



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BVP331-H-2022-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	02-05-2022 09:00	<b>Termin:</b>	2022 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	16-05-2022 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BVP331 1 H 2022 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	429
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7287
----------------------	------

Egenerklæring \*:  Ja

Jeg bekrefter at jeg har  Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt \*:

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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



# BACHELOROPPGAVE

Fysisk utagerende atferd hos beboere med demens på sykehjem

Physical abuse in residents with dementia in nursing homes

**Kandidatnummer: 429**

Bachelor i Vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 15. Mai 2022

**Antall ord: 7287**

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

**Background:** Violence between residents and against nursing staff from people suffering from dementia, has been reported to be an issue in Norwegian nursing homes. It can be difficult to regulate uncritical behaviour, since symptoms of dementia can cause the resident to behave a certain way. Violence can cause significant distress for the employees, other residents and the resident who commits to violent behaviour. Preventing violence in nursing homes is therefore important.

**Purpose of the thesis:** To examine how the Learning disability nurse can prevent physical abuse among residents with dementia in nursing homes.

**Method:** Literature study.

**Results:** Environmental therapy is the preferred way to prevent physical abuse from residents suffering from dementia, rather than pharmaceutical treatment. Environmental therapy is preferable for the residents' wellbeing due to many of the pharmaceutical adverse side effects or lack of efficacy.

**Conclusion:** Dementia is a topic that should be researched more thoroughly because of the impact it will have in the future of the Norwegian health care system. To prevent physical abuse one should start by mapping the residents' behaviour and medication. Environmental therapy and communication are key points to prevent physical abuse in nursing homes from residents suffering from dementia.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b> .....	6
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	6
1.2 Formål og problemstilling .....	7
1.3 Avgrensning.....	7
1.4 Oppgavens oppbygning .....	8
<b>2.0 Teori</b> .....	9
2.1 Demens .....	9
2.2 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens .....	10
2.3 Fysisk utagering .....	11
2.4 Kommunikasjon.....	12
2.5 Personsentrert omsorg.....	13
<b>3.0 Metode</b> .....	14
3.1 Litteraturstudie .....	14
3.2 Søkeprosess.....	14
3.3 Databaser .....	15
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	16
3.5 Analyse.....	16
3.6 Metodekritikk.....	17
<b>4.0 Resultater</b> .....	18
4.1 Oversikt over utvalgte artikler .....	18

4.2 Analyse av artiklene.....	21
4.2.1 Artikkel 1 – Nødvendig kompetanse .....	21
4.2.2 Artikkel 2 – Miljøterapi versus medikamenter .....	22
4.2.3 Artikkel 3 – Antipsykotiske legemidler .....	23
4.2.4 Artikkel 4 – Fysisk aktivitet .....	24
4.2.5 Artikkel 5 – Miljøterapi .....	25
<b>5.0 Drøfting: Hvordan kan vernepleieren forebygge fysisk utagering hos beboere med demens på sykehjem? .....</b>	<b>26</b>
5.1 Kartlegging .....	26
5.2 Gjennomgang av legemidler .....	29
5.3 Miljøterapi.....	31
5.4 Studiens begrensninger .....	33
<b>6.0 Oppsummering .....</b>	<b>35</b>
<b>7.0 Referanser.....</b>	<b>36</b>
<b>8.0 Vedlegg .....</b>	<b>40</b>
8.1 Vedlegg 1 – Søkeprosess.....	40
8.2 Vedlegg 2 – Kritisk vurdering av artikler.....	43

## Oversikt over figurer og tabeller:

Figur 1: Kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016b), s. 15

Tabell 1: Presentasjon av artikkel 1, s. 18

Tabell 2: Presentasjon av artikkel 2, s. 19

Tabell 3: Presentasjon av artikkel 3, s. 19

Tabell 4: Presentasjon av artikkel 4, s. 20

Tabell 5: Presentasjon av artikkel 5, s. 20

# 1.0 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I dag lever rundt 100 000 mennesker i Norge med en demensdiagnose. De utgjør 84,3 prosent av pasienter i norske sykehjem, og antallet mennesker med diagnosen forventes å stige i takt med eldrebølgen vi nå ser effekten av (Regjeringen, 2020, s. 10). Demens er en progredierende hjernesykdom som fører til redusert hukommelse og svekket evne til å fungere selvstendig i hverdagen (Rokstad, 2014, s. 10). I *Demensplan 2025* beskrives sykdommen som en vesentlig utfordring for folkehelsen, og vil prege fremtiden i det norske helsevesenet (Regjeringen, 2020, s. 7). Behovet for faglig kompetanse om diagnosen er derfor nødvendig for å sikre gode helsetjenester for mennesker med demens.

I forbindelse med Aftenpostens dekning av vold på sykehjem i 2019, kom det frem at hvert tiende avvik i norske sykehjem omhandlet vold, trusler og utagering (Dommerud et al., 2019). Det ble også rettet fokus mot mennesker med demens som utøver vold. Det stilles spørsmål om hvordan man kan forebygge og redusere slik vold (Førde & Pedersen, 2019). Problematikken fremheves også i de nasjonalfaglige retningslinjene om demens. Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, APSD, er en vanlig utfordring blant mennesker med sykdommen. Begrepet er en fellesbetegnelse for ulike typer atferd som kan oppleves utfordrende å håndtere. Noen kan også utvikle en atferd som fremstår som aggressiv overfor andre. Pleiere som jobber med beboergruppen må derfor ha fokus på å forebygge, avdekke og avverge vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2019).

Jeg har selv egenerfaring med fysisk vold i arbeid med beboere på sykehjem. Situasjoner der man opplever spyting, kloring, kniping, slag, kasting av gjenstander og seksuelle tilnærmelser kan oppleves ubehagelige og er utfordrende å håndtere. Denne typen atferd vil forekomme i arbeidet med beboergruppen, og det er derfor viktig å kartlegge hvilke faktorer som kan forebygge nye episoder.

## 1.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppgaven er å undersøke hvordan vernepleieren kan jobbe systematisk for å forebygge fysisk utagering fra beboere med demens på sykehjem. På bakgrunn av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

*Hvordan kan vernepleieren forebygge fysisk utagering hos beboere med demens på sykehjem?*

## 1.3 Avgrensning

I denne oppgaven har jeg valgt å avgrense kontekst til mennesker med demens som bor på sykehjem. Jeg tar utgangspunkt i at disse menneskene har kommet lengre i sykdomsforløpet, og dette impliserer at de har behov for døgntilsvarende tilsyn og oppfølging. Jeg vil ta for meg mennesker med moderat til alvorlig grad av demens, men har valgt å ikke avgrense til en bestemt type demens.

Videre i oppgaven vil jeg bruke begrepet beboere om mennesker med demens på sykehjem, da det regnes som hjemmet deres om de har langtidsplass. Begrepet pasient vil benyttes i noen tilfeller, da det gjennomgående blir brukt i de fleste forskningsartikler. Med begrepet forebygge i problemstillingen refereres det til handling som kan bidra til å redusere faren for en uønsket hendelse (Aldring og helse, u.å.).

Fysisk utagering forklares som ulike former for vold som blir utøvd av et menneske mot et eller flere andre mennesker eller gjenstander, der en person skader en annen (Håkonsen, 2014, s. 253) eller forsøker. Fysisk utagering vil inngå under begrepet atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, APSD. Begrepet gir et større utvalg av litteratur fremfor begrepet fysisk utagering og blir derfor brukt for å finne relevant litteratur til oppgaven. Betegnelsen nevropsykiatriske symptomer ved demens, NPS, blir også brukt på fagspråket. I denne oppgaven vil jeg likevel bruke begrepet APSD.



#### 1.4 Oppgavens oppbygning

I oppgavens hoveddel vil jeg presentere eksisterende kunnskap om tema, begrunne min teoretiske plattform for oppgaven og utdype metoden jeg har brukt for å innhente empiri. Siden vil jeg presentere funn jeg har kommet frem til og drøfte disse opp mot hverandre med bakgrunn i problemstillingen. Avslutningsvis oppsummeres hovedpunktene som har kommet frem gjennom drøfting, og hva jeg har lært knyttet til problemstillingen.

## 2.0 Teori

### 2.1 Demens

Demens betegnes som en progredierende organisk sykdom i hjernen, som innebærer at den er kronisk og vil forverres over tid. Kjennetegn på sykdommen er redusert hukommelse, sammen med sviktende evne til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte og endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2018, s. 18). Demens skyldes en gradvis død av nerveceller i hjernen, hjerneinfarkt eller blødninger. De vanligste formene for demens er Alzheimers, Lewy-legemer, Vaskulær, Frontotemporal, demens ved Parkinsons sykdom og alkoholindusert demens. Hvilken form for demens man har, avhenger av hvilken del av hjernen døden av hjerneceller forekommer (Rokstad, 2014, s. 11).

Verdens helseorganisasjon sitt diagnosesystem, ICD 11, deler sykdommen inn i mild, moderat og alvorlig grad avhengig av evne til å fungere i hverdagen (World Health Organization, 2022). Ved mild grad vil sykdommen påvirke evnen til å klare seg i dagliglivet. Ved moderat grad er man avhengig av hjelp fra andre for å klare seg. Alvorlig grad innebærer behov for kontinuerlig tilsyn og pleie (Engedal & Haugen, 2018, s. 19). Sistnevnte gruppe har som oftest fått tilbud om langtidsplass på institusjon eller sykehjem.

Ved norske sykehjem har rundt 80 prosent av dem med langtidsplass en demenssykdom (Folkehelseinstituttet, 2021). Demenssykdom regnes som et av hovedkriteriene for å få plass på sykehjem ved siden av alvorlig somatisk sykdom. Dette skyldes hjemmetjenestenes manglende evne til å gi dem en tilstrekkelig oppfølging når de bor hjemme og har en alvorlig grad av demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 25).

Det antas at rundt 50 millioner mennesker har demens på verdensbasis, og at tallet vil fordobles innen 2050 (Engedal & Haugen, 2018, s. 23). I Norge ligger tallet i dag på rundt 100 000, men det forventes å stige i takt med eldrebølgen og det faktum at man lever lengre i dag enn tidligere. Det er nærliggende å anta at det finnes større mørketall, da mange lever med sykdommen uten å ha fått påvist diagnosen (Helsedirektoratet, 2022). Sykdomsforløpet kan variere, alt fra 2-10 år er vanlig. Demens fører likevel til redusert forventet levetid (Norsk Helseinformatikk, u. å.).

## 2.2 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, APSD, omfatter psykotiske-, stemnings-, og angstsymptomer i tillegg til apati og agitasjon (Selbæk, 2018, s. 246). APSD vil forekomme hos de fleste mennesker med demens gjennom sykdomsforløpet i større eller mindre grad. Symptomene «oppstår i et samspill mellom biologisk sårbarhet og personlige og miljømessige forhold i omgivelsene» (Selbæk, 2018, s. 247).

Psykotiske symptomer, som vrangforestillinger og hallusinasjoner kan forekomme med APSD. Det kan vises gjennom affektive symptomer som depresjon, angst og apati. Det kan også forekomme som agitasjon som innebærer aggresjon, oppstemthet, manglende hemninger, irritabilitet, motorisk og vokal uro (Selbæk, 2018, s. 247). Disse symptomene kan potensielt føre til at beboere med demens utagerer fysisk.

APSD kan forveksles med delirium, somatisk sykdom eller annet ubehag, da symptomene kan være nokså like. Beboeren vil gjerne ty til andre atferdsmessige uttrykk for å formidle at den har vondt eller kjenner på ubehag. Dette kan oppleves som ubehagelig for dem rundt (Kirkevold, 2018, s. 267). Det er derfor viktig å utelukke disse momentene før man setter i gang behandling. APSD kan behandles både medikamentelt eller gjennom en miljøterapeutisk tilnærming, selv om det ikke gir garanti for at symptomene forsvinner (Tible et al., 2017, s. 297).

### 2.3 Fysisk utagering

Å bli utsatt for vold på arbeidsplassen er problematisk for arbeidstaker. Skau (2017, s. 77) omtaler det som et betydelig samfunnsproblem som kan gi økt sykefravær og føre til helseproblem og vantrivsel på arbeidsplassen. Man kan forsvare volden til en viss grad med at dette er noe man må regne med når man jobber innenfor en slik tjeneste i helsesektoren.

Skau (2017, s. 77) refererer i sin bok til Lillevik og Øien som har gjennomført intervju med tjenesteytere som blir utsatt for vold i deres arbeidshverdag. Det fremkommer at man kan forebygge og dempe aggresjonen dersom man som ansatt kan vise at man vil brukeren vel og ønsker å forstå voldens mening. Dersom man forsøker å forstå hva som ligger bak aggresjonen, blir det en form for anerkjennelse av beboer. Dette kan bidra til å dempe atferden og forebygge episoder med vold (Skau, 2017, s. 77).

I følge Arbeidsmiljøloven (2005, § 1-1, bokstav a) har arbeidstakeren rett til et trygt arbeidsmiljø, som skal sikre at man ikke blir utsatt for fysiske og psykiske skadevirkninger. Det forekommer likevel slike situasjoner i arbeid med syke mennesker. Arbeidsgiver har da plikt til å foreta en risikovurdering over forhold ved arbeidet som kan føre til skadevirkninger, som vold og trusler.

I forskrift om utførelse av arbeid (2011, § 23A-1) beskrives punktene i risikovurderingen. Punktene omhandler arbeidets organisering, bemanning, potensielle situasjoner der man kan bli utsatt for vold og trusler, og gjennomgang av ulike tiltak for forebygging. Personalet skal få nødvendig informasjon og opplæring i å håndtere voldsepisoder, tilstrekkelig oppfølging etter en hendelse, og det skal iverksettes tiltak basert på risikovurderingen (Forskrift om utførelse av arbeid, 2011, §§ 23A-2 - 23A-5).

## 2.4 Kommunikasjon

Kommunikasjon kan innebære både verbale og nonverbale tegn og signaler mellom mennesker (Eide & Eide, 2017, s. 17). Å kommunisere med mennesker med en moderat til alvorlig grad av demens kan være utfordrende for alle involverte parter. Fra vernepleierens perspektiv kan det være vanskelig å forstå beboeren, og for beboeren kan det være utfordrende å gjøre seg forstått. Denne kommunikasjonsprosessen krever at vernepleieren evner å vise empati og bruke sin kompetanse om kommunikasjon, og er noe som må jobbes med kontinuerlig (Eide & Eide, 2017, s. 331). Det er viktig å bruke en informerende, tydelig kommunikasjonsstil og lytte etter verbale og nonverbale tegn på hva beboeren forsøker å formidle (Eide & Eide, 2017, s. 332).

Mennesker med alvorlig grad av demens kan iblant ha klare øyeblikk som kan oppstå gjennom sanseopplevelser, som kan «aktualisere erfaringer, opplevelser og erindringer» (Eide & Eide, 2017, s. 328). Disse øyeblikkene kan føre til at vedkommende evner å kommunisere på en bedre måte, da det fremstår klarere for dem hva de ønsker å formidle (Eide & Eide, 2017, s. 329). Det er viktig å gripe disse øyeblikkene når de oppstår og møte beboeren der den er. «Minnet kan være med på å gjøre at den gamle kan holde fast i sin egen følelse av verdi og verdighet og styrke sin identitet» (Eide & Eide, 2017, s. 329). Som vernepleier er det viktig at man investerer tid til å bli kjent med beboers livshistorie og interesser. Dette er grunnleggende for å kunne fremme god kommunikasjon, og er noe av bakgrunnen for teorien om personsentrert omsorg.

## 2.5 Personsentrert omsorg

Teoretisk perspektiv for oppgaven bygger på begrepet personsentrert omsorg, utviklet av sosialpsykologen Tom Kitwood. Han mente den tradisjonelle demensomsorgen i for stor grad var preget av fokus på sykdommen i seg selv og ikke mennesket bak (Eide & Eide, 2017, s. 326). Personsentrert omsorg handler altså om å fokusere på individet bak sykdommen. Selv om samtlige beboere på en sykehjemsavdeling har demens, vil sykdommen likevel utspille seg ulikt hos hver enkelt. Hver beboer vil være unik i kraft av sin personlighet, væremåte, fortid og hvordan sykdommen fremtrer hos dem. Man må forsøke å se mennesket bak diagnosen (Rokstad, 2014, s. 22-23). Personsentrert omsorg kan bidra til økt forståelse for hvorfor en beboer kan opptre fysisk utagerende, og på sikt bidra til å forebygge denne atferden.

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie

Metode kan anses som en fremgangsmåte for hvordan man kommer frem til ny kunnskap (Dalland, 2017, s. 50). Litteraturstudie er brukt som metode for å samle inn empiri til oppgaven for videre drøfting. En litteraturstudie gir en oversikt over forskning på et bestemt tema (Aveyard, 2014, s. 5). Gjennom litteratursøk finner man «teorier og metoder du kan bruke til å analysere, forklare, drøfte og vurdere» til oppgaven man skriver (Nielsen & Jørgensen, 2021, s. 60). Utviklingen av en presis og relevant problemstilling bygger også på litteraturstudier. Prosessen for å finne en relevant problemstilling er dynamisk der man prøver å finne litteratur basert på en midlertidig problemstilling, for så å bruke litteraturen til å skape en endelig problemstilling (Nielsen & Jørgensen, 2021, s. 60).

### 3.2 Søkeprosess

Læringsverktøyet for Kunnskapsbasert praksis er brukt som utgangspunkt for å strukturere søkene mine (Olsen & Larun, 2021). Skjemaet er kortet ned, redigert og tilpasset eget bruk for oppgaven, og viser hvordan jeg har gått frem i søkeprosessen (Vedlegg 1).

Læringsverktøyet bidrar med å systematisere og dokumentere søkene man foretar seg, og til kritisk refleksjon rundt anvendelse av resultat i oppgaven. For å finne riktige søkeord på engelsk, brukte jeg MeSH sitt søkeverktøy. Da jeg ikke fikk gode nok treff med bruk av physical abuse valgte jeg heller å søke litt bredere med andre begrep. Søkeordene bpsd eller challenging behaviour ble brukt tillegg til dementia og nursing home. Videre undersøkte jeg om de omtalte fysisk utagering i artikkelen.

For å strukturere søkespørsmålet har jeg brukt både PICO og PICO slik at det blir konkret og fokusert (Nordtvedt et al., 2021, s. 37) som vist i vedlegg 1. Jeg har valgt å fylle ut begge, da spørsmålet mitt kan inngå under både kjernesørsmålet «effekt av tiltak» (PICO) og kjernesørsmålet «erfaringer og holdninger» (PICO) (Nordtvedt et al., 2021, s. 34).

Forskjellen er at førstnevnte vektlegger kvantitative studier, mens sistnevnte vektlegger

kvalitative (Helsebiblioteket, 2016a). Ved å bruke begge kan det bidra til å styrke oppgaven, da søkene kan gi flere treff, og jeg får et bredere grunnlag for drøftingen. Begge skjemaene ble brukt til å navigere gjennom resultatene og sørge for at artiklene var relevante for problemstillingen.

### 3.3 Databaser

Et viktig moment i kunnskapsbasert praksis er at man gjennom forskningsbasert kunnskap kan danne seg et kunnskapsgrunnlag fra eksisterende forskning (Nordtvedt et al., 2021, s. 18). For å finne artikler som gir et balansert bilde over de samlede resultatene har jeg hovedsakelig valgt å søke etter systematiske oversikter. «En systematisk oversikt er en oversiktsartikkel der forfatterne har brukt en systematisk og åpen fremgangsmåte for å finne, vurdere og oppsummere flere enkeltstudier om samme emne» (Nordtvedt et al., 2021, s. 19).

I Kunnskapspyramiden er de ulike kildene plassert i et hierarki. «Jo høyere opp i pyramiden du kommer, desto mer kvalitetsvurdert, oppsummert og anvendbar er forskningen» (Nordtvedt et al., 2021, s. 48- 49). Pyramiden viser til at de beste databasene å søke i etter systematiske oversikter er Epistemonikos, Cochrane Library og Campbell Library (Figur 1). Det er hovedsakelig disse som er anvendt for søk i oppgaven, i tillegg til PubMed for å finne studier om erfaringer og holdninger, primært basert på kvalitative intervju.



Figur 1 – Kunnskapspyramiden (Helsebiblioteket, 2016b).



### 3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Søkeordene jeg brukte gav mange treff, og det var nødvendig å eliminere artikler som ikke var relevante for problemstillingen. Systematiske oversikter ble vektlagt under søk i databasene da det er en anerkjent metode brukt av forskere, som viser til oppsummering av tidligere forskning (Nordtvedt et al., 2021, s. 53). Kunnskap kan fort bli utdatert innenfor fagområder som stadig er i utvikling (Dalland, 2017, s. 162). Tidsspennet for søkene er derfor avgrenset til siste fem år, da jeg anser det som oppdatert forskning. Artikler på andre språk enn engelsk og norsk ble ekskludert grunnet egne språkkunnskaper.

For å vurdere artikkelens relevans fokuserte jeg hovedsakelig på studier som inneholdt søkeordene mine i tittelen. Artikler som fokuserte på mennesker med demens som var hjemmeboende eller innlagt i sykehus ble ekskludert. Det samme gjelder studier som vektla en bestemt type demens eller andre tilleggssykdommer. Samsvar mellom artikkelens fokusområde og oppsummering, samt forskerens evne til å beskrive egne fremgangsmåter for funn, ble vektlagt for å vurdere artikkelens troverdighet (Nordtvedt et al., 2021, s. 86). Kritisk vurdering av artiklene ligger vedlagt (Vedlegg 2). Skjemaet tar utgangspunkt i deler av Kunnskapsbasert praksis sitt læringsverktøy (Olsen & Larun, 2021).

### 3.5 Analyse

Analyse bidrar til å systematisere og skape mening i innsamlet data (Helsebiblioteket, 2016c). Gjennom analyse kan jeg skape en ny samlet oversikt over hovedpunktene av de utvalgte artiklene i oppgaven (Aveyard, 2014, s. 6). Jeg har delt inn resultatene fra litteraturstudien med en kortere introduksjon av hovedpunktene først, før jeg går dypere i materien til artiklene som er brukt. Etter hvert som jeg analyserte artiklene koblet jeg sammenhenger og ulikheter mellom dem. I drøftingen trekker jeg frem sentrale punkter fra artiklene som kan bidra til å drøfte og besvare problemstillingen. Dataene er systematisk utvalgt og kumulative, de bygger videre på tidligere forskning (Dalland, 2017, s. 58).

### 3.6 Metodekritikk

Ved bruk av litteraturstudie får man tilgang til store mengder informasjon som kan hjelpe til med å besvare oppgavens problemstilling og bidra til drøftingen. Man slipper å foreta mange individuelle søk og kan innhente relevant data fra systematiske oversikter som andre forskere har analysert i forkant (Aveyard, 2014, s. 4). Ulempen er at det kan være vanskelig å navigere seg gjennom alt stoffet man finner. Evne til å finne gode nok og riktige søkeord kan også påvirke utfallet av hvor gode artikler man finner. Det er også fare for at man plukker ut data som passer til egen førforståelse av tema, som man ønsker bekreftelse på (Aveyard, 2014, s. 13). Dette kan føre til en subjektiv fremfor objektiv vinkling av dataene.

Ved valg av annen metode, som for eksempel intervju, kunne jeg stilt oppfølgingsspørsmål dersom noe var uklart. Dette kunne bidratt til å besvare problemstillingen på en bedre måte. Den muligheten har jeg ikke ved valgt metode.

## 4.0 Resultater

### 4.1 Oversikt over utvalgte artikler

Tabell 1-5 viser en oversikt over artiklene i denne litteraturstudien.

Tabell 1: Presentasjon av artikkel 1

<b>Tittel:</b>	<b>Hovedfunn:</b>
Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia	Artikkelen kartlegger og fremhever hvilken kompetanse som er nødvendig å ha for pleiere som jobber med pasienter med demens på sykehjem som opplever utfordrende situasjoner i arbeidet. Viktige stikkord: faglig kompetanse, bemanning, organisering av arbeidet.
<b>Forfattere:</b> Piirainen et al.	
<b>Årstall:</b> 2021	
<b>Land:</b> Finland	
<b>Type studie:</b> Tverrsnittstudie	
<b>Populasjon:</b> 106 pleiere ved til sammen to sykehjem som jobber med mennesker med demens, med ulike fagbakgrunn.	

Tabell 2: Presentasjon av artikkel 2

Tittel:	Hovedfunn:
Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia	Artikkelen forklarer forskjellen på miljøterapi og medikamentell behandling for mennesker med demens og APSD, men vektlegger miljøterapi som beste utgangspunkt for å redusere symptomer på APSD.
<b>Forfattere:</b> Tible et al.	
<b>Årstall:</b> 2017	
<b>Land:</b> Sveits	
<b>Type studie:</b> Systematisk oversikt	
<b>Populasjon:</b> Mennesker med APSD	

Tabell 3: Presentasjon av artikkel 3

Tittel:	Hovedfunn:
Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: evidence-based clinical practice guideline	Pasienter med APSD og søvnevansker som har blitt behandlet med antipsykotiske legemidler i over tre måneder som har stabiliserte symptom eller ingen virkning av medisinen, burde seponere den.
<b>Forfattere:</b> Bjerre et al.	Dette begrunnes med bedring i pasientens livskvalitet og reduksjon av uheldige bivirkninger.
<b>Årstall:</b> 2018	
<b>Land:</b> Canada	
<b>Type studie:</b> Systematisk oversikt	
<b>Populasjon:</b> Pasienter med APSD og søvnevansker	

Tabell 4: Presentasjon av artikkel 4

Tittel:	Hovedfunn:
<p>The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia: A systematic mixed studies review.</p>	<p>Studien viser til at mennesker med APSD kan ha nytte av fysisk aktivitet- spesielt i grupper. Dette kan bedre blant annet humør og depresjon.</p>
<p><b>Forfattere:</b> Junge et al.</p>	
<p><b>Årstall:</b> 2020</p>	
<p><b>Land:</b> Danmark</p>	
<p><b>Type studie:</b> Systematic mixed studies review – systematisk oversikt basert på kvalitativ og kvantitativ metode</p>	
<p><b>Populasjon:</b> Mennesker med mild til moderat grad av demens</p>	

Tabell 5: Presentasjon av artikkel 5

Tittel:	Hovedfunn:
<p>Non-pharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews.</p>	<p>Artikkelen anbefaler miljøterapi fremfor medikamentell behandling for APSD.</p>
<p><b>Forfattere:</b> Legere et al.</p>	
<p><b>Årstall:</b> 2018</p>	
<p><b>Land:</b> England</p>	
<p><b>Type studie:</b> Systematisk oversikt</p>	
<p><b>Populasjon:</b> Mennesker med APSD</p>	

## 4.2 Analyse av artiklene

I dette kapittelet vil jeg systematisere og gå dypere inn i hver artikkel basert på tema.

### 4.2.1 Artikkel 1 – Nødvendig kompetanse

En undersøkelse gjennomført ved to sykehjem, estimerte forekomst av utfordrende atferd i forbindelse med APSD og undersøkte hvordan pleiere håndterte denne atferden (Piirainen et al., 2021). Basert på dette ble det utviklet en modell som viser til hvilken kompetanse pleiere har bruk for i arbeid med pasientgruppen (Piirainen et al., 2021, s. 1). Forfatterne ønsket svar på hvor ofte utfordrende situasjoner forekommer på en demensavdeling på sykehjem. Videre ønsket de å undersøke hvordan pleierne håndterer disse situasjonene. Til slutt kartla de hvilken kompetanse som er nødvendig å inneha for pleiere som jobber med pasientgruppen.

Hovedfunnene viste at 98 prosent svarte at utfordrende situasjoner forekommer daglig eller ukentlig på deres arbeidsplass. Mer enn halvparten rapporterte også at utfordrende atferd hadde stor innvirkning på hvordan de håndterte jobben. Den vanligste responsen fra pleierne når de opplevde utfordrende atferd fra pasient, var å finne roten til problemet og forsøke å dempe atferden (Piirainen et al., 2021, s. 4-5).

Oversikten over hvilken kunnskap pleierne mente det var nødvendig å ha i arbeidet med pasientgruppen ble delt inn i ulike punkter. Disse punktene inneholdt praktisk og teoretisk kunnskap, bruk av terapeutiske tilnærminger og kunnskap om sosiale ferdigheter. Kunnskap om hvordan man som arbeidstaker kan håndtere å arbeide med en krevende pasientgruppe ble også dratt frem (Piirainen et al., 2021, s. 6-7).

#### 4.2.2 Artikkel 2 – Miljøterapi versus medikamenter

Tible et al. (2017, s. 297) peker på at en miljøterapeutisk tilnærming ofte er bedre enn bruk av medisiner for å håndtere APSD. Kontinuerlig oppfølging av pasientens behandlingsplan, medisiner og sykdomsforløp er viktig for å sikre optimal behandling. Miljøterapeutiske tilnærminger og medisiner gir imidlertid ikke garanti for at man klarer å redusere symptomene, og situasjonen kan forbli utfordrende for alle involverte parter (Tible et al., 2017, s. 297).

Det er viktig å utelukke og eventuelt behandle somatiske sykdommer, og ha fokus på smertelindring med smertestillende medikamenter. Risikoen med å behandle APSD med medisiner, er faren for potensielle bivirkninger, som kan ligne på APSD. Pasienter med demens er også ekstra sårbare for uheldige bivirkninger av medikamenter (Tible et al., 2017, s. 303). Det krever derfor en nøye planlegging i forkant og kontinuerlig oppfølging underveis for å se om pasienten kan ha nytte av behandlingen eller ikke.

Forfatterne understreker at det finnes lite forskning som viser til at miljøterapi i sin helhet er den beste formen for behandling. De viser til at det finnes forskning som støtter blant annet personsentrert omsorg, musikkterapi mot agitasjon og angst, og å kurse pleiere i kommunikasjonsferdigheter (Tible et al., 2017, s. 302). Forfatterne av artikkelen fremhever miljøterapi som den beste behandlingen for APSD i tillegg til en eventuell medikamentell behandling dersom andre tiltak ikke fungerer tilstrekkelig for å redusere symptomene (Tible et al., 2017, s. 301).

#### 4.2.3 Artikkel 3 – Antipsykotiske legemidler

Antipsykotiske legemidler blir ofte brukt for å håndtere og redusere APSD hos pasientgruppen. Problemet med legemidlene er at de potensielt kan gi en rekke uheldige bivirkninger som døsighet, vektøkning, vansker med å bevege seg som normalt og andre motoriske bivirkninger (Bjerre et al., 2018, s. 17). Det anbefales å trappe ned og på sikt fjerne disse antipsykotiske legemidlene helt, da de ofte gir større ulemper enn nytte, eller ikke gir forventet effekt mot APSD. Målet med å seponere er å bedre livskvaliteten til pasienten og redusere uheldige bivirkninger. Fordi de atferdsmessige symptomene av demens forandrer seg i takt med sykdommens progresjon, er det viktig å kontinuerlig vurdere behovet for medikamentell behandling (Bjerre et al., 2018, s.18).

Forfatterne påpeker at det finnes få vitenskapelige bevis for at det er negativt å seponere disse medikamentene. Det anbefales derfor sterkt å redusere eller seponere dem. Dette begrunnes med at det er gunstig for samfunnsøkonomien, det er billigere med miljøterapeutiske tiltak, og er angivelig bedre for pasientens velvære. En gradvis nedtrapping av disse medikamentene vil ikke gi verre bivirkninger enn de som fortsetter å bruke dem fast (Bjerre et al., 2018, s. 23). Dersom pasienter etter flere forsøk ikke har hatt positive resultater av å seponere, eller som har psykosesymptomer, burde de fortsette bruken av antipsykotiske legemidler. Det er viktig å kartlegge når og hvorfor pasienten startet på disse legemidlene. Lege, pleiere og pårørende må involveres i denne diskusjonen. Faktorer som må vurderes er risiko for bivirkninger, pårørendes preferanser og verdier og forventede forandringer hos pasienten (Bjerre et al., 2018, s. 24).



#### 4.2.4 Artikkel 4 – Fysisk aktivitet

Studien til Junge et al. (2020, s. 534) viser til at mennesker med APSD kan ha nytte av fysisk aktivitet. Forfatterne mener fysisk aktivitet har positiv innflytelse på fysisk og psykisk helse, og kan bidra til å redusere APSD. Det forventes en økning i prevalens av demens i fremtiden. Forfatterne av artikkelen ønsker derfor å utforske hvordan man kan håndtere sykdommens symptomer på en måte som kan bidra til en bedre samfunnsøkonomi samt sikre pasientens velvære.

Studien viste at fysisk aktivitet i grupper hadde positiv innvirkning på humør, søvn, velvære, selvtillit og sosial tilhørighet (Junge et al., 2020, s. 540). Pasienter som deltok i studien, fortalte at det var fint å være sammen med andre i samme situasjon. Det gjorde at man ikke følte seg alene som man ofte gjorde med sykdommen. Å drive med fysisk aktivitet som å gå tur utendørs var viktig og betydningsfullt for deltakerne og bidro til reduksjon av angst og urolighet (Junge et al., 2020, s. 541).

#### 4.2.5 Artikkel 5 – Miljøterapi

Enkelte former for APSD som aggressiv atferd kan være spesielt utfordrende å håndtere på en god og sikker måte for pleiere og pårørende. Med aggressiv siktes det til blant annet slag, spark, kniping, biting, spytting, kloring, roping, kasting av objekter og fysisk seksuell krenkende atferd (Legere et al., 2018, s. 1361). Forfatterne fremhever bruken av miljøterapeutiske tiltak som beste måte å forebygge APSD. De miljøterapeutiske tiltakene hadde et personsentrert fokus og inneholdt blant annet musikkterapi, fysisk aktivitet, massasje, aromaterapi og sensoriske stimuli. Flere av studiene ble likevel kritiserte for å være eneste av sin sort, og trengte å forskes mer på (Legere et al., 2018, s. 1371).

Andre intervensjoner som viste å ha god effekt var kartlegging og analysering av pasientens atferd over tid. Planlegging av aktiviteter og tilrettelegging av det fysiske miljøet til pasienten, samt støtte og veiledning for personale i å håndtere APSD var også viktig. Personsentrert omsorg og fokus på kommunikasjonsferdigheter blir fremhevet som avgjørende strategier for å redusere APSD (Legere et al., 2018, s. 1372-1373).

## 5.0 Drøfting: Hvordan kan vernepleieren forebygge fysisk utagering hos beboere med demens på sykehjem?

I dette kapittelet vil jeg drøfte problemstillingen med bakgrunn i relevant teori og utvalgte artikler presentert i oppgaven.

### 5.1 Kartlegging

For å kunne forebygge, må man være i stand til å forstå hvilke faktorer som medvirker til at en beboer utagerer fysisk. Kartlegging av atferden står sentralt i dette arbeidet (Legere et al., 2018, s. 1372). «Et hovedfokus i personsentrert tilnærming til personer med demens er å tolke og møte utfordrende atferd som eksempelvis uro, agitasjon eller apati som kommunikasjon» (Rokstad, 2014, s. 42; Kitwood, 1999). Selv om denne atferden for pleiere kan tolkes som utfordrende eller uforståelig er det viktig å tenke på hva beboer egentlig forsøker å formidle gjennom atferden. Hva kan være årsaken til problemet?

I en klinisk setting er APSD ofte vanlige reaksjoner på stress og usikkerhet fremfor nevropatologi. Atferden kan skyldes en rekke faktorer, som uoppfylte grunnleggende behov, sosiale og kontekstuelle organisatoriske faktorer, som ikke nødvendigvis kun kan knyttes til demens (Legere et al., 2018, s. 1361). APSD kan også tolkes som en dysfunksjonell måte for pasienten å uttrykke behovene sine på. Noen ganger kan basale behov som sult, tørste, søvn eller behov for eliminasjon være noe av den underliggende årsaken til atferden (Tible et al., 2017, s. 302). Kartlegging og utelukking av årsaker til atferden er derfor viktig i arbeidet med å forebygge fysisk utagering.

Over en bestemt tidsperiode kan man kartlegge mat og væskeinntak, bruk av medikamenter, aktivitet, eliminasjon, søvn, sosialt samvær med personale eller andre, og fysisk utagering. Etter hvert, kan man se om man finner mønstre i atferden. Med bakgrunn i organisatoriske faktorer, er man her avhengig av en kollektiv forståelse av hva man skal kartlegge og hvorfor, i tillegg til tett oppfølging fra personalgruppen.

Potensielle fallgruver ved kartlegging, kan være ulike pleieres individuelle oppfatning av det som skal kartlegges, og eventuell manglende kjennskap til beboer. Forståelse for hvorfor grunnleggende behov er viktig å analysere kan variere mellom pleiere med tanke på hvilken fagbakgrunn de har. Eksempelvis skal en vernepleier ha kunnskap om slike faktorer, mens en ufaglært gjerne ikke ser verdien av å registrere alt.

Et mål er å sikre at individuell kunnskap blir delt med resten av personalgruppen slik at pleierne har en kollektiv kunnskap. Dette kan være nyttig for beboerens behandling (Piirainen et al., 2021, s. 2). Praktisk og teoretisk kunnskap om sykdommen, og hvordan basale behov kan påvirke atferd, vil være sentralt i arbeidet med å kartlegge (Piirainen et al., 2021, s. 6-7). Her er det viktig at vernepleieren deler sin kunnskap og erfaring med resten av personalgruppen. Dette er betydningsfullt for å sikre at alle forstår hvordan punktene som skal kartlegges, kan ha sammenheng med beboers atferd.

Tible et al. (2017, s. 298) rapporterer at agitasjon kan være den mest utfordrende formen for APSD da den kan forstyrre behandlingen. Med agitasjon siktes det til atferd som vandring, å ville dra hjem, fysisk eller verbal aggressiv atferd, og å nekte å motta hjelp fra pleiere. Studien belyser at agitasjon kan forverre seg utover ettermiddagen, et fenomen de kaller sundowning. Kartlegging av hvordan atferden utvikler seg gjennom døgnet kan derfor gi gode indikasjoner på når man eventuelt må sette inn tiltak av miljøterapeutisk eller medisinsk art. Dette kan bidra til å forebygge og forhindre at en fysisk utagering forekommer.

I arbeidet med kartlegging må personsentrert omsorg spesielt vektlegges. Kjennskap til beboers livshistorie er viktig for å kunne forstå om atferden har bakgrunn i traumer eller livserfaringer som kan knyttes til den fysiske utagerende atferden. Selv om beboeren gjerne er kommet så langt i sykdomsforløpet at de ikke kan gjøre rede for seg selv lengre, må man benytte seg av pårørende om mulig. Noen ganger vil man oppleve tilgangen til informasjon om beboers fortid og kontakt med pårørende som begrenset. Her må man selv legge inn ekstra innsats for å gjøre seg kjent med beboer over tid, og prøve å forstå hvem de er, bak sykdommen. Det er også sentralt å fokusere på nåtid og stille spørsmål om hva beboer liker nå (Rokstad, 2014, s. 68).

Perspektivet om personsentrert omsorg kan imidlertid kritiseres for å ikke rette seg nok mot de fysiologiske behovene til pasienten. Herunder smerter, inkontinens og å klare å uttrykke behovene sine (Ranhoff et al., 2020, s. 435). Det kan til tider være vanskelig å vurdere om symptomene skyldes beboers premorbide personlighet og væremåte eller somatiske og fysiologiske forklaringer, som smerter og ubehag. Disse behovene må derfor kartlegges grundig i likhet med atferden.

En utfordring med kartlegging er at man ikke nødvendigvis alltid vil klare å se et tydelig mønster. Det som utløser den fysiske utageringen en dag, kan være noe annet den neste. I slike tilfeller burde man forsøke å benytte seg av eksterne helsetjenester. Alderspsykiatriske sykehus har ambulante tjenester som kan veilede og komme med råd til hvordan man kan tolke resultatene fra kartleggingen og videre forebygge.

En risikovurdering fra arbeidsgivers side burde også foretas i forkant av utarbeidelse av tiltak (Forskrift om utførelse av arbeid, 2011, §23A-1). For å kunne forebygge må også vernepleieren og andre pleiere være i stand til å være trygg i situasjonen dersom en fysisk utagering skulle skje. En viktig del av denne kartleggingen som kan fungere forebyggende er å sørge for at det er tilstrekkelig fagkompetanse på hver vakt. Pleierne må ha den nødvendige kompetansen for å imøtekomme denne beboergruppen. Det må sikres at pleierne har opplæring i å håndtere voldepisoder og det burde foretas en gjennomgang av hvordan arbeidet er organisert og tilrettelagt.

## 5.2 Gjennomgang av legemidler

Etter kartlegging av atferd, burde man gå gjennom legemidlene beboer bruker for å se om disse kan påvirke atferden. Noen beboere har gjerne brukt de samme medikamentene over lang tid, uten at det har blitt foretatt en reell vurdering på om de burde fortsette å bruke dem eller har nytte av dem. Legemidlene kan potensielt innebære større risiko enn nytte i form av uheldige bivirkninger eller manglende effekt (Bjerre et al., 2018, s. 18). Selv om flertallet av forskningsartiklene fremhever miljøterapeutiske tiltak fremfor farmakologisk behandling som beste form for forebygging eller behandling av APSD, må sistnevnte likevel vurderes.

Det er viktig å utelukke eller eventuelt behandle somatiske sykdommer, og fokusere på smertelindring med smertestillende medikamenter. Risikoen med å behandle APSD med medisiner, er faren for potensielle bivirkninger, som kan ligne på APSD. Pasienter med demens er også ekstra sårbare for uheldige bivirkninger av medikamenter (Tible et al., 2017, s. 303). Det krever derfor en nøye planlegging i forkant og kontinuerlig oppfølging underveis for å se om pasienten kan ha nytte av behandlingen eller ikke.

Bjerre et al. (2018) sin artikkel anbefaler å trappe ned og på sikt fjerne antipsykotiske legemidler hos pasienter med APSD. Målet med å seponere er å bedre livskvaliteten til beboeren og redusere uheldige bivirkninger. Fordi de atferdsmessige symptomene av demens forandrer seg i takt med sykdommens progresjon, er det viktig å kontinuerlig vurdere behovet for medikamentell behandling (Bjerre et al., 2018, s. 18).

Noen pårørende og pleiere viser til at å gå på antipsykotiske legemidler vil gjøre det lettere for dem å håndtere pasienten, og at det veier tyngre enn det faktum at disse medikamentene har mange negative bivirkninger. Andre mener derimot at pasienter som tar antipsykotiske legemidler har lavere livskvalitet, selv om dette begrepet kan tolkes subjektivt (Bjerre et al., 2018, s. 23).

For pårørende som besøker sine kjære, kan det være vanskelig å se noen de er glade i fremstå som sedert eller sløv som bivirkning av et medikament. Likevel vil gjerne pleierne som omgås beboer i større tidsperioder når de er på vakt gjerne argumentere for at de mener beboer fremstår mer fredfull på denne måten. Ved bruk av enkelte medikamenter kan trøtthet og sedasjon kanskje være en positiv bivirkning. Dette gjelder spesielt for beboere som opplever å inneha en sterk uro. Denne uroen resulterer ofte i vandring, agitasjon og fortvilelse over noe de ikke er i stand til å gjøre rede for selv, gjennom ord.

En gradvis nedtrapping av antipsykotiske legemidler vil ikke gi verre bivirkninger enn de som fortsetter å bruke dem fast (Bjerre et al., 2018, s. 23). Dette underbygger argumentet om å forsøke å seponere de antipsykotiske legemidlene for en stund. Da kan man undersøke om beboer klarer seg bedre uten, og utelukke uheldige bivirkninger som potensielt kan ha negativ innvirkning på beboers velvære. Noen beboere med APSD vil gjerne ha bedre utbytte av de miljøterapeutiske tiltakene dersom de bruker en mindre dose antidepressiva eller antipsykotiske legemidler i tillegg.

### 5.3 Miljøterapi

Etter gjennomført kartlegging vil man forhåpentligvis finne noen mønster i atferden som kan forklare hvorfor beboer utagerer fysisk. Neste steg er å se på hvilke tiltak man burde iverksette for å kunne forebygge fysisk utagering. Flertallet av forskningsartiklene og pensumlitteraturen mener at miljøterapeutisk behandling er å foretrekke fremfor farmakologisk behandling av symptomene (Legere et al., 2018, s. 1373). Dette begrunnes blant annet i økt velvære for beboer og at det er gunstig for samfunnsøkonomien (Junge et al., 2020, s. 534).

For å ivareta beboers følelse av velvære, burde personsentrert omsorg vektlegges under utarbeidelse av tiltak for å forebygge fysisk utagering. Man kan stille seg spørsmål om hvilke interesser beboer har. Selv om forskning kan vise til at musikkterapi kan ha god effekt på symptomer for beboere med APSD (Legere et al., 2018, s. 1371) kan det være at beboer foretrekker å ha det stille rundt seg. Rokstad (2014, s. 58) viser til begrepet beskjeftigelse som innebærer at beboer får delta i aktiviteter som er betydningsfulle for dem og som de klarer å gjennomføre til tross for sykdommen. Kjennskap til beboers historie, interesser og personlighet er avgjørende for å skape trygge rammer og kan bidra til å forebygge utagerende atferd.

Tilrettelegging av det fysiske miljøet til beboer kan være en medvirkende faktor i å forebygge fysisk utagerende atferd (Legere et al., 2018, s. 1372). Hvordan rom og fellesrom i avdelingen er møblert og utformet kan ha innvirkning på beboers atferd. Stolenes plassering i fellesstuen kan potensielt skape uro. Dersom de sitter vendt ut mot gangen der pleiere stadig går frem og tilbake kan det skape uro å se andre komme og gå uten å vite hvor de skal eller hva som skjer. Å redusere stimuli rundt beboer kan også virke forebyggende. Diverse pyntegjenstander kan potensielt brukes som våpen dersom beboers atferd bygger seg opp mot fysisk utagering. Oversiktlige og ryddige omgivelser er derfor viktig.



Artikkelen til Junge et al. (2020, s. 540) viser til at pasientene som fikk bevege seg utendørs og gå tur i grupper høstet gode erfaringer fra aktiviteten. Dette hadde positiv innvirkning på humør, søvn og velvære, og flere forklarte at det gav en følelse av sosial tilhørighet. Studien var basert på mennesker med mild til moderat grad av demens. Beboere med alvorlig grad av demens har gjerne ikke forutsetningene for å uttrykke sine meninger om hvordan for eksempel en tur påvirker velvære eller selvfølelsen. Likevel kan pleiere som kjenner dem godt tolke atferden som positiv eller endret. Til tross for dette, kan man aldri være helt sikker på hvordan et annet menneske som ikke klarer å uttrykke seg like godt, egentlig har det. Faktorer som søvn og det generelle humøret til beboer, kan pleieren likevel tolke objektivt i form av om man kan merke en endring over tid, etter iverksatte tiltak.

Junge et al. (2020, s. 534) påpeker at miljøterapi vil være gunstigere for samfunnsøkonomien enn medikamentell behandling av APSD. På en annen side kan man risikere å måtte betale høyere summer for å ha nok personale på jobb dersom man skal vektlegge miljøterapeutiske tiltak, da det krever en tettere og gjerne individuell oppfølging av hver enkelt beboer. Dette regnestykket må tas i betraktning om man skal se på hvilken innvirkning de ulike formene for behandling og forebygging av APSD har samfunnsøkonomisk.

Som vernepleier er det viktig å være bevisst egne holdninger og væremåte i møte med beboer (Rokstad, 2014, s. 47). Å kunne vise sensibilitet overfor beboer er viktig i personsentrert omsorg. «Sensibilitet innebærer mottakelighet og følsomhet, evnen til å sanse og være følsom for andres erfaringer» (Rokstad, 2014, s. 47). Dette vil kunne bidra til at beboer føler seg mindre alene og forstått. Følelsen av at noen bryr seg, og møter dem i bekymringen, kan potensielt bidra til forebygging av fysisk utagering. Om beboer blir møtt i frustrasjonen, kan vernepleieren kanskje klare å snu situasjonen og forhindre at det bygger seg opp og resulterer i en fysisk utagering.

Dersom ikke miljøterapeutisk behandling fungerer tilstrekkelig for å forebygge fysisk utagerende atferd, må man vurdere en medikamentell behandling i tillegg til miljøterapi (Tible et al., 2017, s. 301).

#### 5.4 Studiens begrensninger

Egen førforståelse av tema og erfaring fra arbeid med mennesker som har sykdommen kan være fordelaktig. På en side kan det bidra til å finne gode søkeord og vite hva som vil være relevant empiri å bruke i oppgaven. På en annen side kan egen førforståelse gjøre en mindre nyansert, og kan potensielt føre til en ubevisst vektlegging av litteratur man selv kjenner seg igjen i fra eget arbeid (Dalland, 2017, s. 58). Det kan føre til en mindre nyansert oppgave, entydig drøfting og konklusjon. Egen evne til å finne gode nok søkeord og evne til å bruke databasenes søkemotorer på en god nok måte kan være både en fordel og ulempe avhengig av om treffene har relevans for oppgaven. Eksklusjonskriteriene mine kan ha ført til tap av gode studier som kunne vært relevante til å besvare problemstillingen. Likevel var det nødvendig å sette rammer og ekskludere enkelte artikler for å navigere seg gjennom mange resultater.

Studier som undersøker effekt av tiltak, er som oftest basert på randomiserte kontrollerte studier, RKS, men må ikke alltid være det. En RKS er ikke alltid praktisk mulig, etisk forsvarlig eller nødvendig å gjennomføre (Nordtvedt et al., 2021, s. 115 & 117). I artiklene som fremhever bruken av miljøterapeutiske tiltak vil det være vanskelig å måle effekt av igangsatte tiltak. Dette skyldes at slike tiltak gjerne er mer individuelt basert og personavhengig enn effekten og målbarheten av et legemiddel kan være.

Samtlige artikler er hentet fra vestlige industrialiserte land, noe som kan være en fordel, da de sannsynligvis vil ha ganske likt helsevesen og kultur som i Norge. På en annen side kan dette gjøre oppgaven mindre reflektert, da studier fra andre land med annen kultur kanskje kunne gitt andre funn og resultater. Artikkelen til Piirainen et al. (2021) kan kritiseres for å

være for snever i form av at forskningen kun har foregått ved to sykehjem i samme land. Likevel vil jeg påstå at resultatene i studien antageligvis kunne vært relativt like om studien hadde blitt gjennomført i Norge, uavhengig av sykehjem, grunnet relativ lik kultur.

Utvalgte artikler vektlegger at miljøterapi er bedre enn medikamentell behandling. Drøftingen kunne nok fremstått mer nyansert om jeg eksempelvis fant en artikkel som fikk frem de positive sidene ved bruk av medikamenter som forebygging for fysisk utagering eller annen utfordrende atferd. Dette kan anses som en svakhet ved oppgaven. Likevel viser resultatene til de ulike artiklene en tydelig indikator på hvilken behandling som er å foretrekke, noe som igjen kan være en styrke, da studiene underbygger hverandre.

Foruten om studien til Junge et al. (2020), er de fleste studiene ikke basert på direkte kontakt med pasientgruppen. Dette kan anses som en svakhet ved oppgaven, da brukerperspektivet alltid er viktig å legge til grunn. Dette skyldes nok at sykdommens symptomer og spesielt APSD kan gjøre det vanskelig å delta i en kvalitativ studie grunnet sviktende kognitive evner til å forstå eller gjøre seg forstått. Ved manglende samtykkekompetanse kan det også være utfordrende å kunne få mennesker med demens til å delta i forskning med tanke på forskningsetiske retningslinjer.

Med bakgrunn i at jeg har valgt å fokusere på mennesker med moderat til alvorlig grad av demens på sykehjem, kan jeg ha mistet gode kvalitative studier. Mennesker med sykdommen har som oftest et sviktende funksjonsnivå og klarer gjerne ikke å formulere seg like godt, som en med mild grad av demens. Dette kan ha gjort at jeg har mistet verdifulle studier som omhandler deres tanker rundt tema knyttet til sykdommen. Det er nettopp dette som gjør at demens er et vanskelig tema å forske på generelt, da det er utfordrende å forholde seg til forskningsetiske retningslinjer hva gjelder samtykke (Dalland, 2017, s. 77).

## 6.0 Oppsummering

Forebygging av fysisk utagerende atferd blant beboere med demens på sykehjem er en kompleks og utfordrende oppgave. Likevel er forebygging viktig for å sikre trygge omgivelser for beboer selv og medbeboere, og et trygt arbeidsmiljø for vernepleieren. Gjennom kartlegging kan man bidra til å forebygge episoder med utagering. Her er det flere faktorer som kan medvirke. Fysiologiske behov som sult, behov for eliminasjon og søvn kan potensielt ha like stor innvirkning på atferd som psykologiske behov som nærhet, forståelse og kommunikasjon. Faktorene vil variere ut fra hvilken beboer man møter. Det viktigste momentet i dette arbeidet er personsentrert omsorg. Kjennskap til beboers livshistorie, personlighet og væremåte kan bidra til bedre forståelse for atferden til vedkommende.

Funnene fra litteraturstudien viser at miljøterapi er å foretrekke fremfor medikamentell behandling for å forebygge fysisk utagerende atferd. Dette begrunnes med fare for uheldige bivirkninger og manglende effekt av mange legemidler. Likevel vil det alltid være flere sider av samme sak og individuelle hensyn må tas. For noen beboere vil miljøterapi i form av fysisk aktivitet og nærhet fra pleiere være nok. Andre vil gjerne ha behov for lavere doser antipsykotiske legemidler i tillegg til miljøterapi for å håndtere APSD, og forebygge fysisk utagering.

Som flere av forskningsartiklene og litteraturen generelt påpeker er demens et område det burde forskes mer på. Antallet mennesker med sykdommen er forventet å øke i årene fremover og vil prege fremtiden i det norske helsevesenet. Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens kan oppleves utfordrende å håndtere for involverte parter. Gjennom kartlegging og miljøterapeutiske tiltak med en personsentrert vinkling, vil vernepleieren kunne bidra til å forebygge fysisk utagerende atferd hos beboere med demens på sykehjem.

## 7.0 Referanser

Aldring og helse. (u. å.) *Forebygge*.

<https://www.aldringoghelse.no/ordbok/forebygge/>

Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (LOV-2005-06-17-62). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62>

Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care* (3. utg.). Open University press.

Bjerre, L. M., Farrell, B., Hogel, M., Graham, L., Lemay, G., McCarthy, L. ... & Wiens, A. (2018). Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 64(1), 17-27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29358245/>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal.

Dommerud, T., Torset, N. S. & Nipen, K. (2019, 6. Desember). *Helsedirektoratet: Finnes ikke nasjonale retningslinjer for hvordan ansatte skal forholde seg til vold og overgrep på sykehjem*. Aftenposten. <https://www.aftenposten.no/norge/i/pL0k0E/helsedirektoratet-finner-ikke-nasjonale-retningslinjer-for-hvordan-an>

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Aldring og helse – akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2021, 23. Februar). *Demens*. FHI. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>

Forskrift om utførelse av arbeid. (2011). *Forskrift om utførelse av arbeid, bruk av arbeidsutstyr og tilhørende tekniske krav*. (FOR-2011-12-06-1357). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1357>

Førde, R. & Pedersen, R. (2019, 4. Desember). *Har vi lukket øynene for voldelige eldre?* *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/debatt/i/RRnQ3W/har-vi-lukket-oeynene-for-voldelige-eldre-reidun-foerde-og-reidar-ped>

Helsebiblioteket. (2016a, 03. Juni). *PICO*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>

Helsebiblioteket. (2016b, 07. Juni). *Kunnskapspyramiden med eksempler på kilder*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg/image/251167/label/large.jpeg?encoded=2f66666666666678302f30382f3b2934323031286874646977656c616373&ts=15e19720354>

Helsebiblioteket. (2016c, 07. Juni). *Kvalitativ metode*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/kvalitativ-metode>

Helsedirektoratet. (2022, 27. April). *Om demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>

Helsedirektoratet. (2019, 27. November). *Krav til kompetanse*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse#helse-og-omsorgspersonell-skal-ha-kunnskap-om-og-yte-personsentrerte-helse-og-omsorgstjenester-til-personer-med-demens-praktisk>

Junge, T., Ahler, J., Knudsen, H. K., & Kristensen, H. K. (2020). The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia: a systematic mixed studies review. *Dementia*, 19(3), 533-546. <https://doi.org/10.1177%2F1471301218777444>

- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-274). Aldring og helse – akademisk.
- Legere, L. E., McNeill, S., Schindel Martin, L., Acorn, M., & An, D. (2018). Nonpharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), e1360-e1376. <https://doi.org/10.1111/jocn.14007>
- Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
- Norsk Helseinformatikk (u. å.). *Demens – en kort oversikt*. NHI. <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/?page=6>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (3. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Olsen, N. R. & Larun, L. (2021). *KBP-læringsverktøy*. Høgskulen på Vestlandet og Folkehelseinstituttet. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/verktoy/kbp-laeringsverktoy?lenkedetaljer=vis>
- Piirainen, P., Pesonen, H. M., Kyngäs, H., & Elo, S. (2021). Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia. *International Journal of Older People Nursing*, 16(5), e12384. <https://doi.org/10.1111/opn.12384>
- Regjeringen. (2020, november). *Demensplan 2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.

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

Skau, G. M. (2017). *Gode fagfolk vokser Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. (5. utg). Cappelen Damm Akademisk.

Tible, O. P., Riese, F., Savaskan, E., & von Gunten, A. (2017). Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 10(8), 297-309.  
<https://doi.org/10.1177/1756285617712979>

World Health Organization. (2022). Dementia. *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (11. utg.).  
<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/546689346>



## 8.0 Vedlegg

### 8.1 Vedlegg 1 – Søkeprosess

#### 1. Informasjonsbehov

Hvordan kan vernepleieren forebygge fysisk utagering hos beboere med demens på sykehjem?

#### 2. Spørsmålsformulering

Kjernespørsmål: «Effekt av tiltak». Men kan også være «Erfaringer og holdninger».

<b>Effekt av tiltak – PICO</b>
Populasjon: Mennesker med demens som utagerer fysisk
Intervensjon: Miljøterapeutisk behandling
Sammenligning: Farmakologisk behandling
Utfall: Forebygge fysisk utagering

<b>Erfaringer og holdninger - PICO</b>
Populasjon: Mennesker med demens som utagerer fysisk
Interesse: Hvordan forebygge fysisk utagering
Kontekst: Sykehjem

### 3. Litteratursøk

Kryss av for kilder du søkte i (X):

Oppsummert forskning:		Primærstudier:	
UpToDate		PubMed/MEDLINE	X
BMJ Best Practice		PsycInfo	
Cochrane Library	X	CINAHL	
Epistemonikos	X	SocIndex	
Annet		Annet	

### 4. Søkestrategi:

#### Epistemonikos

**Søkeord:** «Behavioural and psychological symptoms of dementia».

**Inklusjonskriterier:** Siste fem år, Systematic reviews, tittel som inneholdt søkeordene.

**Eksklusjonskriterier:** Artikler som omhandlet en spesifikk form for demens, hjemmeboende, sykehus, artikler på andre språk enn norsk og engelsk.

**Antall treff (med inklusjons- og eksklusjonskriterier):** 40 treff.

#### Utvalgte artikler:

- Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia (Tible, et al., 2017).
- Non-pharmacological approaches for behavioural and psychological symptoms of dementia in older adults: A systematic review of reviews. (Legere, et al., 2018).

- Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia: Evidence-based clinical practice guideline. (Bjerre, et al., 2018).
- The effect and importance of physical activity on behavioural and psychological symptoms in people with dementia: A systematic mixed studies review. (Junge, et al., 2020).

### Cochrane Library

**Søkeord:** «Dementia AND bpsd AND nursing home»

**Inklusjonskriterier:** Siste fem år, krysset av på trials, at tittelen inneholdt søkeord.

**Eksklusjonskriterier:** Artikler som omhandlet en spesifikk form for demens, hjemmeboende, sykehus, artikler på andre språk enn norsk og engelsk.

**Antall treff (med inklusjons- og eksklusjonskriterier):** 25 treff.

**Utvalgte artikler:** Ingen relevante treff for oppgaven.

### PubMed

**Søkeord:** «Challenging behaviour dementia nursing homes»

**Inklusjonskriterier:** Siste fem år, krysset av på aldersgruppe 65 + år, krysset av på «interview» for å besvare PICO.

**Eksklusjonskriterier:** Artikler som omhandlet en spesifikk form for demens, hjemmeboende, sykehus, artikler på andre språk enn norsk og engelsk.

**Antall treff (med inklusjons- og eksklusjonskriterier):** 74 treff.

**Utvalgte artikler:**

Challenging situations and competence of nursing staff in nursing homes for older people with dementia (Piirainen, et al., 2021).

## 8.2 Vedlegg 2 – Kritisk vurdering av artikler

### 1. Hva er tema/problemstilling i artikkelen/retningslinjen?

**Tible, et al., 2017:** Artikkelen belyser hvordan man best mulig håndterer/reduserer APSD. Og forklarer forskjellen på miljøterapeutisk behandling og medikamentell behandling for APSD.

**Legere, et al., 2018:** Gjennomgang av ikke-farmalogiske fremgangsmåter for å ivareta mennesker med APSD.

**Bjerre, et al., 2018:** En retningslinje som kan hjelpe helsepersonell å ta beslutninger knyttet til når og hvordan man på en trygg måte kan trappe ned og seponere antipsykotiske legemidler for pasienter med APSD og søvnproblemer.

**Junge, et al., 2020:** Artikkelen ønsker å evaluere funn fra både kvantitative og kvalitative metoder om effekten av, og hvor viktig det er med fysisk aktivitet i forbindelse med APSD.

**Piirainen, et al., 2021:** Målet med studien var å fastslå prevalens av utfordrende situasjoner som oppstod for pleiere i arbeid med mennesker med demens på sykehjem, kartlegge hvordan pleierne møtte pasienter i slike situasjoner, og at resultatet av disse faktorene skulle sammen bidra til å lage en modell som viser til hvilken kompetanse det er nødvendig for pleiere å ha i arbeid med pasientgruppen.

### 2. Hvilket studiedesign er brukt? (Begrunn hvorfor dette er et velegnet design for å besvare spørsmålet).

**Tible, et al., 2017:** Kvalitativ metode: Basert på de nasjonale retningslinjene for behandling av APSD i Sveits. For å underbygge anbefalingene fra retningslinjene, har de funnet litteratur med evidens-basert data fra Medline, Embase, ISI og Cochrane. Dette er et velegnet design da kvalitativ metode vil gi inngående, dypere kunnskap om emnet- handler om erfaringer og holdninger – men også effekt av tiltak. For sistnevnte kunne RCT vært gunstig.

**Legere, et al., 2018:** Kvalitativ metode: De søkte i syv ulike databaser og fokuserte på oversikter med som inneholdt ikke-farmakologiske tilnærminger for atferd hos eldre

mennesker med demens. Dette er et velegnet design da det gir dypere innsikt i tema de ønsker å belyse i artikkelen, og handler om erfaringer og holdninger – men også effekt av tiltak. For sistnevnte kunne RCT studie vært gunstig.

**Bjerre, et al., 2018:** En form for randomisert kontrollert studie der de så på effekt av ulike tiltak basert på andre systematiske oversikter. Dette er et velegnet design da det krever en sammenligning av ulike tiltak for å se effekten av dem og finne ut hva som fungerer best.

**Junge, et al., 2020:** En blanding av kvalitativ og randomisert kontrollert studie. Dette er et velegnet design da man både ser hvor mange som har god effekt av fysisk aktivitet (RCT), samtidig som de kan utdype hva som er bra med det (kvalitativ).

**Piirainen, et al., 2021:** Kvalitativ metode. Dette er et velegnet design da studien konkret handler om erfaringer og holdninger fra arbeidshverdagen til pleiere som jobber på sykehjem.

### **3. Hva forteller resultatene? (Hvis relevant: angi effektestimater og informasjon om statistisk usikkerhet).**

**Tible, et al., 2017:** Resultatene forteller at det er viktig med en personsentrert behandlingsplan for å håndtere og forebygge APSD. Miljøterapeutisk behandling er her avgjørende for god effekt. Behandlingsplanen må vurderes fortløpende og kontinuerlig. Når det gjelder statistisk usikkerhet påpeker forfatterne at mange av momentene de har tatt med i artikkelen er områder det burde forskes mer på. For eksempel knyttet til effekt av ulike typer legemidler.

**Legere, et al., 2018:** Resultatene viser til at 18 internasjonale oversikter passet med deres kriterier for søk. De organisatoriske intervensjonene for håndtering av APSD viste til liten effekt. De avgjørende resultatene underbygd av forskning som viste å gi god effekt var sensorisk-fokuserte intervensjoner som musikkterapi, smertelindring, personsentrert omsorg og relevant kursing for dem som ivaretok pasientene. Når det gjelder statistisk usikkerhet påpeker forfatterne selv at det er knapt med høy kvalitetssikret forskning på emnet og at det burde forskes mer på hvilke spesifikke intervensjoner som fungerer best for

å redusere de ulike spesifikke symptomene av APSD i ulike sammenhenger, spesielt upassende seksuell oppførsel.

**Bjerre, et al., 2018:** Forfatterne mener at antipsykotiske legemidler som oftest er assosiert med uheldige bivirkninger og at de trygt kan trappes ned og på sikt seponeres om de ikke gir tilstrekkelig effekt. De mener at dersom pleiere innehar denne informasjonen kan de være mer mottagelig for å forstå og foreslå seponering av antipsykotiske legemidler som pasient ikke har tilstrekkelig utbytte av, og at de burde få informasjon om hvordan man heller kan behandle APSD med miljøterapeutiske tilnærminger.

Når det gjelder statistisk usikkerhet peker forfatterne selv på det faktum at disse legemidlene ofte gjerne gis til pasienter som har kommet så langt i sykdomsforløpet at de ikke lengre er i stand til å gjøre rede for egne meninger til hvilke legemidler de selv synes gir dem et godt utbytte eller ikke, og at dette er en svakhet ved disse studiene.

Angående studiet som vektla seponering av legemidler for søvnløshet, var det kun 1 studie med 13 deltakere involvert, noe som gjør resultatet lite troverdig når de ikke har andre studier å sammenligne med. De påpeker også at ulike former for nedtrapping av legemidler burde foretas for å se hvilke som gir best effekt for pasient.

De fremhever også at regnestykket som angår sparte kostnader knyttet til seponering av antipsykotiske legemidler burde vurderes mer i detalj – dersom de skal bytte ut legemidler med utelukkende bruk av miljøterapeutiske metoder, krever det gjerne høyere bemanning, noe som igjen vil koste. Dette påstanden knyttet til kostnader burde derfor studeres videre.

**Junge, et al., 2020:** I de kvantitative studiene viste det seg at pasienter som deltok i fysiske aktiviteter, spesielt å gå tur, hadde en liten reduksjon av depressive symptom men viste til bedret humør. De kvalitative studiene viste gjennomgående at de viktigste godene knyttet til fysisk aktivitet var det faktum at det var sosialt givende å kunne gå turer ute i naturen sammen med andre i grupper og at det gav økt selvtillit. Grunnet de mange ulike formene for kvantitative studier gjennomgått i artikkelen, påpeker forfatterne at enkeltstudier som viste til hvilken effekt fysisk aktivitet hadde på APSD burde tolkes med en viss forsiktighet, når det gjelder statistisk usikkerhet.

**Piirainen, et al., 2021:** De fleste pleierne (98%) rapporterte at utfordrende situasjoner i arbeid med pasientgruppen forekom daglig eller ukentlig. De viktigste ferdighetene pleierne mente det var nødvendig å ha i arbeid med pasientgruppen for å håndtere den utfordrende atferden var: praktisk kunnskap, teoretisk kunnskap, kunnskap om terapeutiske fremgangsmåter og kompetanse om kommunikasjon med pasientgruppen. De påpekte også viktigheten av en god ledelse. I forhold til statistisk usikkerhet er studien kun foretatt ved to sykehjem i samme land. Dersom den var foretatt ved flere sykehjem og kanskje over flere land kunne det gitt større troverdighet til resultatene. Likevel tror jeg ikke svarene ville vært spesielt annerledes fra sykehjem til sykehjem som jobber med samme beboergruppe. Ulike pleiere i ulike land ville kanskje svart annerledes, men jeg anser det faktum av studien er fra Finland som en styrke, da de har ganske lik kultur som Norge.

#### **4. Kan du stole på resultatene? (Begrunn hvorfor du kan eller ikke kan stole på resultatene).**

**Tible, et al., 2017:** Jeg mener jeg kan stole på resultatene, da flere artikler belyser samme tema med samme resultat – miljøterapi fremfor bruk av medisiner i behandlingen av APSD. Forfatternes statistiske usikkerhet var hovedsakelig knyttet til medisiner, noe som også gjør at jeg kan stole mer på resultatene som angikk miljøterapi.

**Legere, et al., 2018:** Jeg mener jeg kan stole på resultatene da intervensjonene var knyttet til miljøterapeutiske tiltak for APSD generelt – med vektlegging på personsentrert omsorg. Dette blir også omtalt i andre artikler. Jeg er likevel enig i kritikken som påpeker at det trengs mer forskning på hvilke intervensjoner som fungerer best for spesifikke former for APSD. Da jeg skriver oppgave om en bestemt form for APSD som innebærer fysisk utagering, ser jeg jo at det ikke finnes spesifikk forskning på mitt fokusområde. En generell tilnærming kan likevel fungere, da den miljøterapeutiske behandlingen uansett skal være personsentrert.

**Bjerre, et al., 2018:** Til tross for de ulike punktene for statistisk usikkerhet som forfatterne belyser, ser jeg at temaet de belyser i artikkelen underbygges av funnene i for eksempel Tible, et al., og Legere, et al., sine artikler. Derfor mener jeg at resultatene er til å stole på til

bruk i denne oppgaven, selv om ikke hovedvekten av problemstillingen min akkurat fokuserer på legemidler, men kan være en del av forebyggingen.

**Junge, et al., 2020:** Jeg stoler på resultatene i artikkelen og mener de er anvendbare i oppgaven da de kvalitative studiene er foretatt hos mennesker med mild til moderat grad av demens som antageligvis fremdeles er i stand til å gjøre rede for sine tanker da de gjerne ikke er kommet like langt i sykdomsforløpet.

**Piirainen, et al., 2021:** Jeg stoler på resultatene da blandingen av kvalitativ og kvantitativ metode som spørreundersøkelsen er basert på kan gi mer utfyllende svar og komplimentere hverandre i form av resultatene fra studien.

### **5. Kan du bruke resultatene i din praksis? (Angi relevante momenter knyttet til overførbarhet).**

**Tible, et al., 2017:** Jeg mener jeg kan bruke resultatene da de underbygges i andre artikler, pensumlitteratur og i de Norske nasjonalfaglige retningslinjene for demens.

**Legere, et al., 2018:** Jeg mener jeg kan bruke resultatene da de underbygges i andre artikler, pensumlitteratur og i de Norske nasjonalfaglige retningslinjene for demens.

**Bjerre, et al., 2018:** Jeg mener jeg kan bruke resultatene da det er objektivt troverdig at man ikke skal stå på legemidler som ikke gir forventet effekt eller som gir svært uheldige bivirkninger som er verre enn bivirkningene man ville hatt uten legemiddelet.

**Junge, et al., 2020:** Jeg mener at selv om resultatene er basert på mennesker med mild til moderat form for demens, kan de brukes i min oppgave. Selv om ikke artikkelen belyser hvorfor ikke mennesker med alvorlig grad av demens deltok, er det nærliggende å anta at det skyldes at de som oftest ikke kan gjøre like godt rede for seg og beskrive erfaringene de høstet gjennom aktivitetene. Jeg mener likevel at mennesker med moderat til alvorlig grad av demens også sannsynligvis kunne hatt gode effekter av samme type aktiviteter som ble foretatt i studien. Om de ikke klarer å uttrykke like godt hvordan de opplevde det, kan likevel pleiere som kjenner dem godt merke endringer i humør om de ikke klarer å kommunisere



særlig verbalt. De non-verbale reaksjonene kan likevel tolkes.

**Piirainen, et al., 2021:** Selv om studien er foretatt i Finland, mener jeg likevel at resultatene kan brukes i min oppgave, da jeg selv kjente meg igjen i resultatene og det er nærliggende å anta at andre pleiere som jobber med samme pasientgruppe ville svart det samme. Jeg tror ikke situasjonen er unik for verken Finland eller Norge, og velger derfor å bruke resultatene da jeg ser på dem som anvendbare og troverdige.