



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	211
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7964
----------------------	------

**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 \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	17
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	209

Jeg godkjenner avtalen 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**

Agitert atferd ved demens

**Agitated behavior in dementia**

**Kandidatnummer: 209 & 211**

Bachelor i Sjukepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Program SYKB390-1 "BACHELOROPPGAVE"

Innleveringsdato: 12/05/2023

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.*

## SUMMARY

**Introduction:** Today, around 80,000 people live with dementia in Norway. The number of people with dementia will have doubled by 2040 if the incidence remains at the current level. Research shows that around 70% of those who live in nursing homes have behavioral disorders and psychological symptoms. Taken together, this can create major challenges for the healthcare system. Healthcare personnel therefore need sufficient knowledge about dementia and the prevention of agitated behaviour.

**Issue:** How can nurses prevent agitated behavior in older adults with dementia in nursing homes?

**Method:** We have carried out systematic searches in UpToDate, Medline, PubMed and Cinahl. Five articles were included in this literature study. After we had found relevant research articles, we did a thematic analysis which resulted in three subcategories; implementation and training of person-centred care, treatment of underlying pain and environmental therapy as preventive measures.

**Result:** There are several underlying causes of agitated behavior. Treatment of underlying causes such as pain can have a good effect when it comes to preventing agitated behaviour. Individual music therapy is shown to have a good effect in preventing and reducing agitated behaviour. Implementation and training of staff in communication skills and person-centred care are effective methods in preventing challenging behaviour.

**Conclusion:** Use of reliable mapping tools to map pain, training of staff in person-centred care and communication skills prove to be good measures. In addition, environmental therapy such as music and physical activity have also been shown to be effective measures for preventing agitated behavior in dementia wards in nursing homes.

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>5</b>
1.1 Problemstilling .....	5
1.2 Bakgrunn for valg av tema.....	5
1.3 Avgrensning.....	6
<b>2.0 TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>6</b>
2.1 Demens.....	6
2.1.1 Ulike typer demens.....	7
2.2 Helsefremmende arbeid.....	8
2.3 Atferds forståelse .....	8
2.4 Personsentrert omsorg.....	9
2.5 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorg .....	10
2.6 Kartlegging av smerte.....	11
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>12</b>
3.1 Litteraturstudie som metode .....	12
3.2 Søkeprosess.....	13
3.2.1 PICO.....	14
3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier.....	14
3.3 Kritisk vurdering av artikler .....	15
3.4 Analyse og syntese .....	15
3.5 Etisk overveielse .....	15
3.6 Metodekritikk.....	16
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>16</b>
4.1 Litteraturmatrise.....	17
4.2 Tematisk analyse.....	20
4.3 Implementering og opplæring av personsentrert omsorg.....	20
4.4 Smerte som en underliggende faktor.....	21
4.5 Miljøterapi som forebyggende tiltak .....	22
<b>5.0 DRØFTING</b> .....	<b>23</b>
5.1 Implementering og opplæring av personsentrert omsorg.....	23
5.2 Smerte som en underliggende faktor.....	26
5.3 Miljøterapi som forebyggende tiltak .....	28
5.4 Antipsykotika.....	30

<b>6.0 OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS .....</b>	<b>31</b>
<b>7.0 LITTERATURLISTE.....</b>	<b>32</b>
<b>8.0 VEDLEGG:.....</b>	<b>35</b>
8.1 Vedlegg 1 - Pico-skjema .....	35
8.2 Vedlegg 2 - Søkehistorikk.....	36
8.3 Vedlegg 3 - flytskjema.....	42

*Tabeller og figurer*

Tabell 1 - litteraturmatrise .....	17
Tabell 2 - oversikt over pico.....	35
Tabell 3 - søkehistorikk over søk nr 1-3.....	36
Tabell 4 - søkehistorikk over søk nr 4-7.....	38
Tabell 5 - søkehistorikk over søk nr 8-10.....	40
Figur 1-flytskjema .....	42

## **1.0 Innledning**

Overordnet tema for dette prosjektet er forebyggende intervensjoner for agitert atferd hos personer med demenssykdom som bor på sykehjem. I dag har i overkant av 80% av de med langtids plass på sykehjem demenssykdom (Helsedirektoratet, 2022a). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer er sannsynligvis de mest belastende ved demenssykdom og rundt 70% av de som bor på sykehjem har disse symptomene (Selbæk, 2005). Den atferden som oppleves som utfordrende kan skyldes udekkede behov eller kan være en reaksjon på omgivelsenes urimelighet (Rokstad & Smebye, 2020, s. 198). På bakgrunn av dette ønsker vi å undersøke hvordan sykepleiere kan imøtekomme pasientens behov og dermed forebygge agitert atferd.

## **1.1 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleiere forebygge agitert atferd hos eldre voksne med demens på sykehjem?

## **1.2 Bakgrunn for valg av tema**

Valget av temaet er basert på egne erfaringer knyttet til agitert atferd hos personer med demens som vi har tilegnet oss gjennom jobb og praksis. I dag lever rundt 80.000 personer med demens i Norge og dersom forekomsten holder seg på dagens nivå, vil antallet være fordoblet innen 2040 (Rokstad, 2021, s. 12). På bakgrunn av dette kan det tenkes at forekomsten av agitert atferd også vil øke. Det at forekomsten av utfordrende atferd vil øke i fremtiden, kan føre til at sykepleiere møter flere utfordringer i situasjoner der de kommer i kontakt med denne pasientgruppen. Vi har opplevd at det kan være svært utfordrende og problematisk for omgivelsene når pasienten er agitert. Fra våre erfaringer begynner beboerne å bli rastløse og urolige på ettermiddagen. Noen beboere spør etter familien, barna eller ektefellen og ønsker å dra hjem. Når beboere ikke finner veien ut, kan de for eksempel uttrykke frustrasjon mot personalet og andre beboere, de kan begynne å rope, sparke og være vanskelig å håndtere. Slike situasjoner kan være vanskelig å forholde seg til og kan bringe usikkerhet rundt hva som kan forebygges den agiterede atferden.

### **1.3 Avgrensning**

Som sykepleier møter man personer med demens blant annet på sykehjem, boliger eller i hjemmetjenesten. Oppgaven er avgrenset til personer som bor på sykehjem, men mye av innholdet kan overføres til hjemmeboende og andre institusjoner. Vi har valgt å legge vekt på demens generelt sett og ikke skille mellom de ulike demensdiagnosene. I tillegg er oppgaven avgrenset til det nevropsykiatriske symptomet agitasjon relatert til demens. Agitert atferd og utfordrende atferd vil bli brukt vekslende i oppgaven og vi velger å ikke avgrense oppgaven til et bestemt tiltak, men ser på forskjellige intervensjoner som sykepleiere kan bruke for å forebygge agitert atferd.

### **2.0 Teoretisk perspektiv**

I dette kapittelet redegjøres det for relevant teori som skal være med å belyse temaet i prosjektet. Vi bruker teori om demens, helsefremmende arbeid, atferds forståelse og implementering av personsentrert omsorg. I tillegg presenteres kommunikasjonsprinsippene i demensomsorg og kartlegging og behandling av smerte.

### **2.1 Demens**

Demenssykdommene beskrives som organiske hjernesykdommer som særpreges av redusert mental kapasitet som følge av at deler av hjernen blir ødelagt (Birkeland & Flovik, 2020, s. 158). Ved demens oppstår symptomer som hukommelsessvikt, sviktende handlingsevne, sviktende språkfunksjon, personlighetsendringer og endring av atferd (NHI – Norsk Helseinformatikk, 2019). Demens fører til en rekke forandringer i hjernen, forbindelsen mellom hjernecellene blir ødelagt og dette gjør at hjernecellene dør (NHI – Norsk Helseinformatikk, 2019). Demens kan karakteriseres som et klinisk symptombylle med gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt (Rokstad, 2021, s.12). Kognitiv svikt fører til reduksjon i hukommelse, språk, orienteringsevne og problemløsning. Praktisk svikt innebærer problemer med å håndtere dagliglivets aktiviteter, dette kan medføre vanskeligheter med å være selvstendig (Rokstad, 2021, s.12). Det å ha demenssykdom vil arte seg ulikt fra person



til person selv om det er noen symptomer som går igjen (Birkeland & Flovik, 2020, s.159). Språk, hukommelse eller orientering kan være det første som svikter for noen og for andre kan det være at det oppstår endringer i personlighet og humør (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022).

### **2.1.1 Ulike typer demens**

Alzheimers sykdom er den vanligste formen for demens der 60% av alle personer med demens har denne typen sykdom (Rokstad & Smebye, 2020, s. 26). Sykdommen er vanligvis langsom og kan debutere både før og etter 65 år (Skovdahl, 2021, s. 419). De første symptomene ved Alzheimers er redusert hukommelse og konsentrasjonsvansker. Etter hvert kan det også oppstå problemer med å forstå og tolke sanseinntrykk eller vanskeligheter med å forstå sammenhengen i kommunikasjon (Skovdahl, 2021, s.420). Frontotemporal demens forekommer ofte hos personer mellom 50-70 årsalderen. Ved denne type demens er atferdsmessige og personlighetsmessige forandringer mest karakteristiske (Skovdahl, 2021, s. 420).

Ved demens ved Parkinson sykdom og demens ved Lewylegemer ses typiske kognitive, motoriske og psykiske symptomer (Rokstad & Smebye, 2020, s. 29). Redusert hukommelse, initiativløshet, psykomotorisk treghet og relativt godt bevart språkevne er de kognitive symptomene. De motoriske og psykiske symptomene som ses kan være depresjon, psykose og ufrivillige bevegelser (Rokstad & Smebye, 2020, s. 26). Vaskulær demens er en fellesbetegnelse på demens der årsakene til sykdommen er store hjerteinfarkter, mange små hjerneinfarkter og sykdom i arterioler dypt i hjernevevet (Skovdahl, 2021, s.421). Denne type sykdommen kan debutere plutselig og symptomene vil variere avhengig av hvilken del av hjernen som er skadet (Skovdahl, 2021, s.421).

## **2.2 Helsefremmende arbeid**

Helsefremmende og forebyggende arbeid for eldre handler om å forebygge sykdom, skade og tidlig død (Ranhoff, 2021, s. 160). I tillegg skal forebyggende helsearbeid være med å bedre og bevare personens helse, funksjonsnivå og livskvalitet (Ranhoff, 2021, s. 160). For at man skal forebygge sykdom og andre uønskede utfall er det viktig å iverksette målrettede og forsvarlige tiltak som er tilpasset den enkelte pasientens helsetilstand. Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleiere i sin praksis fremme helse og forebygge sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019).

Sykepleie til personer med demens innebærer først og fremst å hjelpe personen med å mestre hverdagen best mulig. I tillegg skal sykepleieren bidra til at personen lever et godt liv og opplever at den personlige og sosiale integriteten er ivaretatt (Skovdahl, 2021, s.416). Ranhoff (2021, s.161) sier at når man iverksetter tiltak som fremmer helse er det viktig å kartlegge personens forutsetninger og preferanser. Sykepleieren kan kartlegge personens individuelle forhold, materielle forhold og sosiale forhold samtidig som de gir hjelp og støtte til helsefremmende atferd.

## **2.3 Atferds forståelse**

Endringer i atferd knyttet til demensutvikling har hatt ulike betegnelser som aggressiv atferd, vanskelig atferd og voldelig atferd (Rokstad & Smebye, 2020, s.197). Skovdahl (2021) henviser til (Selbæk 2018) når hun beskriver at agitasjon kan innebære generell uro, vandring, ukarakteristisk repeterende bevegelser. Agitasjon kan også innebære lyder, plukking, roping, sparking, banning, slåing, biting, seksuelle tilnærmelser og manglende hemning (Skovdahl, 2021, s.423). Utfordrende atferd som et begrep dekker en rekke typer atferd, det er derimot fortvilelse, aggresjon, angst, paranoia, uakseptabel seksuell atferd og nedstemthet som det legges mest fokus på (Brokker, 2013, s. 59). Dermed ser vi at utfordrende atferd og agitert atferd i vår sammenheng har de samme karakteristiske trekkene i beskrivelsen.

Atferd som forstås som utfordrende må ses på som en form for kommunikasjon, altså et

forsøk fra pasientens side på å meddele til omgivelsene når for eksempel språket svikter som følge av sykdommen (Rokstad & Smebye, 2020, s.198). Agitert atferd må ikke ses som avvik, men kan være en reaksjon på omgivelsenes urimelighet eller udekkede behov. Grunnlaget for å forstå og iverksette behandlingstiltak for endret atferd krever at man kartlegger atferden, hvem den er eller hva den er rettet mot og hva atferden går ut på (Rokstad & Smebye, 2020, s.201). I slike registreringer er det viktig å få med elementer som hvilken type atferd, tidspunkt på døgnet for atferden, atferdens varighet, hvilken situasjon atferden opptrer i og hva som har skjedd like før eller i sammenheng med atferden (Rokstad & Smebye, 2020, s.202).

## **2.4 Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg har blitt beskrevet som den foretrukne tilnærmingen for god demensomsorg (Rokstad, 2021, s. 30). Rokstad (2021, s.30) refererer til den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood (1999) når hun beskriver at det å være en person innebærer å ha personverd. Tom Kitwood (1999) brukte begrepet “personhood” som innebærer status eller verdi som gis til et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner (Rokstad, 2021, s. 30). Pasienter med en demensdiagnose kan ha svekket mulighet for rasjonelle refleksjoner og daglige aktiviteter og derfor er det svært viktig å respektere deres iboende verdi (Rokstad, 2021, s. 31). Tom Kitwood (1999) har utviklet en modell for å forstå demens og sier at sykdommen må anses som en kombinasjon av hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner (Rokstad, 2021 s. 32).

Personsentrert omsorg innebærer verdsetting og respekterer mennesker som er rammet av demenssykdom gjennom hele sykdomsforløpet. I tillegg må omsorgen som gis være individuelt tilpasset den enkelte pasient og deres familie (Rokstad, 2021, s.36). Man må bestrebe seg for å forstå synspunktene de gir uttrykk for og opplevelsene de har. For at pasienter med demens skal leve et godt liv, er et støttende sosialt miljø avgjørende (Rokstad, 2021, s. 36). For å utvikle personsentrert praksis finnes det systematiske metoder som er utprøvd i Norge i utviklingsprogram for miljøbehandling i regi av demensplan 2015. VIPS-rammeverk har fire hovedelementer for personsentrert demensomsorg og disse elementene er verdigrunnlag, individuell tilnærming, personens perspektiv og støtte for sosialt miljø

(Rokstad & Smebye, 2021, s.58). En personsentrert omsorgskultur må i følge VIPS-rammeverk bygge på et tydelig verdigrunnlag som sørger for at personer med demenssykdom blir møtt som unike personer gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad & Smebye, 2020, s. 56). Det er nødvendig med kompetanseutvikling hos personalet slik at de utvikler felles verdier, holdninger og arbeidsmetoder.

For å sikre at behandlingen som gis til personer med demens er individuelt tilpasset, må det utformes en tiltaksplan som beskriver personens interesser, ressurser og beskriver hvordan disse skal møtes i praksis gjennom konkrete tiltak (Rokstad & Smebye, 2020, s. 57). Evaluering og justering av tiltaksplan må gjøres regelmessig og personalet må være kjent med pasientens individuelle preferanser og vaner, samt hvilke aktiviteter den enkelte pasienten foretrekker å delta i. Det vil bli mer og mer nødvendig for å tolke pasientens atferd som kommunikasjon når demenssykdommen utvikler seg etter hvert (Rokstad & Smebye, 2020, s. 57). Derfor er det en forutsetning at personalet bruker sine empatiske ferdigheter og setter seg inn i personens situasjon og samhandler ut fra en forståelse av hvordan personen opplever situasjonen der og da. I tillegg må det tilrettelegges for et godt og støttende sosialt miljø slik at personer med demens kan være aktiv og delta i samfunnet ut fra sitt funksjonsnivå og interesser (Rokstad & Smebye, 2020, s. 57-58).

## **2.5 Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorg**

Kommunikasjon er utveksling av budskap mellom to eller flere aktører og bygger på gjensidighet mellom partene (Heyn, 2022, s. 14). Kommunikasjon er et viktig verktøy for å kunne etablere en god relasjon til pasienten (Heyn, 2022, s. 18). Holdninger og måten sykepleiere kommuniserer på, vil påvirke relasjonen og god kommunikasjon skaper fortrolighet og gjør oss til bedre mennesker (Rokstad, 2021, s.52). Travelbee beskriver kommunikasjon som et viktig redskap for sykepleiere og som en prosess der mennesker formidler sine tanker og følelser til hverandre (Kristoffersen, 2019, s. 34). Språklig svikt blir vanligvis medført av demens og gjør pasienten mer avhengig av andre, derfor blir kunnskap om kommunikasjon og etablering av relasjon avgjørende for pasienten (Rokstad, 2021, s.52). Sykepleier bør bruke enkle ord, korte setninger, vise respekt, sette av nødvendig tid, snakke tydelig og fokusere på her- og nå situasjonen (Rokstad & Smebye, 2020, s.97). Gjennom de

generelle kognitive og den spesifikke språklige svikten demens sykdommen innebærer, oppstår det utfordringer i kommunikasjonsprosessen (Rokstad & Smebye, 2020, s. 90). Redusert kommunikasjonsevne fører til agitasjon, tilbaketrekning, svekket sosial funksjon og forstyrret atferd (Rokstad & Smebye, 2020, s. 90). Å fokusere på mennesket, mening og sammenheng og i mindre grad på sykdom er et godt utgangspunkt når vi samtaler med personer som har en demens sykdom. Å bevisstgjøre seg egne holdninger og være åpen er viktig slik at det ikke forekommer negative, irrasjonelle og destruktive holdninger fra personalet i demensomsorgen (Rokstad & Smebye, 2020, s.94).

Rokstad & Smebye (2020, s.114) beskriver en veiledning kalt Marte Meo, begrepet kommer fra latin og betyr egen styrke eller kraft. Utgangspunktet i Marte Meo - veiledning er videofilming både for å analysere utfordrende atferd, behov og funksjonsnivå hos personer med en demensdiagnose og for å vurdere effekten av behandlingen og personsentrert omsorg. Hensikten med denne veiledningen er å synliggjøre den gode måten å samhandle på slik at samspillet blir vellykket (Rokstad & Smebye, 2020, s.114). Det å studere samspillet i detaljene med fokus på perspektivet til personen med demens, kan føre til økt forståelse av denne pasientens kommunikative behov i konkrete situasjoner og skaper på denne måten økt innlevelse for personen. Det å gi opplæring i grunnelementene i funksjonsstøttende kommunikasjon kan bidra til økt kvalitet i hjelpernes kommunikasjonsferdighet (Rokstad & Smebye, 2020, s.126). Dette kan blant annet gjøres ved å gi hjelperne verktøy de kan bruke i samhandling i ulike situasjoner med pasienter med demens.

## **2.6 Kartlegging av smerte**

Smerte defineres som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse og er assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade ifølge den internasjonale foreningen for smerteforskning (Torvik & Sandvik, 2021, s. 398). Eldre personer er utsatt for å ha mange sykdommer og studier viser at 60-80% av de som bor på sykehjem har smerte (Sandvik, 2020). Personer med langtkommen demens kan ha svekket evne til å rapportere om sine egne behov og smerter. Når pasienten ikke er i stand til å vurdere sin egen smerte på grunn av sykdommen, må sykepleier eller andre helsepersonell vurdere den på vegne av pasienten (Sandvik, 2020).

Endringer i atferd opptrer ofte i forbindelse med smerter og behandlinger av somatiske tilstander kan derfor ha positive innvirkninger på aggressiv atferd (Rokstad & Smebye, 2020, s.207). Atferds baserte smerteindikatorer kan for eksempel være ansiktsuttrykk, bevegelse, endring i kontakt med personalet og endring i mental status (Rokstad & Smebye, 2020, s. 208). Verktøyet MOBID-2-smerteskala er innført av flere institusjoner og kommuner for å vurdere smerte (Sandvik, 2020). Dette kartleggingsskjemaet er basert på observasjoner og omfatter vurdering av smerte fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud (Sandvik, 2020). Flere studier har testet MOBID-2 og det har vist å ha evne til å avdekke smerte hos personer med alvorlig demenssykdom og er sensitiv for endring av smerteintensitet som følge av behandling (Torvik & Sandvik, 2021, s.398).

Det er viktig at den som skal observere pasienten kjenner pasienten godt og bruker et observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy for å få en best mulig smertekartlegging (Torvik & Sandvik, s.398). Det er viktig å huske at pasienter med demens er like forskjellige som personer uten demens når det gjelder å uttrykke smerte ikke-verbalt og at observasjonsbasert smertekartleggingsverktøy er testet ut på gruppenivå, men brukes på individnivå (Torvik & Sandvik, 2021, s.398).

### **3.0 Metode**

I denne delen skal det redegjøres for hvilken metode vi har brukt, presentere inklusjons og eksklusjons kriterier for søket. Vi skal også beskrive kildekritikk, søkeprosessen og forklare om etiske vurderinger gjort opp mot prosjektet.

#### **3.1 Litteraturstudie som metode**

En litteraturstudie er en studie som systematiserer kunnskap fra skriftlig kilder og innebærer systematisert innsamling av litteratur og kritisk gjennomgang av den (Thidemann, 2020, s.

77). Et systematisk litteratursøk er planlagt, begrunnet, dokumentert, etterprøvbart og knyttet til oppgavens problemstilling (Thidemann, 2020, s. 82). Hensikten med denne metoden er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som allerede eksisterer på det området som problemstillingen etterspør. I tillegg beskriver også denne metoden hvordan man har kommet fram til denne kunnskapen (Thidemann, 2020, s. 78).

Hovedsakelig brukes det kvalitative og kvantitative data i litteraturstudier. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter, hvor man kan samle data ved bruk av for eksempel spørreskjema med faste svaralternativ, systematiske og strukturerte observasjoner (Dalland, 2020, s. 54–55). Kvalitative metoder har hensikt i å fange opp mening og opplevelse som ikke kan måles eller tallfestes og datainnsamling skjer i direkte kontakt med feltet (Dalland, 2020, s.54- 55).

Bruk av litteraturstudier som metode krever ikke noen økonomiske utgifter fordi man har tilgang til databaser og biblioteket gjennom høyskolen. Ved å anvende denne metoden har man mulighet for å hente oppsummert og ny kunnskap, og man trenger ikke å komme i kontakt med pasienter eller andre respondenter. Vi har inkludert mest mulig forskning som er blitt gjort i en randomisert kontrollert studie, “Randomized Controlled Trial, RCT”. Dette på grunn av at denne typen studie benevnes som forskningens “gullstandard” og blir ansett som den mest pålitelige måten å gå frem på for å avgjøre effekten av tiltak (Thidemann, 2020, s.71).

### **3.2 Søkeprosess**

Etter at vi bestemte oss for at vi ville skrive om demens gjorde vi en del søk på ulike databaser for å se om det finnes gode og tilstrekkelige antall studier som er relevant for problemstillingen. Før vi begynte med søk identifiserte vi søkeord med bruk av MESH-termer og forskjellige ordkombinasjoner i ulik rekkefølge (MeSH, 2022). Noen av de søkeordene og ordkombinasjonene vi formulerte brukte vi i pyramidesøket på helsebibliotekets nettside. Dette pyramidesøket gjennomfører søk på flere ulike databaser for hvert enkelt søk. Dette gjorde at vi kunne se hvilke databaser som hadde flest relevante artikler i forhold til søket vi

gjennomførte. En av artiklene som er inkludert i prosjektet har vi funnet gjennom pyramidesøket i UpToDate. Etter dette valgte vi å direkte gjennomføre søk i hver ulik database som Medline, PubMed og Cinahl.

For å finne flest mulig relevante artikler til problemstillingen har vi brukt ulike søkeord og ordkombinasjoner som AND og OR. Vi foretok det første søket i oktober, men inkluderte ingen artikler i denne perioden. Vi gjennomførte hoved-søket i november der vi valgte ut fire av de artiklene som ble inkludert i prosjektet. Det siste søket ble gjennomført i mars der vi inkluderte en artikkel. Hvor mange treff vi fikk ved hvert enkelt søk varierte og dette har vi ført inn i søkehistorikk (se vedlegg 2).

### **3.2.1 PICO**

For å velge ut og presisere litteratursøket vårt har vi anvendt PICO-modellen i søkeprosessen, dette er et verktøy som gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk, utvelgelse og kritisk vurdering av litteratur (MeSH, 2022). «P» står for pasient/problem og vi har blant annet brukt «eldre voksne» og «agitert atferd» her. «I» står for intervensjon, hvilket tiltak som skal vurderes eller undersøkes. Her brukte vi blant annet «forebygge agitert atferd» og «atferdsforstyrrelser». Vi har ikke tenkt å sammenligne tiltak og derfor har vi ikke tatt noe under «C» som står for comparison. «O» står for outcome og under dette har vi tatt med «redusering av uro» og «forebygging av agitert atferd» (Thidemann, 2022, s. 83).

### **3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier**

For å avgrense litteraturens mengde og tydeliggjøre litteratursøket har vi definert inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Studier må være publisert de siste 12 årene, men nyere og mest oppdaterte prioriteres. Studier er enten skrevet på norsk eller engelsk og må omhandle pasienter i aldersgruppen av minst 65 år. I tillegg må artiklene ha forsknings-form som er relevante i henhold til temaet og må ha etisk godkjenning eller gjennomført en etisk overveielse. Eksklusjonskriteriet er alle studier som ikke fyller inklusjonskriteriene.



### **3.3 Kritisk vurdering av artikler**

Dalland (2020, s. 143) beskriver at det er to sider ved kildekritikk, å finne fram den litteraturen som belyser problemstillingen mest mulig og å gjøre rede for den litteraturen man har brukt i oppgaven. I oppgaven vår har vi vurdert i hvilken grad litteraturen vi har funnet kan brukes for å beskrive problemstillingen vår. Vi har anvendt IMRAD-strukturen når vi skulle gå grundig gjennom de artiklene vi fant (Thidemann, 2020, s. 90). Når vi skulle vurdere relevans av artiklene var det noen som ikke fulgte IMRAD-strukturen og derfor ble ikke disse artiklene tatt videre i studiet med unntak av en oversiktsartikkel fra UpToDate (Press, 2022). Etter at vi kritisk vurderte artiklene satt vi igjen med fem artikler og disse artiklene bruker vi for å belyse problemstillingen. Vi har utarbeidet en søkehistorikk (vedlegg 2) som viser oversikten over artiklene som er funnet og derfor blir oppgaven etterprøvbart for andre.

### **3.4 Analyse og syntese**

Vi sorterte først artiklene basert på sammenhengen mellom overskriften i artikkelen og vårt tema. Deretter leste vi sammendraget på de artiklene som hadde relevant overskrift slik at vi kunne avgjøre om de passet i henhold til inklusjonskriteriene. Dersom artiklene samsvarte med inklusjonskriteriene leste vi nøyere igjennom og gjorde en etisk vurdering. Den tematiske analysen ble gjort ved å lese konklusjonene og sammendraget, på denne måten kunne vi se likhetstrekk mellom artiklene. Vi delte funnene inn i ulike temaer basert på hovedfunn presentert i artiklene og satt igjen med tre hovedfunn som presenteres i resultatdelen.

### **3.5 Etisk overveielse**

Vi har vurdert artiklenes innhold og sjekket om studiene har gjennomført en etisk overveielse. Tre av studiene som er inkludert har blitt godkjent av etiske komitéer. To av studiene er oversiktsartikler og siden disse artiklene bygger på allerede eksisterende forskning vil kravet om etiske spørsmål være gjennomført av de opprinnelige forfatterne. Vi har sett hvordan artiklene har håndtert tilfeller der pasientene ikke er samtykkekompetente og om de klarte å anonymisere innholdet i artiklene. I tillegg har vi vurdert artiklenes henvisning til kilder og

sett om de har sikret redelighet i det faglige arbeidet deres. Vi har sørget for å følge HVL's retningslinjer for bachelorskriving, plagiat og opphavsrett.

### **3.6 Metodekritikk**

I dag finnes det mye forskning om demens og nevropsykiatriske symptomer relatert til demens. Søkene vi gjorde i databasene ga mange treff og derfor valgte vi å ikke søke på andre databaser. Dette kan kanskje ha gjort at vi har gått glipp av relevante artikler. En annen ting som kan ha påvirket valget av inkluderte artikler er at overskriften står på engelsk eller at de har misledende overskrift og dette kan ha gjort at vi har misforstått innholdet. I tillegg til forskningsartikler er det brukt pensumbøker, relevante bøker og offentlige nettsider. Noen av bøkene vi har benyttet henviser til en annen forfatters verk og dette kan påvirke oppgaven negativt ved at innholdet vi bruker er fra sekundærkilder.

### **4.0 Resultater**

I dette kapittelet presenteres de 5 artiklene som er inkludert i oppgaven der tre er RCT studier (Ballard et al., 2018; Husebo et al., 2011; Ridder et al., 2013) og en er systematisk oversiktsartikkel som gjennomgår RCT studier (Livingston et al., 2014). I tillegg har vi også inkludert en oversiktsartikkel (Press, 2022).

Oppsummert kommer det frem i studien til Ballard et al. (2018) at personsentrert omsorg gir fordeler i form av livskvalitet og redusering av agitasjon. I studien til Livingston et al. (2014) settes fokuset på ikke-farmakologiske intervensjoner der personsentrert omsorg, tilpasset demensomsorg, kartlegging og opplæring i kommunikasjonsferdigheter reduserte symptomatisk og alvorlig agitasjon.

Studien til Husebo et al. (2011) konkluderte med at en systematisk tilnærming til smertebehandling reduserte agitasjon. Studien til Ridder et al. (2013) viser at etter seks uker med individuell musikkterapi ble agitasjon betydelig redusert. Press, (2022) sier at veiledning

av omsorgspersoner i atferds tilnæringer, fysisk aktivitet, eksponering av naturlig lys og opprettholdelse av søvn- og våkne tider kan være effektive for å redusere agitasjon og angst. Funn fra studiene har vi valgt å fremstille i en litteraturmatrise slik at det kan gi en god oversikt av artiklene.

#### 4.1 Litteraturmatrise

Tabell 1 - litteraturmatrise

<b>Forfatter</b>	<b>Hensikt</b>	<b>Design og metode</b>	<b>Utvalg</b>	<b>Resultat</b>	<b>Kommentar</b>
Ballard et al., 2018	Evaluere effekten av en person-sentrert omsorg og psykososiale intervensjoner.	RCT-studie Utført på 69 sykehjem	847 personer ble inkludert. 553 fullførte studien.  Kontrollgruppe(n=296)  Intervensjonsgruppe (n=257)	WHELD gir fordeler i form av livskvalitet, agitasjon og nevropsykiatriske symptomer. Fordelen med tiltaket var størst hos personer med moderat og alvorlig demens.	Forskningen ble gjennomgått og godkjent av Oxford C national research ethics committee

Husebo et al., 2011	Om en systematisk tilnærming til behandling av smerte kan redusere agitasjon.	RCT-studie Behandling av smerte i 8 uker med en oppfølging etter 12 uker.	Intervensjonsgruppe (n=175)  Kontrollgruppe (n=177)	Agitasjon ble betydelig redusert i intervensjonsgruppen etter 8 uker.  Smertebehandling var fordelaktig for nevropsykiatriske symptomer og smerte.	For å sikre blindhet deltok ikke forskere og sykepleiere med ansvar i data-innsamlingsfasen. Etisk godkjent
Livingston et al., 2014	Systematisk gjennomgang av RCT-studie  Fokus på ikke farmakologiske tiltak	Systematisk oversiktsartikkel	33 studier ble inkludert  Pasientene måtte ha upassende verbal, vokal eller motorisk aktivitet som ikke ble dømt som et behov av en utenforstående observatør.	Opplæring i kommunikasjonsferdigheter og personsentrert omsorg reduserte symptomatiske og alvorlige agitasjon.  Aktiviteter og musikkterapi etter protokoll reduserte total agitasjon.	Gruppeaktiviteter reduserte agitasjon under intervensjonen. Det trengs mer forskning for å se langtidseffekten av gruppeaktivitet.

<p>Press, 2022</p>	<p>Gjennomgå årsaker og behandling av nevropsykiatriske symptomer.</p>	<p>Oversiktsartikkel</p>	<p>Denne studien har inkludert 155 artikler.</p>	<p>Smerte kan forverre atferdsforstyrrelse</p> <p>Ikke-farmakologiske strategier, inkludert opprettholdelse av god søvnhygiene, maksimering av lys om morgenen og daglig trening er foretrukket over farmakoterapi.</p>	<p>Atypiske nevroleptika kan øke dødeligheten og bør ikke brukes for å behandle nevropsykiatriske symptomer ved demens.</p>
<p>Ridder et al., (2013)</p>	<p>Å undersøke effekten av individuell musikkterapi på agitasjon.</p>	<p>RCT-studie</p>	<p>Intervensjonsgruppe (n=21)</p> <p>Kontrollgruppe (n=21)</p>	<p>Agitasjon</p> <p>Forstyrrelser ble redusert under musikkterapi og forhindret medisinske økninger.</p> <p>Agitasjonsforstyrrelser økte under standardbehandling.</p>	<p>Utvalget bestod bare av 42 deltakere. Et større utvalg er nødvendig for å avklare effekten av musikkterapi på agitasjonsfrekvens og livskvalitet.</p> <p>Etisk godkjent</p>

## **4.2 Tematisk analyse**

Vi har gjennomført en tematisk analyse basert på hovedfunn presentert i innledningen til resultatdelen. Analysen viste at det var tre hovedkategorier som gikk igjen. Disse var implementering og opplæring av personsentrert omsorg, behandling av underliggende smerter og miljøterapi som forebyggende tiltak.

## **4.3 Implementering og opplæring av personsentrert omsorg**

Det var to artikler som inkluderte forskning om opplæring av helsepersonell i personsentrert omsorg (Ballard et al., 2018; Livingston et al., 2014). De trekker frem at tiltaket personsentrert omsorg kan være med på å redusere og forebygge agitert atferd.

Studien til Ballard et al. (2018) ble gjort mellom 1 januar 2013 og 30 september 2015 og de brukte opplæringsprogrammet WHELD (improving well being and health for people with dementia). Dette opplæringsprogrammet fokuserte på opplæring i personsentrert omsorg for å forebygge agitasjon. Denne intervensjonen skulle sammenligne WHELD med behandling som de vanligvis gjør på sykehjemmene som de kaller for (TAU). Studien presenterer at WHELD gir fordeler i form av livskvalitet, agitasjon og nevropsykiatriske symptomer. De brukte CMAI (Cohen-Mansfield agitation inventory) som et verktøy for å måle agitasjon blant pasientene. Skåren for CMAI var lavere i perioden der WHELD ble testet. Opplæringen hadde også som mål at personalet skulle få trening i å skrive styrkebaserte omsorgsplaner og gi strukturerte sosiale aktiviteter som anerkjenner folks evner og interesser. Personalet måtte også utvikle måter å forstå de individuelle behovene til pasienter som har utfordrende atferd. Dette gjorde de ved å formulere en behovsbasert modell og identifisere måter å bruke informasjonen som er oppnådd gjennom personsentrert omsorg.

Studien til Livingston et al. (2014) startet det elektroniske søket 9. august 2011 og ble gjentatt 12 juni 2012. Søket skulle fokusere på studiebevis av ikke-farmakologiske intervensjoners effekt på agitasjon ved demens. Studier ble ekskludert dersom pasienten fikk psykofarmaka eller medisiner som eneste intervensjon. 1916 artikler ble funnet i søket, inkludert 33

relevante RCT-er med minst 45 deltakere. Tiltakene som ble tatt med var opplæring i personsentrert omsorg, demensomsorg-kartlegging, og kommunikasjonsferdigheter. Disse reduserte symptomatisk og alvorlig agitasjon i omsorgsboliger umiddelbart og i inntil 6 måneder etterpå (Livingston et al., 2014). De trakk også med musikkterapi og lysterapi der agitasjon ble redusert ved bruk av aktiviteter og musikkterapi mens lysterapi ikke viste effekt. I artikkelen evaluerte de kartlegging av demens omsorg som et tiltak mot agitasjon ved å observere potensielle utløsere, beboernes oppførsel og faktorer som forbedret velvære (Livingston et al., 2014). Videre i artikkelen konkluderer de med at det var en betraktelig nedgang i agitasjon under intervensjonen og opp til 4 måneder i etterkant.

#### **4.4 Smerte som en underliggende faktor**

Studiene til (Husebo et al., 2011; Press, 2022) hadde felles trekk i at de begge omtalte smerte. De trekker frem at smerte kan være en mulig årsak til agitasjon og en systematisk tilnærming til behandling av smerte kan redusere agitasjon.

Kartleggingsverktøyet MOBID-2 blir brukt i studien til Husebo et al. (2011) for å kartlegge smerte. Kartleggingsverktøyet ble brukt ved oppstart av studien og 2, 4 og 8 uker etter oppstart. Det ble også brukt 4 uker etter avslutning for å vurdere langtidseffekten av behandlingen. Målet til studien var å undersøke om en systematisk tilnærming til smertelindring kunne redusere agitasjon hos pasienter med moderat til alvorlig demens. Studien viser at agitasjon ble redusert i intervensjonsgruppen etter åtte uker. Pasienter ble delt i intervensjonsgruppe og kontrollgruppe der individuell smertelindring ble gitt til intervensjonsgruppen. Behandlingen for kontrollgruppen ble ikke endret og de mottok samme behandling som før oppstart. Intervensjonsgruppen ble tildelt behandling med smertestillende avhengig av behandlingen de mottok før oppstart av studien. Oral paracetamol med maksimal økning til 3g/dag var første steg i behandlingen. Dersom pasientene allerede mottok behandling fikk de oral morfin med maksimalt 20 mg/dag, dette var andre steg i behandlingen. Buprenorfin depotplaster med maksimal økning til 10µg/t var tredje steg i behandlingen og pasienter med svelgevansker startet i dette trinnet. Oralt pregabalin med maksimal økning til 300 mg/dag var siste steg av behandlingen og de brukte et fast doseregime gjennom hele behandlingsperioden som varte i åtte uker. Pasienter ble tilbudt

smertestillende tre ganger daglig (Husebo et al., 2011).

Press, (2022) hadde som mål å gjennomgå årsaker og behandling av atferdsforstyrrelser og andre nevropsykiatriske symptomer relatert til demens. Det ble presentert at nevropsykiatriske symptomer kan utløses av smerter. Artikkelen presenterer en pragmatisk tilnærming for smertebehandling og forskrivning av legemidler. En del av denne pragmatiske tilnærmingen er å bruke en trinnvis tilnærming til analgetika forskrivning. I tillegg sier Press, (2022) at personalet må overvåke pasientene nøye for å balansere risiko og fordeler ved smertebehandling kontra vedvarende smerte. Smerte blir sett på som en viktig kilde til atferdsforstyrrelser hos pasienter med demens (Press, 2022).

#### **4.5 Miljøterapi som forebyggende tiltak**

To av studiene som vi har inkludert ser på effekten av ulike miljøtiltak og effekten det kan ha på utfordrende atferd (Press, 2022; Ridder et al., 2013).

Studien til Ridder et al. (2013) inkluderte beboere fra 14 forskjellige sykehjem. Fire av sykehjemmene var i Danmark og 10 var i Norge. Deltakerne ble valgt ut fra kvalifikasjonskriterier der beboere måtte ha moderat til alvorlig demens, symptomer på agitasjon, henvisning til musikkterapi og diagnostisert demens oppgitt i medisinsk journal. Deltakerne ble tilfeldig delt inn til enten musikkterapi eller standardbehandling. De brukte CMAI for å måle agitasjon og ADRQL (Alzheimer's Disease-Related Quality of Life) for å måle livskvaliteten. Resultatene av CMAI og ADRQL ble skåret ved oppstart, i uke 7 og uke 14. Studien viser at etter seks uker med musikkterapi ble gjennomsnittlig agitasjon-forstyrrende skår betydelig redusert sammenlignet med standardbehandling. Under standardbehandling økte forskrivningen av psykotrope medisiner mens musikkterapi forhindret medisin økninger hos intervensjonsgruppen.

Studien til Press, (2022) ser på ulike miljø-tiltaks effekt på utfordrende atferd blant pasienter



med demens på sykehjem. Han sier at tiltak som er rettet mot atferd bruker ulike teknikker og strategier. Å identifisere tidligere hendelser som genererer agitasjon, unngåelse av miljømessig triggere og avgjøre om udekkede behov kan forutses og lindres, er en del av atferds intervensjoner (Press, 2022). Videre sier han at veiledning av omsorgspersoner i tilnærminger som involverer distraksjon, strukturerte rutiner, omdirigering, å opptre rolig og gi betryggende svar når pasienten virker engstelig kan være effektive for å redusere agitasjon og angst. En annen tilnærming til agitasjon ifølge Press, (2022) kan være å etablere og opprettholde faste søvn- og våkne tider, samt eksponering for naturlig lys. I tillegg kan regelmessig trening på minimum 30 minutt/dag være svært nyttig for å håndtere atferd hos noen pasienter med demens (Press, 2022).

## **5.0 Drøfting**

I denne delen vil vi tolke, analysere, vurdere og stille spørsmål ved funnene slik at vi kan sette de opp mot teori for å kunne drøfte problemstillingen. Å drøfte er å diskutere med seg selv ved å undersøke ulike tolkninger av våre data opp mot problemstillingen (Dalland, 2020, s.220). Drøfting skal med andre ord vise hva den nye kunnskapen kan bidra med i forståelsen av problemstillingen (Dalland, 2020, s. 249).

## **5.1 Implementering og opplæring av personsentrert omsorg**

Det å håndtere atferdsmessige og psykiske symptomer er noe flere sykepleiere og helsepersonell opplever som utfordrende (Støback, 2015). Dette er noe vi kjenner oss igjen i og selv har opplevd gjennom praksis og i jobbsammenheng. Det kan oppstå utfordringer i kommunikasjonsprosessen grunnet de generelle og den spesifikke språk-svikten demenssykdommen innebærer (Rokstad & Smebye, s.90). Pasientens tilstand kan gjøre at vedkommende ikke får med seg informasjonen som blir gitt, noe som igjen kan gjøre at pasienten blir forvirret. Derfor krever samhandling og kommunikasjon med pasienten som har en demensdiagnose at sykepleiere setter av nødvendig tid, snakker tydelig og fokuserer på her-og nå situasjonen (Rokstad & Smebye, 2020, s.97). Ifølge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleierne gi tilstrekkelig, tilpasset informasjon og forsikre seg om at informasjonen er forstått (Norsk sykepleierforbund, 2019). Noen pasienter hører dårlig og det er viktig for

sykepleiere å undersøke om pasienten bruker høreapparat og sørge for at de ikke er tom for strøm.

Svikt i kommunikasjonsevne kan føre til agitasjon, svekket sosial funksjon, tilbaketrekning og utfordrende atferd (Rokstad og Smebye, 2020, s.90). Ifølge studiene til Ballard et al. (2018) & Livingston et al. (2014) kan trening i personsentrert omsorg og kommunikasjonsferdigheter til personalet være med å redusere agitasjon. Det kommer frem i disse studiene at personsentrert omsorg bidro til en umiddelbar og relativ stor nedgang i agitasjon under intervensjonen og 8 uker senere (Livingston et al., 2014). På bakgrunn av dette ser vi hvor viktig det er for sykepleiere å forstå hva pasienten prøver å formidle gjennom atferd. Det kan tenkes at sykepleiere kan forebygge utfordrende atferd ved å kartlegge pasientens kommunikasjonsevne og tilpasse språket slik at det blir lettere for pasienten å forstå. Som Travelbee sier er kommunikasjon en av de viktige redskaper sykepleiere har for å etablere et forhold til pasienten (Kristoffersen, 2019, s. 34). Ifølge Brokker (2013, s.40) kan det å håndtere oppgaver i forbindelse med pasienter med demens overfladisk være enkelt, men det å yte personsentrert omsorg som virkelig er individuelt er veldig krevende. Det krever at man har en plan for hver enkelt person og tilnærmingen skal baseres på individets ressurser og behov.

I Studien til Ballard et al. (2018) brukte de opplæringsprogrammet WHELD hvor de presenterte at WHELD gir fordeler i form av livskvalitet, agitasjon og nevropsykiatriske symptomer. I tillegg viser studien at skåren for CMAI var lavere i perioden der WHELD ble testet. Ut ifra de funnene som er presentert i studien til Ballard et al. (2018) kan det å gi opplæring til personalet i personsentrerte tilnærminger redusere agitasjon betraktelig. Vi tenker at implementering av en personsentrert tilnærming i demensavdelinger vil ha positiv innvirkning for pasientene. Dette fordi grunnlaget for personsentrert omsorg er å verdsette og respektere mennesker med demenssykdom, bestrebe seg for å forstå opplevelsen pasienter har og synspunktene de gir uttrykk for (Rokstad, 2021, s.36). Når pasienten opplever at sykepleiere prøver å forstå deres opplevelse og synspunkt kan de få følelse av at den personlige integriteten er ivaretatt. Dette kan igjen gjøre omsorgen individuell og pasienten kan føle seg sett og hørt. Et slikt tiltak vil også kunne ha fordeler for sykepleiere. Rokstad & Smebye (2020, s.57) sier at for å sikre en individuelt tilpasset behandling må det utformes en

tiltaksplan som beskriver personens ressurser, interesser og hvordan disse skal møtes i praksis. Det å utforme en tiltaksplan for hver enkelt pasient basert på deres behov og interesse vil også være til fordel for sykepleieren. Å beskrive en tiltaksplan vil hjelpe sykepleieren å få oversikt over pasientens ressurser og forstå pasientens interesser. En slik oversikt kan benyttes for å gi en individuelt tilpasset omsorg og kan gjøre det enklere for sykepleiere å unngå triggerne til den utfordrende atferd. Ved å unngå disse triggerne kan sykepleiere og andre helsepersonell forebygge at den agiterede atferden oppstår. På denne måten kan implementering og opplæring i personsentrert omsorg komme til nytte både for pasienten og for sykepleieren.

Forskning viser at den direkte kostnaden til WHELD-intervensjonen sammenlignet med TAU som er vanlig behandling var £8 627 mer per hjem (Ballard et al., 2018). Kostnadene for opplæringen av ansatte var som nevnt høy og det kan være vanskelig å få dekket slike høye kostnader i Norge. Det er et faktum at helsevesenet sliter med bemanning i dag og derfor er det viktig å ta i betraktning om det faktisk er mulig å sende flere ansatte på et slikt kurs som varer i flere uker eller måneder. Sykehjem skal medvirke til å gi særskilt opplæring om demens og dette er oppført i nasjonale faglige retningslinjer **“Virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester til personer med demens, skal sørge for at ansatte har den opplæring, videreutdanning og etterutdanning som er påkrevet, slik at den enkelte innehar relevant kompetanse for å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig”** (Helsedirektoratet, 2019). Her ser vi at det er påkrevd opplæring av ansatte dersom de skal jobbe med pasienter som har en demensdiagnose slik at de kan gjøre arbeidet faglig forsvarlig. Det kan diskuteres om dette kravet om relevant kunnskap om demens blir oppfylt i dagens helsetjeneste. Fra vår erfaring er det flere assistenter som jobber i demensomsorgen som ikke har helsefaglig bakgrunn. Er det forsvarlig at ansatte som ikke har relevant kompetanse står for omsorgen av pasienter med en demenssykdom? Det å iverksette og forstå behandlingstiltak for endret atferd krever at vi kartlegger atferden pasienten med demens viser, hvem den er eller hva den er rettet mot og hva atferden går ut på (Rokstad & Smebye, 2020, s.201). Det kan tenkes at disse assistentene ikke har den kompetansen som skal til for å kartlegge og iverksette tiltak som er rettet mot pasientens atferd. Dermed ser vi viktigheten av relevant kompetanse og ledelsen må sørge for at alle som jobber i demensomsorgen har den kompetansen som trengs.

Det finnes ulike opplæringsmetoder for å skaffe seg den nødvendige kompetansen. En form for opplæringsmetode om demens for personale kan for eksempel være Marte Meo-veiledning. Personale som deltar i Marte Meo veiledning oppdager behovene hos personer med demens og kan få fatt i deres forståelse og perspektiv (Rokstad & Smebye, 2020, s.114). Denne opplæringsmetoden har samme mål som personsentrert omsorg, kanskje har de samme effekt på forebygging av agitasjon? Uavhengig av effekten er det viktig at vi setter fokus på opplæring av ansatte, men for å kunne gjøre det må det bli valgt en opplæringsmetode som fungerer og som enkelt kan implementeres inn i dagens helsevesen. Det er også viktig å få frem at hvis de ansatte tar initiativ og alltid prøver å forstå hvordan en situasjon kan oppleves av personen med demens, burde dette gi et utslag i færre episoder med utfordrende atferd (Brooker, 2013, s.60).

Sykepleiere får en generell teoretisk kunnskap om viktigheten av personsentrert omsorg i løpet av utdanningsforløpet, men opplever kanskje at det er utfordrende å implementere det i praksis. En av grunnene til dette kan være at arbeidsbelastningen er høy og at de ikke har tid til å bli kjent med pasienten slik at de kan bygge en god relasjon. Derimot kan det tenkes at sykepleiere må ha en jevn fordeling av arbeidsbelastningen og ha tilstrekkelig tid for å kunne danne en god relasjon til pasienten. På bakgrunn av vår erfaring vil vi si at det er utfordrende å gi personsentrert omsorg uten at vi kjenner pasienten godt. Gjennom arbeidsplassene i demensavdelinger har vi bemerket at pasientene vandrer mindre og er mer rolig dersom personalet er tilstede, synlige og bruker tid sammen med beboere. Ifølge Rokstad & Smebye (2020, s.90) kan redusert kommunikasjonsevne føre til agitasjon og tilbaketrekning. Videre fremheves viktigheten av det å bruke enkle ord, vise respekt, bruke korte setninger og snakke tydelig i samhandling og kommunikasjon med pasienten. I den forstand kan det tenkes at sykepleiere kan forebygge tilbaketrekning og agitasjon dersom de kartlegger og har en tilnærming som er tilrettelagt for pasientens kommunikasjonsevne. En slik tilnærming kan gjøre at pasienten føler seg forstått og ivaretatt. Når pasienten føler seg ivaretatt kan det tenkes at uroligheten og frustrasjonen reduseres og på den måten kan agitasjon forebygges.

## **5.2 Smerte som en underliggende faktor**

Studier viser at rundt 60-80 prosent av de som bor på sykehjem har smerte, men på grunn av

sykdommen har de svekket evne til å rapportere smerte (Sandvik, 2020). Ved atferdsforstyrrelser hos pasienter med demens bør observasjon og smertekartlegging gjøres fordi smerte kan forverre atferdsforstyrrelser (Press, 2022). Atferdsendringer opptrer ofte i forbindelse med smerter og dersom man behandler somatiske tilstander som befatter smerte kan dette ha positiv innvirkning på agitert atferd (Rokstad & Smebye, 2020, s.207). Endring i kontakt med personalet, bevegelse, endring i mental status og ansiktsuttrykk kan være atferds baserte smerteindikatorer (Rokstad & Smebye, 2020, s. 208). Ved å kartlegge disse indikatorene tenker vi at sykepleiere kan få en helhetlig oversikt over pasientenes atferd ved å sammenligne det med pasientenes tidligere/vanlige atferd. Om kartleggingen viser endring i pasientens atferd kan sykepleiere vurdere om endringen skyldes smerte og eventuelt iverksette tiltak som lindrer smerte. Imidlertid er det viktig at dette utføres av en sykepleier som kjenner pasienten godt nok til å bemerke disse atferdsendringene.

Press, (2022) sier at det er viktig med samtaler og observasjoner slik at man kan avgjøre om smerte-rapporteringen representerer smerterelatert lidelser eller et signal om en annen type nød (Press, 2022). I studien Husebo et al. (2011) ble det forsøkt en systematisk tilnærming til smertelindring og denne tilnærmingen forbedret agitasjon, generelle nevropsykiatriske symptomer og smerte betydelig. Agitasjon ble altså signifikant redusert i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen fra begynnelsen til og med åtte uker etter (Husebo et al., 2011). På bakgrunn av funnene til Husebo et al. (2011) kan det tenkes at sykepleiere kan forebygge agitasjon dersom de sørger for at pasienten får tilstrekkelig smertelindring. For at sykepleiere skal gi en god smertebehandling vil det være hensiktsmessig at de bruker et verktøy som er pålitelig og avdekker smerte hos de som ikke klarer å gjøre rede for seg.

Det finnes ulike verktøy som kan benyttes ved avdekking av smerter hos personer med alvorlig demenssykdom, et av disse er smertekartleggingsverktøyet MOBID-2-smerteskala (Torvik & Sandvik, 2021, s.398). Kartleggingsskjemaet baseres på observasjoner og vurderinger av smerte fra muskel- og skjelettsystemet, indre organer, hode og hud (Sandvik, 2020). Verktøyet har blitt testet i flere studier der det har vist seg å ha evne til å avdekke smerter hos personer med alvorlig demens (Torvik & Sandvik, 2021, s.398). Dette gjør

verktøyet svært nyttig for sykepleiere å ta i bruk når de skal vurdere smerter hos personer med alvorlig demens. Ved å anvende dette verktøyet kan sykepleiere avkrefte eller bekrefte smerter hos pasientene. Dersom smerter blir bekreftet kan det iverksettes behandling og det kan tenkes at den atferdsendringen vil minske som følge av behandlingen. Det kan også tenkes at en hensiktsmessig smertebehandling ikke bare vil lindre pasientens smerter, men den vil også øke livskvaliteten. Dersom pasientens livskvalitet øker, kan det tenkes at pasienten kan bli robust mot psykiske vansker som angst og depresjon. På denne måten kan sykepleiere sikre en helhetlig behandling som ivaretar pasientens psykiske og fysiske behov. Når pasientens fysiske og psykiske tilstand er ivaretatt øker sannsynligheten for at pasienten er tilfredsstillt.

Ifølge presentert forskning kan en systematisk tilnærming til smertebehandling hos pasienter som har moderat til alvorlig demens forebygge agitasjon. Press, (2022) mener at smerte er en viktig kilde til atferdsforstyrrelser hos pasienter med demens. Husebo et al. (2011) konkluderer med at en håndtering av smerte kan spille en viktig rolle når det kommer til behandlingen av agitasjon. Gjennom tiden i arbeid med pasienter med demens har vi opplevd at pasienter blir urolige og rastløse når de har smerter, men de klarer ikke å uttrykke smerter til personalet. I ulike tilfeller har vi opplevd at pasientens oppførsel endrer seg eller de blir rolige når personalet gir smertestillende med mistanke om smerte. Derfor vil vi si at det er svært viktig å kartlegge og behandle smerter hos personer med demens basert på funn fra studiene og våre egne erfaringer.

### **5.3 Miljøterapi som forebyggende tiltak**

Miljøterapi har som hensikt å fremme individets mulighet for mestring, læring og personlig ansvar. Dette gjøres gjennom en systematisk og gjennomtenkt tilrettelegging av miljøets sosiale, psykologiske og fysiske betingelser i forhold til individets og gruppens situasjon/behov (Vandvik, 2023). Bruk av musikk og sang i ulike former har lenge blitt brukt i demensomsorgen (Rokstad & Smebye, 2020, s.174). Studien til Ridder et al. (2013) viser at en seks ukers behandling med individuell musikkterapi betydelig reduserte agitasjon blant intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Dette viser at bruk av musikkterapi kan ha effekt som et tiltak når det gjelder forebygging av agitert atferd. I tillegg fant studien at

livskvaliteten til deltakere økte under musikkterapi og gikk ned under standardbehandling. Til tross for dette konkluderer Ridder et al. (2013) med at de positive trendene i forhold til livskvalitet krever videre forskning med et større utvalg. Fra våre erfaringer opplever vi at musikk kan påvirke pasientens humør og atferd positivt. Det bemerkes også at flere pasienter blir rolig, glad og synger med når det spilles av gjenkjennbar musikk. Det kan derfor tenkes at livskvaliteten kan bli bedre dersom pasienten finner roen ved hjelp av individuell musikkterapi. På den andre siden kan det tenkes at pasienten blir mer engstelig og lei seg dersom det spilles musikk som vekker dårlige minner. Det vil derfor være hensiktsmessig at sykepleiere kjenner til pasientens historie og hvilken type musikk pasienten liker for å unngå at slike hendelser oppstår.

I Press, (2022) nevnes opprettholdelse av god søvnhygiene, musikkterapi, daglig trening og maksimering av naturlig lys om morgenen som effektiv mot agitasjon. Det kan være forskjellige stimuli som fungerer best for ulike pasienter, derfor må sykepleiere bli kjent med pasientene og kartlegge gjennom dialog hvilke interesser den enkelte pasient har. Press, (2022) sier at regelmessig fysisk aktivitet på minimum 30 minutter/dag kan være svært nyttig for å håndtere atferd hos noen pasienter med demens. Det vises lovende resultater når det gjelder forbedring av kognitiv funksjon og ferdigheter i dagliglivet hos dem som driver med fysisk aktivitet (Rokstad & Smebye, 2020, s.185). Ved å oppmuntre pasienten til å delta på aktiviteter kan det tenkes at pasientens atferd blir lettere å håndtere for sykepleiere og det kan også forbedre pasientenes funksjon i dagliglivet. Imidlertid er det viktig at sykepleiere tar i betraktning at pasientene har ulike ressurser, interesser og krever derfor individuelle tilnærminger for å finne den aktiviteten som er best egnet til den enkelte pasient.

Opprettholdelse av gode søvnrutiner kan være et annet effektivt tiltak når det gjelder forebygging av agitasjon. Press, (2022) hevder at triggerer for agitert atferd kan unngås ved å opprettholde konsistente søvn- og våkne tider samt å inkludere mer eksponering for naturlig og sterkt lys tidlig på dagen. På bakgrunn av dette kan det sies at dersom sykepleiere og andre pleiere hjelper pasientene til å opprettholde søvn- og våkne tider kan triggerer for agitert atferd reduseres. I tillegg sier Press, (2022) at veiledning av omsorgspersonell i atferds-tilnærminger kan være effektivt i reduseringen av angst og agitasjon. Disse atferds-tilnærmingene blir

oppgitt å være strukturerte rutiner, å opptre rolig, distraksjon, omdirigering og gi betryggende svar når pasienten virker engstelig. På bakgrunn av dette vil vi si at det er viktig at sykepleiere og andre helsepersonell er bevisst på sin væremåte rundt pasienter med demens. Det er viktig å unngå miljømessig trigger som kan for eksempel føre til at pasienten blir irritert eller engstelig. Fra vår erfaring er det spesielt viktig at man tilpasser språket i ulike situasjoner der man kommer i kontakt med personer som har demens. Vi har opplevd at måten personalet ordlegger seg på har stor betydning for pasientens atferd. Dersom personalet opptre rolig og formulerer seg på en måte pasienten forstår, kan dette betrygge og berolige pasienten. På den andre siden kan pasienten bli urolig og engstelig hvis for eksempel personalet er stresset eller snakker på en måte som er vanskelig for pasienten å forstå.

#### **5.4 Antipsykotika**

Antipsykotiske legemidler har en spesifikk dempende effekt, ved at uro og aggresjon dempes uten at pasienten føler seg søvnnig (Nordeng & Spigset, 2018, s. 211). Før legemiddelbehandling skal det som hovedregel vært forsøkt med miljømessige og psykososiale tiltak rettet mot psykotiske symptomer, med unntak av krisesituasjoner (Helsedirektoratet, 2022b). I studien til Ballard et al. (2018) kommer det fram at bruk av antipsykotika har beskjedne fordeler for behandling av noen symptomer på agitasjon, men fordelene med langtidsbehandling og andre symptomer på agitasjon er uklare.

I studien til Livingston et al. (2014) trekker de fram at medisiner med antipsykotika er ofte ineffektiv og kan være skadelig. I artikkelen står det at psykotropiske medisiner ble rutinemessig brukt til å behandle agitasjon før. Dette frarådes nå siden benzodiazepiner og antipsykotika øker kognitiv nedgang og antipsykotika forårsaker overdødelighet og har begrenset effekt (Livingston et al., 2014). På bakgrunn av dette kan det sies at bruk av antipsykotika har lite effekt på agitasjon og ulempene/bivirkningen legemidlet medfører overskygger fordelene. Det er viktig å ha kontroll på underliggende faktorer som det kommer frem i Press, (2022) sin studie, der de understreker at agitasjon ikke kan håndteres kun ved bruk av medikamenter som for eksempel antipsykotika.



## 6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Forebygging av agitert atferd hos personer med demens kan være vanskelig og ressurskrevende, men er gjennomførbart. En viktig faktor for å forebygge agitert atferd er at sykepleiere har god forståelse for hva den agiterte atferden skyldes. Vi har inkludert forskning og litteratur som har belyst underliggende faktorer som kan påvirke pasientens atferd og tiltak som kan bidra til å forebygge den uønskede atferden. Det vil derfor være viktig for sykepleiere å danne forståelse for disse faktorene som påvirker pasientenes atferd slik at de kan kartlegge og forebygge at disse oppstår.

I de presenterte funnene har vi sett at personsentrert omsorg kan være viktig i forebyggingen av agitert atferd. Ved å kartlegge og ha en tilnærming som ivaretar pasientens behov kan sykepleiere forebygge tilbaketrekning og agitasjon ved å implementere individuelle tilpasset tiltak. Smerte kan være en av årsakene til agitert atferd og agitasjonen kan forebygges hvis sykepleiere sikrer at pasienten blir tilstrekkelig smerte-lindret. Dette kan gjøres ved at sykepleiere benytter verktøy som er pålitelige for å avdekke smerter hos pasienter med demens. Musikkterapi kan ha positiv effekt og kan stimulere pasienten til en meningsfylt aktivitet i hverdagen, vekke gode minner og bidra til redusering av stress og uro.

Til slutt vil vi understreke at sykepleiere må se pasienten som en helhet og gi helhetlig omsorg slik at pasientenes behov blir ivaretatt på alle områder. Vi vil anbefale sykepleiere til å videreutdanne seg slik at de kan øke sine kunnskaper om demenssykdom og utfordringer sykdommen medfører. Videre vil vi også oppfordre sykepleiere til å implementere en mer individuell tilnærming i behandlingen og omsorgen av demenspasienter.

## 7.0 Litteraturliste

- Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M. & 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>
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2020). *Sykepleie i hjemmet* (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Brokker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester* (1. utg.). Nasjonalt kompetanse senter for aldring og helse.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2019, 27. november). *Krav til kompetanse*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/krav-til-kompetanse>
- Helsedirektoratet. (2022a, 27. april). *Om demens*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsedirektoratet. (2022b, 14. september). *Legemidler mot atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)*.  
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/legemidler-mot-atferdsmessige-og-psykologiske-symptomer-ved-demens-apsd>
- Heyn, L. (2022). *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (1. utg.). Gyldendal akademisk.
- 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 (Clinical Research Ed.)*, *343*, d4065.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.d4065>
- Kristoffersen, N. J. (2019). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: En historisk reise. I G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (3. utg., s. 15–80). Gyldendal akademisk.

- Kunnskapsbasertpraksis.no. (2021, 17. september). Kunnskapsbasert praksis. Helsebiblioteket.  
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no>
- Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N., Omar, R. Z., Katona, C. & Cooper, C. (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: Systematic review of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 205(6), 436–442. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.141119>
- MeSH. (2022). *MeSH på norsk—Begreper innen medisin og helsefag*. Mesh.uia. <https://mesh.uia.no/>
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2022, 21. desember). *Symptomer og tidlige tegn*. Nasjonalforeningen. <https://nasjonalforeningen.no/demens/symptomer-og-tidlige-tegn/>
- NHI – Norsk Helseinformatikk. (2019). *Ulike demensformer*. NHI.no. <https://nhi.no/sykdommer/eldre/demens/demens-ulike-former/>
- Nordeng, H. & Spigset, O. (2018). *Legemidler og bruken av dem* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. [https://www.nsf.no/etikker-0/yrkesetiske-retningslinjer](https://www.nsf.no/etikker/0/yrkesetiske-retningslinjer)
- Press, D. (2022). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia. I *UpToDate*. [https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?sectionName=Severe%20or%20refractory%20symptoms&search=person%20centred%20care%20AND%20nursing%20care%20AND%20acute%20care%20%20AND%20dementia&topicRef=86250&anchor=H1560970394&source=see\\_link#H1560970394](https://www.uptodate.com/contents/management-of-neuropsychiatric-symptoms-of-dementia?sectionName=Severe%20or%20refractory%20symptoms&search=person%20centred%20care%20AND%20nursing%20care%20AND%20acute%20care%20%20AND%20dementia&topicRef=86250&anchor=H1560970394&source=see_link#H1560970394)
- Ranhoff, A. H. (2021). Forebyggende sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 160–170). Gyldendal akademisk.
- Ridder, H. M. O., Stige, B., Qvale, L. G. & Gold, C. (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: An exploratory randomized controlled trial. *Aging & Mental Health*, 17(6), 667–678. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.790926>
- Rokstad, A. M. (2021). *Se hvem jeg er: Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.). Universitetsforlaget.

- Rokstad, A. M. & Smebye, K. (2020). *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg.). Cappelen damm akademisk.
- Sandvik, R. K. N. M. (2020). Slik vurderer du smerte hos personer med demens. *Sykepleien*, (80594). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80594>
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/atferdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-ved-demens>
- Skovdahl, K. (2021). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 416–438). 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. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-12>
- Thidemann, I. J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleie studenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Torvik, K. & Sandvik, R. K. N. (2021). Smerte. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 397–415). Gyldendal akademisk.
- Vandvik, I. H. (2023, 27. januar). Miljøterapi. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/milj%C3%B8terapi>

## 8.0 Vedlegg:

### 8.1 Vedlegg 1 - Pico-skjema

Tabell 2 - oversikt over pico

<b>P</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>O</b>
Population Patient Problem	Intervention or Exposure	Comparison	Outcome
Dementia, Alzheimer disease, Nursing home  Older adults  Agitated behaviour  Challenging behavioral	Prevent agitation  Behavioral disturbance  Individual music therapy  Stimuli		Reduce behavioral disturbance, Managing agitation, Person centered care, Nursing care

## 8.2 Vedlegg 2 - Søkehistorikk

Tabell 3 - søkehistorikk over søk nr 1-3

Database	Søk nr.	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Tittel på inkluderte artikler i prosjektet.
UpToDaTe	1	Person centered care AND nursing care AND acute care AND Dementia	12 år	50	Press (2022). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia
UpToDaTe	2	Person centered care AND nursing care AND dementia	12 år	50	Ingen artikler inkludert
PubMed	3	S1: Dementia OR Alzheimer Disease S2: disturbing OR challenging behavioral S3: Nursing homes S4: S1 AND S2 AND S3	12 år	95	Ballard et al.,( 2018). Impact of person-centered care training and person-centered activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomized controlled trial

PubMed	3	S1: Dementia OR Alzheimer Disease	12 år	95	Husebo et al, (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioral disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomized clinical trial
		S2: disturbing OR challenging behavioural			
		S3: Nursing homes			
		S4: S1 AND S2 AND S3			

Tabell 4 - søkehistorikk over søk nr 4-7

Database	Søk nr.	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Tittel på inkluderte artikler i prosjektet.
PubMed	4	S1: Dementia OR Alzheimer	12 år	675	Livingston et al (2014). Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomized controlled trials
		S2: Managing agitation OR agitated behavioural			
		S3: Older adults			
		S4: S1 AND S2 AND S3			
CINAHL	5	S1: Dementia	12 år	8	Ingen artikler inkludert.
		S2: Nursing home			
		S3: Managing agitation			
		S4: S1 AND S2 AND S3			
Medline	6	S1: Dementia OR Agitated behavior	12 år	1	Ingen artikler inkludert.



		S2: Stimuli			
		S3: Nursing home			
		S4: S1 AND S2 AND S3			
Medline	7	S1: Dementia	12 år	10	Ingen artikler inkludert.
		S2: Agitated behaviour			
		S3: Music therapy			
		S4: S1 AND S2 AND S3			

Tabell 5 - søkehistorikk over søk nr 8-10

Database	Søke nr.	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Tittel på artikler som er inkludert i prosjektet
Medline	8	S1: Dementia	12 år	9	Ingen artikler inkludert
		S2: Nursing home			
		S3: Music therapy			
		S4: S1 AND S2 AND S3			
Medline	9	S1: Dementia	12 år	738	Ingen artikler inkludert
		S2: Music therapy			
		S3: S1 AND S2			
Medline	10	S1: Individual	12 år	17	Ridder et al, (2013). Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial
		S2: Music therapy			
		S3: Dementia			
		S4: Agitation			

		S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4			
--	--	-----------------------------------	--	--	--

### 8.3 Vedlegg 3 - flytskjema

Figur 1-flytskjema

