2011).

Den kvalitative studien om smerter studerer smerte som underliggende årsak til utfordrende atferd (Nowak, Neumann-Podczaska, Deskur-Śmielecka, Styszyński & Wieczorowska-Tobis, 2018). Den sjette artikkelen ser på behovet og vurderer effekten av stimuli (Cohen-Mansfield et al., 2010).

#### 4.1 Trening på å håndtere APSD og gi personsentrert omsorg

De tre artiklene som tar for seg opplæring av helsepersonell trekker frem at opplæring og trening i håndtering av APSD kan være med på å redusere og forebygge utfordrende atferd. (Ballard et al., 2018; Deudon et al., 2009; Pieper et al., 2016).

Deudon et al. (2009) foreslår at opplæring og trening av helsepersonellet vil ha en positiv effekt på personene med demens og APSD.

I studien til Deudon et al. (2016) fikk helsepersonellet i intervensjonsgruppen åtte uker med opplæring og trening i håndtering av APSD. Det ble blant annet etter hvert gitt veiledningskort til helsepersonellet med tips og teknikker som kunne brukes i ulike situasjoner. Kortene kunne personellet ha med seg i lomma, og noen kort ble plassert inne hos pasienten i en skuff. Her var det tiltak som var tilpasset pasienten og pasientens interesser. Det ble utarbeidet teknikker og tiltak for å redusere APSD til aktuelle tidspunkt på dagen der APSD ofte oppstår, som for eksempel under stell (Deudon et al., 2009). Tiltakene var blant annet at man skal opptre på en måte som ikke virker påtrengende, prøve å fokusere på pasientens autonomi og hele tiden informere pasienten om hva som skal skje, og hva som gjøres (Deudon et al., 2009). Helsepersonellet fikk veiledning og tilbakemelding på hvordan de håndterte situasjonen, og fikk på denne måten forbedret seg til neste gang (Deudon et al., 2009).

Trening i personsentrert omsorg blir i studien Ballard et al. (2018) prøvd ut, ved at et tiltak kalt WHELD blir iverksatt i en periode på ni måneder. WHELD står for «improving wellbeing and health for people with dementia», som oversatt til norsk betyr forbedring av velvære og helse for personer med demens (Ballard et al., 2018). Tiltaket tar for seg trening av helsepersonell i personsentrert omsorg (Ballard et al., 2018).

WHELD-tiltaket ble prøvd ut i en intervensjonsgruppe, mens en kontrollgruppe ikke gjorde endringer i behandlingen (Ballard et al., 2018). Sentralt i opplæringen var forståelse av hva personsentrert omsorg er, og på hvilken måte dette kan gjøres i sykehjemmet. En annen del av opplæringen var trening i å lage individuelle planer for sosiale aktiviteter som bygger på pasientens interesser og ressurser (Ballard et al., 2018). Opplæringen gikk også ut på å utarbeide måter helsepersonellet kan forstå de individuelle behovene som er hos pasienten med utfordrende atferd (Ballard et al., 2018).

Et stegvis multidisiplinært tiltak kalt STA OP blir prøvd ut i studien Pieper et al. (2016). Helsepersonellet fikk i en periode trening i den stegvise arbeidsmetoden til STA OP. Treningen innebar også at man skulle prøve å forbedre vurderingsevnen for å lettere oppdage umøtte behov hos pasienten som har demens (Pieper et al., 2016). Den stegvise arbeidsmetoden som blir brukt i studien Pieper et al. (2016) starter med at sykepleier skal prøve å beskrive den utfordrende atferden, ved å for eksempel se på om dette er noe som er nytt for pasienten, eller om dette er noe som har vart over tid. Sykepleier skal også prøve å undersøke hva som har blitt prøvd ut før for å behandle den utfordrende atferden (Pieper et al., 2016). Videre er det seks trinn som stegvis skal følges. Stegene innebærer blant annet at det skal utføres en vurdering på om de grunnleggende behov er dekket eller ikke, smertevurdering, vurdering av pasientens følelser og miljø, prøve individuelle psykososiale og miljøterapeutiske tiltak, bruk av analgetika og psykofarmaka (Pieper et al., 2016).

Deudon et al. (2009) observerte at etter tiltaket om opplæring og trening av helsepersonellet til å håndtere APSD, var det en betydelig lavere skår i Cohen-Mansfield agitation inventory mellom startpunkt og uke 8, og mellom startpunkt og uke 20. Cohen-Mansfield agitation inventory forkortet til CMAI, er et skåringsverktøy for å systematisk vurdere agitasjon. CMAI inneholder 29 punkt, der hvert punkt kan ha en score på mellom 1-7 for hyppighet (Ballard et al., 2018). Lavere skår i CMAI blir også funnet i studien fra Ballard et al. (2018). WHELD-tiltaket utgjorde en statistisk forbedring på agitasjon (Ballard et al., 2018). Resultatet om lavere skår i CMAI som beskrives i studien Ballard et al. (2018) og i studien til Deudon et al. (2009) støttes også fra studien til Piper et al (2016). Etter STA OP-tiltaket ble det vist en lavere CMAI skår hos intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen ved målinger gjort ved 3 og 6 måneder (Pieper et al., 2016).

Tiltaket om opplæring og trening for å håndtere APSD reduserte APSD hos pasienter med langtkommen demens på sykehjem (Deudon et al., 2009). WHELD-tiltaket gir fordeler i livskvalitet, agitasjon og nevropsykiatriske symptomer (Ballard et al., 2018). Gjennom opplæring og trening i hvordan man skal håndtere pasienter med demens som har utfordrende atferd, ble det som resultat vist færre tilfeller med utfordrende atferd (Pieper et al., 2016).

#### 4.2 Smerte som en mulig underliggende årsak til utfordrende atferd

Artiklene som omhandler smerte trekker frem at smerte kan være en mulig årsak til utfordrende atferd (Husebo et al., 2011; Nowak et al., 2018).

En systematisk tilnærming til smertelindring ble i Husebo et al. (2011) forsøkt i en intervensjonsgruppe. Pasienter med moderat til alvorlig demens og som i tillegg hadde utfordrende atferd ble delt inn i en intervensjonsgruppe eller en kontrollgruppe (Husebo et al., 2011). Ut fra en stegvis protokoll mottok intervensjonsgruppen individuell smertelindring med paracetamol, morfin, smerteplaster eller pregabalin daglig i åtte uker. Den stegvise protokollen besto av 4 steg, der steg 1 var oral medisinerings med paracetamol, steg 2 var oral medisinerings med morfin, steg 3 var bruk av smerteplaster og steg 4 var oral medisinerings med pregabalin. Pasientene startet på steg 1, men de pasientene som allerede fikk smertestillende behandling ble vurdert til å starte på steg 2, steg 3 eller steg 4. Pasienter med svelgevansker startet på steg 3. Kontrollgruppen hadde ikke endringer i sin behandling, og mottok dermed samme behandling som før studien startet (Husebo et al., 2011).

Etter åtte uker med systematisk tilnærming til smertelindring var resultatet en betydelig reduksjon i agitasjon hos pasientene i intervensjonsgruppen (Husebo et al., 2011). Smertelindringen viste også fordeler når det kom til nevropsykiatriske symptomer (Husebo et al., 2011).

I studien til Nowak et al. (2018) ble pasienter med moderat til alvorlig demens smertevurdert ut fra Abbey pain scale, som er forkortet til APS. APS er et kartleggingsverktøy som er laget for å kunne kartlegge smerter hos pasienter som ikke klarer å gjøre rede for dette selv (Nowak et al., 2018). Skalaen inneholder seks deler som beskriver pasientens atferd og hver del har tre grader av intensitet (Nowak et al., 2018). Agitasjon ble målt ut fra skår i CMAI. Deretter ble pasientens medisinaliste analysert (Nowak et al., 2018).

Nowak et al. (2018) oppdaget en sammenheng mellom APS og CMAI skår. Pasientene som hadde høy skår i CMAI fikk oftere beroligende medisin, samtidig hadde de ofte høy skår i APS. Likevel fikk ikke disse pasientene oftere analgetika enn de pasientene som hadde lavere skår i CMAI (Nowak et al., 2018).

Tiltaket om en systematisk tilnærming til smertelindring reduserte agitasjon hos pasientene med moderat til alvorlig demens (Husebo et al., 2011). Husebo et al. (2011) mener at håndteringen av smerte kan spille en stor rolle i behandlingen av agitasjon. Nowak et al. (2018) mener at studien deres viser at smerte kan være en viktig underliggende årsak til utfordrende atferd. Riktig smertevurdering og håndtering er viktig for å redusere utfordrende atferd (Nowak et al., 2018).

#### 4.3 Behovet for stimuli

Effekten av ulike typer stimuli blir vurdert i studien til Cohen-Mansfield et al. (2010). Det ses på hvilken effekt ulike typer stimuli kan ha på utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem (Cohen-Mansfield et al., 2010). Ulike typer stimuli blir testet på pasienter med demens som har utfordrende atferd. Stimuli som sosial stimuli, musikk og stimuli som er individualisert etter pasientens egen identitet og interesser blir testet (Cohen-Mansfield et al., 2010). Pasientene ble, dersom det var mulig, intervjuet om hvilke interesser pasienten har eller hadde før og hvilke aktiviteter som de liker. Pasientens nærmeste pårørende ble også intervjuet om hva som var viktig for pasienten før demenssykdommen utviklet seg (Cohen-Mansfield et al., 2010).



Agitasjonen ble observert og registrert ved bruk av Agitation Behavior Mapping Instrument (ABMI), som består av 14 punkter som beskriver den utfordrende atferden og hvor ofte den forekommer (Cohen-Mansfield et al., 2010).

Alle typene av stimuli resulterte i en betydelig reduksjon i fysisk agitasjon sammenlignet med observasjonene gjort i starten (Cohen-Mansfield et al., 2010). De fleste typene av stimuli resulterte i reduksjon av verbal agitasjon. Den største reduksjonen i verbal agitasjon kom av sosiale stimuli, stimuli i form av å gjøre meningsfulle oppgaver, stimuli i form av musikk og stimuli som aktiviteter basert på pasientens egen identitet, interesser og ressurser (Cohen-Mansfield et al., 2010).

Det å tilby ulike typer stimuli har en forebyggende effekt på den utfordrende atferden som kan forekomme hos pasientene med demens på sykehjem (Cohen-Mansfield et al., 2010).

## 5.0 Diskusjon

Problemstillingen etterspør hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem. Ut fra resultatet er det flere tiltak sykepleier kan gjøre for å forebygge utfordrende atferd. Sentrale funn fra forskningsartiklene viser at trening på å håndtere APSD og trening i personsentrert omsorg kan ha positiv effekt på utfordrende atferd ved demens. Vurdering og behandling av pasientens individuelle behov som smerter og stimuli, og pasientens umøtte behov er også funn som står sentralt i resultatet.

### 5.1 Trening på å håndtere APSD og gi personsentrert omsorg

Flere sykepleiere og annet helsepersonell synes at det å håndtere en situasjon med utfordrende atferd kan være vanskelig. En grunn til dette kan være at helsepersonellet på sykehjemmet har manglende kunnskap når det kommer til atferdsendringer ved demens (Støback, 2015).

Etter egen erfaring i praksis har jeg opplevd å plutselig stå i en situasjon med en pasient med demens som har utfordrende atferd, uten å vite hvordan jeg burde håndtere situasjonen. I studiene til Ballard et al. (2018), Deudon et al. (2009), og Pieper et al. (2016) blir det studert forebyggende tiltak i form av trening på det å håndtere APSD.

Studien til Deudon et al. (2009) viser til trening i generelle tiltak som kan fungere på de fleste pasienter, uten at det trenger å være et individualisert tiltak. Det ble blant annet nevnt tiltak som det å opptre på en måte som ikke virker påtrengende for pasienten, tenke på pasientens autonomi og dermed prøve å få pasienten til å ta selvstendige valg i situasjoner der det lar seg gjøre. I tillegg var også et tiltak at man informerer pasienten om det som skal skje og om hva som blir gjort. Som sykepleier i slik situasjon er det i tillegg også avgjørende at kunnskapen om demenssykdommen og kommunikasjon kommer frem.

Ettersom demenssykdommen gir svikt i de kognitive og språklige evnene, må sykepleier tenke på hvordan informasjonen blir gitt (Rokstad & Smebye, 2008, s. 93). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vektlegger at sykepleieren skal gi informasjonen på en tilpasset måte, og deretter sørge for at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2017). Hvordan pasienten oppfatter sykepleieren kan ha mye å si for hvordan den videre situasjonen vil bli, for eksempel i en situasjon med stell. Siden den ikke-verbale kommunikasjonen utgjør mellom 55-97% av det mottakeren oppfatter (Tveiten, 2016, s. 71), kan det oppstå misforståelser og utfordringer i samhandling med pasienten dersom sykepleieren ikke er oppmerksom på egen ikke-verbale kommunikasjon. Det vil også være viktig som sykepleier å observere pasientens kroppsspråk. Dette fordi observasjoner av kroppsspråket til pasienten vil kunne gi sykepleieren informasjon om hvilken reaksjon pasienten har på en handling eller på sykepleierens tilnærming.

WHELD-tiltaket som ble testet i studien til Ballard et al. (2018) viste seg å ha fordeler når det gjaldt agitasjon, men også for livskvalitet og nevropsykiatriske symptomer. Skåren for CMAI ble lavere under perioden der WHELD-tiltaket ble testet, noe som tilsier at tiltaket om trening av helsepersonellet til å utføre personsentrert omsorg kan fungere godt i praksis. Det at sykepleier gjennom personsentrert omsorg har en individuell tilnærming til hver enkelt pasient, kan ha en positiv påvirkning for både pasient og for sykepleier.

Fordi personsentrert omsorg innebærer at sykepleier skal vurdere og dekke behovene til pasienten gjennom en individuell tilnærming (Brooker, 2013, s. 35), kan det tenkes at en slik tilnærming vil kunne gi pasienten en opplevelse av at omsorgen som mottas er personlig tilpasset. Det kan også tenkes at pasienten gjennom en slik tilnærming får en bedre følelse av at sykepleieren kjenner pasienten godt. Det at pasienten opplever at sykepleier kjenner han eller henne godt, kan gjøre at pasienten føler seg tryggere på sykepleieren og i tillegg føre til at pasienten føler seg mer forstått. For sykepleier sin del vil personsentrert omsorg kunne gjøre at sykepleieren får en helhetlig forståelse av pasienten. På bakgrunn av dette vil det for sykepleieren muligens bli enklere å tidligere observere endringer i pasientens atferd. Ved at sykepleier gjennom personsentrert omsorg tidligere observerer atferdsendringer, kan sykepleier iverksette individuelle tiltak for å kartlegge hva som kan være årsaken til atferdsendringen. Å observere om atferdens videre endringer vil gi sykepleier en indikasjon på om tiltaket som ble iverksatt fungerte eller ikke, og om nytt tiltak bør iverksettes. På bakgrunn av dette kan trening i personsentrert omsorg gjøre at sykepleieren kan forebygge at atferdsendringen utvikler seg, og dermed forebygge utfordrende atferd.

STA OP-tiltaket som ble testet i studien til Pieper et al. (2016) viste at en stegvis metode for hvordan man kan gå frem for å undersøke og vurdere mulige årsaker til den utfordrende atferden. Ved at en sykepleier anvender denne stegvise metoden vil sykepleier kunne undersøke fysiske, psykiske og sosiale behov, og dermed ha mulighet for å avdekke mulige årsaker til utfordrende atferd. At sykepleierne anvendte denne stegvise metoden, viste seg å ha god effekt i studien til Pieper et al. (2016), og resulterte i færre tilfeller av utfordrende atferd samtidig som CMAI skår ble lavere etter tiltaket.

Siden utfordrende atferd kan oppstå på grunn av bakgrunnsfaktorer som kognitive endringer, somatisk helse og psykososiale faktorer og nærværende faktorer som personlige, psykiske og sosiale forhold vil det kunne være vanskelig å skulle avdekke hva årsaken er (Rokstad & Smebye, 2008, s. 185). En stegvis metode som avdekker ulike spekter vil kunne være en metode som kan være god å jobbe etter for å forebygge utfordrende atferd videre. Jeg som fremtidig sykepleier tenker at en arbeidsmetode som dette for å kartlegge hva som kan være årsaken til den utfordrende atferden vil gjøre kartleggingen enklere å utføre.

Helsepersonelloven sitt krav til helsepersonell om forsvarlighet viser til at helsehjelpen som gis skal være faglig forsvarlig og i samsvar med helsepersonellens kvalifikasjoner (Helsepersonelloven, 1999, § 4). En sykepleier skal ha kvalifikasjoner til å kunne gi forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp til pasienter med demens, men likevel er det ikke slik at en sykepleier ikke kan utvikle og forbedre seg.

Fra egen erfaring har simulering og trening på ulike pasientsituasjoner vært en god læringsmetode for hvordan man kan forbedre seg og gjøre seg mer trygg i møte med en lignende situasjon i praksis. Derfor tenker jeg at trening på hvordan man kan håndtere APSD vil kunne gjøre sykepleieren tryggere i en situasjon med utfordrende atferd.

## 5.2 Smerte som en mulig underliggende årsak til utfordrende atferd

For eldre er det ikke uvanlig at kroniske plager i muskler og skjelett forekommer, noe som kan føre til smerter hos pasienten. Slike smerter kan påvirke pasientens funksjonsnivå og bli forverret ved bevegelser og forflytning (Rokstad & Smebye, 2008, s. 192). I et morgenstell kan det være at en pasient har reaksjoner som for sykepleieren kan oppfattes som at pasienten motsetter seg hjelp, men at pasienten grunnet sin demenssykdom ikke klarer å uttrykke at det faktisk er smerter som gjør det vanskelig å gjennomføre stellet. For å forebygge at dette skal skje videre må det oppdages hva som er årsaken til at pasienten har utfordrende atferd under situasjoner slik som for eksempel morgenstellet.

Kartleggingsverktøyet APS blir brukt i studien til Nowak et al. (2018) for å kartlegge smerter hos pasientene med demens. Siden dette kartleggingsverktøyet er laget for å kartlegge smerter hos pasienter som ikke klarer å gjøre rede for det selv, vil det kunne være godt for en sykepleier å bruke et verktøy som dette for å gjøre en smertevurdering av pasienten med demens. Ettersom studien til Nowak et al. (2018) viste resultat av at det var en sammenheng mellom ASP og CMAI skår viser dette at smerte kan være en underliggende årsak til utfordrende atferd hos pasienter med demens. Et slikt funn viser at sykepleiere burde ta i bruk kartleggingsverktøy som dette oftere for å kunne vurdere om smerter kan være årsaken bak den utfordrende atferden.

Selv om man kunne se sammenheng mellom ASP og CMAI skår hos pasienter i studien til Nowak et al. (2018), viste det seg at pasientene med høy CMAI skår oftere fikk beroligende medisin. Det viste seg i denne studien at disse pasientene i tillegg også hadde høy APS skår, men likevel ikke fikk mer analgetika enn de med lav CMAI skår. Et slikt funn kan tyde på at pasientens utfordrende atferd kan bli tolket som noe som kan behandles ved hjelp av beroligende medisin. Dette kan trolig komme av feilvurderinger og manglende kartlegging av pasientens atferd og tilstand. For sykepleier kan det være vanskelig å vite årsaken bak utfordrende atferd hos den enkelte pasient, og spesielt vanskelig kan det være som følge av at pasienter med demens kan ha utfordringer når det kommer til verbal kommunikasjon. Siden demenssykdommen gir svikt i de kognitive og språklige evnene (Rokstad & Smebye, 2008, s. 93), kan det være vanskelig for pasienten å skulle formidle hva som er galt, om det gjør vondt en plass på kroppen eller hvor på kroppen det gjør vondt. Dette kan by på en utfordring for sykepleieren og gjøre det vanskelig for sykepleieren å forstå at det er smerter som er årsaken bak atferden.

En systematisk tilnærming til smertelindring viste en betydelig reduksjon i agitasjon og fordeler når det kom til nevropsykiatriske symptomer i studien til Husebo et al. (2011). Funnet i denne studien viser at håndteringen av smerte kan ha mye å si for behandlingen av utfordrende atferd. I praksis vil dette da bety at dersom sykepleier kan forebygge utfordrende atferd ved at pasienten får tilstrekkelig smertelindring. Ved å bruke et kartleggingsverktøy som APS kan sykepleier kartlegge pasientens smerter, og kan deretter gjennom en systematisk tilnærming og i samråd med pasientens fastlege vurdere pasientens behov for smertestillende legemidler. En av sykepleiers videre ansvarsområder blir å observere om pasientens atferd blir forbedret eller forverret, gjerne ved bruk av for eksempel CMAI kartleggingsverktøy eller annet anbefalt verktøy som blir brukt i avdelingen. Ut fra skåren pasienten får i kartleggingsverktøyet kan sykepleier bruke dette videre i dialog med fastlege for å vurdere om pasienten får tilstrekkelig smertelindring eller ikke.

Ut fra resultat i studiene (Husebo et al., 2011; Nowak et al., 2018) viser det seg at smerter kan være en mulig underliggende årsak til utfordrende atferd hos pasienter med demens. Jeg har selv i praksis erfart at en pasient med demens begynte å oppføre seg annerledes over tid ved at hun ble urolig under måltid, noe som senere viste seg at var smerter i munnen. Dette hadde ikke pasienten klart å formidle til meg eller annet helsepersonell, og på den måten var det vanskelig å vite at det var smerter som var årsaken pasientens utfordrende atferd. Funnet om at smerte kan være en underliggende årsak til utfordrende atferd hos pasienter med demens stemmer overens med egne erfaringer fra praksis.

### 5.3 Behovet for stimuli

Utfordrende atferd kan forekomme av bakgrunnsfaktorer og av nærværende faktorer som psykososiale faktorer, og både psykiske og sosiale forhold (Rokstad & Smebye, 2008, s. 185). Som sykepleierstudent lærer man mye om at man skal se mennesket i sin helhet og gi helhetlig omsorg, og ikke bare tenke på det fysiske som man kan se. Hva som er viktig for oss som mennesker og hvilke interesser vi har kan være ganske ulikt, og dette gjelder også like mye selv om pasienten ikke lenger tar initiativ selv til å prate om hva som er viktig for han eller henne.

I studien til Cohen-Mansfield et al. (2010) viste resultatene at det å tilby stimuli reduserte både fysisk og verbal agitasjon, og hadde en forebyggende effekt på den utfordrende atferden til pasientene med demens på sykehjem. I studien til Ballard et al. (2018) og i studien til Pieper et al. (2016) er tiltak i form av psykososiale stimuli også presentert som en del av det som er viktig at blir forsøkt for å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens. Dette funnet viser at det er viktig at man også tenker på at det psykososiale aspektet for å kunne gi pasienten helhetlig omsorg. Bokstaven S i VIPS i personsentrert omsorg omhandler blant annet at man som sykepleier skal forstå at pasienten har behov for å ha et sosialt miljø, og at et slikt miljø også burde gi pasienten mulighet for egenutvikling (Brooker, 2013, s. 9).

I praksis har jeg selv opplevd at pasienter forteller at de kjeder seg, at dagen er lite innholdsrik og at de ikke lenger føler at de har en meningsfull hverdag. I sykehjemsavdelinger har jeg sett pasienter sitte lenge i en stol og der eneste form for stimuli er det visuelle de ser på fjernsynet. Flere av pasientene hører i tillegg dårlig og har dermed vanskelig for å få med seg det som blir sagt på fjernsynet. Ettersom pasienten har behov for stimuli kan mangelen på dette kunne føre til at pasienten reagerer med utfordrende atferd. Det er ikke uvanlig at pasienter med demens har atferdssymptomer som at de er urolige, rastløse eller vandrer (Rokstad & Smebye, 2008, s. 181-182). Mangel på stimuli kan være en mulig underliggende årsak til utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem.

Det er flere typer stimuli som sykepleier kan gjennomføre på et sykehjem for å prøve å forebygge utfordrende atferd som ikke virker å stamme fra fysiske behov eller smerter. Blant annet viste studien til Cohen-Mansfield et al. (2010) at den fysiske agitasjonen ble redusert ved alle formene for stimuli som ble testet, og at den verbale agitasjonen hadde mest effekt av stimuli som det å høre på musikk, gjøre individualiserte aktiviteter ut fra egne interesser og ressurser, gjøre meningsfulle oppgaver og sosiale stimuli.

Sykepleier bør sørge for at pasienten får dekket behovet for stimuli. Siden det kan være forskjellig hvilke stimuli som vil fungere best hos de ulike pasientene, burde sykepleier gjøre seg kjent med den enkelte pasienten og etterspørre hvilke interesser den enkelte har, og hva som er viktig for han eller henne. På denne måten kan sykepleier i dialog med pasienten finne ut hva som kan være mulige typer stimuli som kan virke forebyggende for den enkeltes utfordrende atferd og symptomer. På den andre siden må sykepleier tenke på at pasienten grunnet sin demenssykdom kan ha nedsatt kognitivt funksjonsnivå (Rokstad & Smebye, 2008, s. 28), og kanskje ikke husker hva han eller hun likte å gjøre i tiden før demenssykdommen utviklet seg, eller at pasienten kanskje ikke klarer å formidle til sykepleier det han eller hun tenker på. Da kan sykepleier vurdere om de nærmeste pårørende kan kontaktes og spørres om hva som var viktig for pasienten før utviklingen av demenssykdommen, og hvilke aktiviteter han eller hun likte. Dersom sykepleier vet mer om pasientens interesser vil det også være enklere å kunne gi sosiale stimuli ved at sykepleier vet hvilke temaer som kan prates om sammen med pasienten.

Siden sosiale stimuli viste seg å ha god effekt på utfordrende atferd hos pasientene med demens i studien til Cohen-Mansfield et al. (2010), kan et forebyggende sykepleietiltak være at sykepleier bruker tid på å sitte sammen med pasienten for å prate. Sykepleieren bør i samtale med pasienten også tenke over hvilke forutsetninger som er viktig for at samtalen skal være behagelig for pasienten, slik som pasientens hørsel, blikkontakt, det å ikke si for lange setninger om gangen og prate tydelig. Sykepleier kan i praksis også hjelpe pasienten til å få gjøre individualiserte aktiviteter som er tilpasset den enkelte pasient og dens ressurser, slik som for eksempel musikk og sang, maling og tegning, turer og blomsterstell eller lesing. Dersom sykepleier på denne måten klarer å finne stimuli tilpasset den enkelte pasient, kan dette være med på å forebygge utfordrende atferd hos pasienten med demens på sykehjem.

#### 5.4 Behov som ikke er møtt

Pasienten med demens kan ha utfordrende atferd knyttet til ulike faktorer, både bakgrunnsfaktorer og nærværende faktorer. Disse faktorene kan påvirke pasientens atferd, og har dermed noe å si for hvor hyppig det forekommer, hvor intenst det er og hvor lenge det varer (Rokstad & Smebye, 2008, s. 185). Flere av tiltakene i de inkluderte forskningsartiklene baserer seg på at sykepleier skal vurdere og kartlegge hvilke faktorer som gjør at pasienten har utfordrende atferd (Ballard et al., 2018; Deudon et al., 2009; Pieper et al., 2016). Det betyr at sykepleier er nødt til å sette seg inn i de ulike faktorene og vurdere disse for å kunne få en forståelse av hva som kan være mulige årsaker til den utfordrende atferden pasienten med demens har.

Atferdsendringene som pasienten viser, kan stamme fra umøtte behov. Disse atferdsendringene kan være en pekepinn for sykepleier på at noe er galt, og at det er mulighet for at pasientens behov ikke blir tilfredsstillende møtt eller ivaretatt (Rokstad & Smebye, 2008, s. 184-185). I alle de inkluderte forskningsartiklene blir tema om pasientens behov undersøkt, enten i form av fysiske behov, behov for smertelindring eller behovet for stimuli. STA OP-tiltaket fra studien til Pieper et al. (2016) baserer seg mye på umøtte behov. Første steget i tiltaket gikk blant annet ut på å vurdere om grunnleggende behov var dekket eller ikke. Da kan sykepleier starte med å sjekke ulike deler av de grunnleggende behov for å se om noen av disse tiltakene fungerer.



Blant annet kan det være at pasienten har behov for å gå på toalettet, og kanskje oppdager sykepleier i den sammenheng at det er lenge siden sist gang pasienten hadde avføring, eller at urinen lukter vondt og inneholder blod. Etter en slik oppdaging kan sykepleier iverksette tiltak som vurdering om pasienten trenger avførende midler, eller at sykepleier vurderer at en urinprøve er nødvendig.

Et annet behov som kan føre til utfordrende atferd hos pasienten kan være dårlig hørsel. Dårlig hørsel kan for eksempel føre til at pasienten ikke får med seg informasjon som blir gitt under stell, noe som igjen da kan føre til at pasienten blir forvirret i situasjonen. Etter yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier sørge for at informasjonen pasienten får skal være forstått (Norsk sykepleierforbund, 2017). Sykepleier kan under stell sjekke om høreapparatet er tomt for batteri, eller om det er mye ørevoks i øregangen som gjør at høreapparatet ikke fungerer som det skal, og hjelpe pasienten med å få tak i hjelpemiddel til hørselen dersom det mangler og pasienten har behovet for det. Som sykepleier bør man tenke på at små tiltak som dette kan være med på å gjøre hverdagen bedre for pasienten, og at det å gjøre observasjoner og tiltak som dette kan forebygge utfordrende atferd. Observasjoner som dette kan gjennomføres i praksis av sykepleier ved at dette blir innarbeidet i vanlige rutiner som for eksempel ved morgenstell.

## 6.0 Konklusjon

I denne litteraturstudien kommer det frem at utfordrende atferd ved demens kan være vanskelig for sykepleiere å håndtere. Uten forståelse for hva den utfordrende atferden skyldes, er det utfordrende for sykepleier å skulle forebygge den. Det kan være mange faktorer som kan påvirke til den utfordrende atferden, og en av sykepleiers oppgaver i det forebyggende arbeidet vil være å prøve å kartlegge disse.

Problemstillingen i denne litteraturstudien etterspør hvordan sykepleier kan forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem. Det er flere tiltak og tilnærminger som sykepleiere kan iverksette i det forebyggende arbeidet.

For å forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens på sykehjem, må sykepleier utvikle en forståelse for faktorer som kan bidra til at utfordrende atferd oppstår. Denne forståelsen kan sykepleier oppnå gjennom trening i hvordan man skal møte pasienter med utfordrende atferd, og trening i å gi personsentrert omsorg til den enkelte pasient. Gjennom personsentrert omsorg eller en tilnærming som fokuserer på den enkeltes behov, kan sykepleier prøve å kartlegge pasientens umøtte behov og dermed iverksette forebyggende tiltak som er tilpasset den enkelte pasient. Smerter kan være en faktor til utfordrende atferd, og at sykepleier klarer å kartlegge dette ved hjelp av et kartleggingsverktøy, og deretter iverksette tiltak i form av tilpasset smertelindring, vil være med på å forebygge utfordrende atferd. Som sykepleier i det forebyggende arbeidet, vil det være viktig å tenke på pasienten som en helhet og at man som sykepleier skal gi helhetlig omsorg. Dette innebærer at sykepleier i tillegg til det fysiske også tenker på det psykososiale, som pasientens behov for stimuli, og at stimuli som gis er tilpasset den enkelte pasients interesser og ressurser. Felles i de forebyggende tiltakene er at sykepleier er nødt å se pasienten som en helhet for å kunne kartlegge og vurdere hva som kan virke forebyggende for den utfordrende atferden hos den enkelte pasient med demens.

## 7.0 Referanseliste

- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., ... Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Medicine*, *15*(2), e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg : veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M., Regier, N. G., Thein, K. & Freedman, L. (2010). Can Agitated Behavior of Nursing Home Residents with Dementia Be Prevented with the Use of Standardized Stimuli? *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(8), 1459-1464. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.02951.x>
- Deudon, A., Maubourguet, N., Gervais, X., Leone, E., Brocker, P., Carcaillon, L., ... Robert, P. H. (2009). Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*(12), 1386-1395. <https://doi.org/10.1002/gps.2275>
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020 - Et mer demensvennlig samfunn*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Husebo, B. S., Achterberg, W. P., Lobbezoo, F., Kunz, M., Lautenbacher, S., Kappesser, J., ... Strand, L. I. (2012). Pain in patients with dementia ; a review of pain assessment and treatment challenges. *Norsk epidemiologi*, 22(2), 243-251.  
<https://doi.org/10.5324/nje.v22i2.1572>
- Husebo, B. S., Ballard, C., Sandvik, R., Nilsen, O. B. & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *BMJ: British Medical Journal*, 343(7816), 193-193. <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)
- Norsk Helseinformatikk. (2020, 7. januar). Demens - en kort oversikt. Hentet 18. mai 2020 fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>
- Norsk sykepleierforbund. (2017, 6. november). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nowak, T., Neumann-Podczaska, A., Deskur-Śmielecka, E., Styszyński, A. & Wieczorowska-Tobis, K. (2018). Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 1045-1051.  
<https://doi.org/10.2147/CIA.S157246>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1997). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pieper, M. J. C., Francke, A. L., Steen, J. T., Scherder, E. J. A., Twisk, J. W. R., Kovach, C. R. & Achterberg, W. P. (2016). Effects of a Stepwise Multidisciplinary Intervention for Challenging Behavior in Advanced Dementia: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(2), 261-269.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.13868>

- Ranhoff, A. H. (2014). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 162-163). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2008). *Personer med demens : møte og samhandling*. Oslo: Akribe.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2014). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 411-414). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 1(1), 72-81. Hentet fra [https://www.idunn.no/tidsskrift\\_for\\_omsorgsforskning/2015/01/atferd\\_er\\_uttrykk\\_f\\_or\\_personlige\\_opplevelser\\_-\\_om\\_kompetans](https://www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/atferd_er_uttrykk_f_or_personlige_opplevelser_-_om_kompetans)
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.
- Svartdal, F. (2020, 5. april). Fagfelleevaluering. Hentet 21. mai 2020 fra <https://snl.no/fagfelleevaluering>
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter : den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk : pasient- og pårørendeopplæring*. Bergen: Fagbokforlaget.

## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1 – PICO

Tabell 1 - Oversikt over PICO

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
<b>Population</b> <b>Patient</b> <b>Problem</b>	<b>Intervention or Exposure</b>	<b>Comparison</b>	<b>Outcome</b>
Dementia Nursing home(s) Nurse(s) Nursing Agitation Psychomotor agitation Restlessness	Prevent Preventive Prevention		Reduce

## 8.2 Vedlegg 2 – Litteratursøk s.1-6

Tabell 2 - Søkehistorikk over søk nr.1 i CINAHL

<b>Database: Søk i CINAHL 17.01.2020</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>
S1	«Dementia»		36 061
S2	«Nursing homes»		40 889
S3	Agitation		1 883
S4	Psychomotor agitation		1 173
S5	«Restlessness»		2 267
S6	«Prevent»		88 959
S7	«Prevention»		604 269
S8	«Reduce»		154 633
S9	S3 OR S4 OR S5		3 680
S10	S6 OR S7 OR S8		759 094
S11	S1 AND S2 AND S9 AND S10	Publiseringsdato 2009-2019	73
<p><b>Kommentar:</b> Etter å ha skimlest over flere overskrifter og sammendrag kom jeg frem til 6 artikler som jeg skal analysere og vurdere om jeg kan bruke i oppgaven. Etter vurdering av relevans og kvalitet inkluderte jeg 3 av artiklene fra CINAHL i oppgaven.</p>			

Tabell 3 - Søkeshistorikk over søk nr.2 i CINAHL

<b>Database: Søk i CINAHL 28.04.2020</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>
S1	Dementia		43 041
S2	«Nursing homes»		47 376
S3	«Nurse»		261 093
S4	«Nurses»		375 519
S5	«Nursing»		715 874
S6	Agitation		2 239
S7	Psychomotor agitation		1 284
S8	Restlessness		2 627
S9	«Prevent»		106 921
S10	«Preventive»		58 352
S11	«Prevention»		700 716
S12	«Reduce»		184 893
S13	S3 OR S4 OR S5		904 161
S14	S6 OR S7 OR S8		4 267
S15	S9 OR S10 OR S11 OR S12		913 312
S16	S1 AND S2 AND S13 AND S14 AND S15	Publiseringsdato 2009-2019	99
<p><b>Kommentar:</b> Etter å ha skimlet over flere overskrifter og sammendrag fikk jeg opp 6 artikler som allerede er funnet og skal vurderes fra tidligere i CINAHL. Jeg fant også 1 artikkel som allerede er funnet og skal vurderes tidligere søk i MEDLINE. Jeg fant ingen nye artikler som jeg ønsker å analysere og vurdere om jeg skal bruke videre. Etter vurdering av relevans og kvalitet inkluderte jeg 3 av artiklene fra CINAHL i oppgaven.</p>			



Tabell 4 - Søkehistorikk over søk nr.1 i MEDLINE

<b>Database: Søk i MEDLINE 23.01.2020</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>
S1	Dementia		49 453
S2	Nursing homes		34 179
S3	«Agitation»		18 382
S4	Psychomotor agitation		5 063
S5	«Restlessness»		2 924
S6	«Prevent»		413 684
S7	«Prevention»		1 603 520
S8	«Reduce»		629 233
S9	S3 OR S4 OR S5		20 786
S10	S6 OR S7 OR S8		2 382 714
S11	S1 AND S2 AND S9 AND S10	Publiseringsdato 2009-2019	75
<p><b>Kommentar:</b> Etter å ha skumlest over flere overskrifter og sammendrag kom jeg frem til 7 artikler som jeg skal analysere og vurdere om jeg kan bruke i oppgaven. Etter vurdering av relevans og kvalitet inkluderte jeg 3 av artiklene fra MEDLINE i oppgaven.</p>			

Tabell 5 - Søkehistorikk over søk nr.2 i MEDLINE

<b>Database: Søk i MEDLINE 28.04.2020</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord/term</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>
S1	Dementia		50 308
S2	Nursing homes		34 446
S3	«Nurse»		173 693
S4	Nurses		38 695
S5	«Nursing»		595 677
S6	«Agitation»		18 715
S7	Psychomotor agitation		5 108
S8	Restlessness		2 967
S9	«Prevent»		422 149
S10	«Preventive»		150 262
S11	«Prevention»		1 624 098
S12	«Reduce»		645 485
S13	S3 OR S4 OR S5		666 272
S14	S6 OR S7 OR S8		21 158
S15	S9 OR S10 OR S11 OR S12		2 497 592
S16	S1 AND S2 AND S13 AND S14 AND S15	Publiseringsdato 2009-2019	94
<p><b>Kommentar:</b> Etter å ha skimlet over flere overskrifter og sammendrag fikk jeg opp 7 artikler som allerede er funnet og skal vurderes fra tidligere i MEDLINE. Jeg fant også 3 artikler som allerede er funnet og skal vurderes tidligere søk i CINAHL Jeg fant ingen nye artikler som jeg ønsker å analysere og vurdere om jeg skal bruke videre. Etter vurdering av relevans og kvalitet inkluderte jeg 3 av artiklene fra MEDLINE i oppgaven.</p>			

Tabell 6 - Søkeshistorikk over søk i EMBASE

Database: Søk i EMBASE 24.01.2020			
Nummer	Søkeord/term	Avgrensning	Antall treff
S1	Dementia		111 375
S2	Nursing home		47 295
S3	«Agitation»		38 099
S4	«Psychomotor agitation»		1 134
S5	«Restlessness»		14 208
S6	«Prevent»		550 234
S7	«Prevention»		1 710 960
S8	«Reduce»		852 841
S9	S3 OR S4 OR S5		48 979
S10	S6 OR S7 OR S8		2 786 905
S11	S1 AND S2 AND S9 AND S10		108
S12	S1 AND S2 AND S9 AND S10	Publiseringsdato 2009-2019	77
<p><b>Kommentar:</b> I dette søket fant jeg 1 artikkel som jeg allerede hadde funnet i CINAHL, og 3 artikler som jeg allerede hadde funnet i MEDLINE. Jeg fant ingen andre relevante artikler etter å ha lest gjennom overskrifter og sammendragene.</p>			

Tabell 7 - Søkeshistorikk over søk i Sykepleien forskning

<b>Database: Søk i Sykepleien forskning 24.01.2020</b>			
<b>Nummer</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Avgrensning</b>	<b>Antall treff</b>
Søk nr 1	Demens AND Sykehjem AND Utfordrende atferd	Publiseringsdato 2009-2019	10
<b>Kommentar:</b> I dette søket fant jeg 1 artikkel som jeg skal analysere og vurdere om jeg skal bruke videre i oppgaven. Etter vurdering av relevans og kvalitet ekskluderte jeg denne artikkelen.			

## 8.3 Vedlegg 3 – Litteratormatrise s. 1-3

Tabell 8 – Litteratormatrise s. 1-3

Forfatter, år	Tittel	Hensikt	Metode	Funn/Resultat	Konklusjon
Cohen-Mansfield et al. 2010 (CINAHL)	Can agitated behavior of nursing home residents with dementia be prevented with the use of standardized stimuli?	Vurdere effekten av ulike typer stimuli på agitert oppførsel hos personer med demens på sykehjem.	Kvantitativ randomisert studie, som bygger på gjentatte målinger ved hjelp av «Agitation Behavior Mapping Instrument»	Alle kategorier av stimuli var assosiert med betydelig mindre fysisk agitasjon enn ved observasjonene i starten. Alle utenom manipulative stimuli var assosiert med betydelig mindre total agitasjon.	Å tilby stimuli sørger for en proaktiv tilnærming til å forebygge agitasjon hos personer med demens. Aktiv sosial stimuli var den med best resultat.
Ballard et al. 2018 (CINAHL)	Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster randomised controlled trial	Vurdere effektiviteten av personsentrert omsorg og psykososiale tiltak, som innarbeider en gjennomgang av antipsykotika, WHELD (Improving wellbeing and health for people with dementia), livskvalitet, agitasjon, og bruk av antipsykotika på personer med demens.	Kvantitativ randomisert kontrollert gruppestudie. Observasjoner fra WHELD-tiltaket og TAU (treatment as usual) ble over 9 måneder sammenlignet på pasienter med demens fra 69 sykehjem i Storbritannia. Det ble gitt opplæring til helsepersonell rundt personsentrert omsorg og sosial samhandling, og antipsykotisk medisin.	WHELD-tiltaket viste betydelig forbedring i livskvalitet, har stor positiv virkning på agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer. Det var størst positiv påvirkning hos personer med moderat alvorlig demens.	Funnene indikerer at WHELD-tiltaket har positiv innvirkning på livskvalitet, agitasjon og nevropsykiatriske symptomer.

Deudon et al. 2009 (CINAHL)	Non-pharmacological management of behavioural symptoms in nursing homes	Evaluere effektiviteten av opplæring til helsepersonell for å håndtere APSD hos eldre personer med demens.	Kvantitativ randomisert studie. 16 sykehjem ble tilfeldig delt inn i en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Over 8 uker fikk intervensjonsgruppen opplæring og trening på hvordan de skulle håndtere APSD. Vurderinger ble gjort i uke 0, 8 og 20. Utfallet ble målt i Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) og en Observation Scale (OS) score.	Det viste en betydelig reduksjon i CMAI-poeng mellom startpunkt og uke 8, og mellom uke 8 og 20 i intervensjonsgruppen, men ikke i kontrollgruppen.	Tiltaket reduserte APSD hos personer med alvorlig demens i sykehjem. Effekten var fortsatt til stede 3 måneder etter programmet var ferdig.
Pieper et al. 2016 (MEDLINE)	Effects of a Stepwise multidisciplinary intervention for challenging behavior in advanced dementia: A cluster randomized controlled trial	Vurdere om å iverksette et stegvis flerdelt tiltak (STA OP!) er effektivt for å redusere utfordrende atferd og depresjon hos sykehjemspasienter med alvorlig demens.	Kvantitativ randomisert kontrollert gruppestudie. Helsepersonell ble undervist gjennom 5 møter som varte i 3 timer hver. Her lærte de stegvise arbeidsmetoder for å forbedre fysiske og følelsesmessige vurderingsevner som tar utgangspunkt i umøtte behov hos pasienter med alvorlig demens.	Det ble vist en generell effekt av tiltaket for utfordrende atferd og depresjon. Det var også en betydelig reduksjon i bruken av antidepressiva. Det var og mindre betydelig reduksjon i bruk av diverse medisin blant annet antipsykotika.	Å sørge for forståelig trening hos helsepersonellet i håndtering av utfordrende atferd, resulterte i bedring i atferd og mindre bruk av psykoaktiv medisin.

<p>Husebo et al. 2011 (MEDLINE)</p>	<p>Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial</p>	<p>Undersøke om systematisk tilnærming til smertelindring kan redusere agitasjon hos personer med moderat til alvorlig demens på sykehjem.</p>	<p>Kvantitativ randomisert kontrollert gruppestudie. Studien ble utført i 8 uker med en oppfølging etter 12 uker. Det ble tilfeldig satt opp pasienter til å enten følge et 8 ukers program med smertelindring i samsvar med en stegvis protokoll, eller følge deres vanlige behandling (kontrollgruppen).</p>	<p>Agitasjon var betydelig redusert i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen etter 8 uker. Smertelindringen hadde også stor positiv effekt på andre nevropsykiske symptom.</p>	<p>En systematisk tilnærming til håndteringen av smerte viste betydelig reduksjon i agitasjon hos pasientene på sykehjemmet med moderat til alvorlig demens. Dette tiltaket kan også muligens redusere det unødvendige antallet psykoaktive medisiner som blir gitt.</p>
<p>Nowak et al. 2018 (MEDLINE)</p>	<p>Pain as a challenge in nursing home residents with behavioral and psychological symptoms of dementia</p>	<p>Vurdere behandling med analgetika på sykehjem hos personer med demens. Og presisere sammenhengen mellom smerter og utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem.</p>	<p>Kvalitativ studie. De analyserte pasienter med moderat til alvorlig kognitiv svikt, som også hadde smerter ut fra Abbey Pain Scale (APS) og agitasjon ut fra CMAI. Deretter ble det undersøkt i pasientjournal og medisinlisten til pasienten.</p>	<p>Det ble funnet en sammenheng mellom APS og CMAI. Personer med høyere CMAI fikk oftere beroligende medikament, og selv om de hadde en høyere APS fikk de ikke mer analgetika.</p>	<p>Studien foreslår at smerte kan være en viktig underliggende årsak til utfordrende atferd hos personer med demens. Riktig smertelindring kan redusere den overflødige bruken av beroligende midler.</p>

## 8.4 Vedlegg 4 - Flytskjema

Figur 1 - Flytskjema

