



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Emnenavn: Emne 5

Emnekode: SYKHB3001

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr: 55

Antall ord: 7226

Sammendrag

Demens er en sykdom som mange nordmenn har, i Norge er det omtrent 66.000 personer med demens i Norge og det er omlag 250.000 nordmenn som er berørt av sykdommen. Vi har alle hørt om den kommende eldrebølgen og det antas at antall personer med demens kunne dobles i løpet av de neste 30-40 årene til 130.000. Dette vil gi oss som helsepersonell store utfordringer blant annet i hvordan vi kan ivareta et faglig forsvarlig og tilrettelagt tilbud for pasientene. Noe som kjennetegner pasienter med demens er at mange endrer atferd og at mye av atferden kan være utfordrende for pleiere og omgivelsene. Hensikten med oppgaven var å kunne svare på problemstillingen som var hvordan kan vi forebygge at utfordrende atferd oppstår. For å finne svaret ble det brukt litteraturstudie som metode.

Jeg gikk igjennom mange ulike artikler og litteratur som tok for seg både årsaker og behandlingsmetoder av utfordrende atferd. Funnene i artiklene og litteraturen viser at det å forebygge den utfordrende atferden vil avhenge av flere ulike tiltak og behandlingsmetoder. Disse går i hovedtrekk ut på god kunnskap hos personalet, gode miljøtiltak og en gjennomtenkt og god samhandling mellom sykepleier og pasient.

Summery

Dementia is a disease that many norwegians have, in Norway 66.000 persons have the diagnos dementia and 250.000 norwegian is affected by the disease. We have all heard about the emerging oldwave and we assume that the numbers of people with dementia will doble the next 30-40 years to 130.000. This will give us as healthpersonel a great challenge in how we are going to look after that we have a proffesjonel and arranged offer to the patients. One thing that characteristic people with dementia is that they have changes in there behavior and this behavior can be challenging for the nures and the surroundings. The purpose of this assignment was to answer the how we can prevent challenging behavior to acure. To find the answar a literaturestudie was used.

I did go through many different artikles and literature that did have focus on reason and treatment. The findings in the artikles and literature shows that preventing challenging behavior depends on many different things. These was manly god knowledge in the staff, god inviormentefforts and a god communication between the nurs and the patient.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema	4
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	5
1.3 Avgrensing av problemstillingen	5
2. Teoretisk perspektiv.....	6
2.1 Demens	6
2.2 Utfordrende atferd hos demente	7
2.3 Forebygging.....	8
2.4 Joyce Travelbee.....	9
2.4.1 Etablering av et menneske til menneske forhold	10
2.4.2 Kommunikasjon	12
3. Metode.....	12
3.1 Hva er metode	12
3.2 Litteraturstudier	13
3.3 Litteratursøk.....	13
3.4 Kildekritikk.....	14
4. Tidligere forskning og studier	15
5. Diskusjon	17
5.1Hva er årsaken til utfordrende atferd?	17
5.3 Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd.	19
6. Avslutning Litteraturliste.....	24
Litteraturliste	25

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Demens er en sykdom som rammer og berører mange nordmenn, i følge st.meld.nr.25 (2005-2006) er det omtrent 66.000 personer med demens i Norge og det er omlag 250.000 nordmenn som er berørt av sykdommen. Vi har alle hørt om den kommende eldrebølgen og i følge st. meld.nr.25 (2005-2006) vil antall personer med demens kunne dobles i løpet av de neste 30-40 årene til 130.000. Dette vil gi oss som helsepersonell store utfordringer blant annet i hvordan vi kan ivareta et faglig forsvarlig og tilrettelagt tilbud for pasientene.

Demente pasienter med utfordrende adferd kan være en ekstra stor utfordring i avdelingene. Jeg har selv jobbet snart i fire år på en dement avdeling og har opplevd og sett at dette kan være svært utfordrende og til tider krevende. Jeg har også sett at mange av personalet mangler kunnskap om slik problematikk og selv etterspør mer kunnskap. Når jeg leser i rapporten "Glemsk, men ikke glemt" (2007) fra Sosial- og Helsedirektoratet står det at det er stor variasjon i hvordan helsepersonell møter og håndterer møter med pasienter med utfordrende atferd, og at årsaken til dette er en kombinasjon av flere faktorer som blant annet kunnskap og holdninger blant personalet.

Utfordrende atferd er ofte årsaken til at pasienter blir innlagt på sykehjem, ofte grunnet at belastningen blir for stor for pårørende. Atferdsendringene er også utfordrende for personalet og gir en økt pleiekostnad (Rokstad, 2008). I denne oppgaven håper jeg å kunne belyse hvordan vi som sykepleiere kan være med å forebygge at utfordrende atferden hos demente oppstår. Jeg har planer om å jobbe i demens omsorgen når jeg er ferdig utdannet sykepleier og tenker at det å ha kunnskap om hvordan håndtere pasienter med utfordrende atferd vil være til stor hjelp i arbeidet med demente. Ved å ha kunnskap om dette temaet vil jeg kunne være med å få til en god praksis på avdelingen slik at vi bedre kan møte den kommende eldrebølgen og de utfordringene som vil følge med den.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd hos pasienter med demens?

1.3 Avgrensning av problemstillingen

Jeg har valgt å skrive om demente og deres atferdsendringer, med et fokus på det som blir kalt utfordrende atferd. Jeg har valgt å ha et hovedfokus på pasienter med Alzheimer men, nevner også noen andre typer av demens. Jeg har begrenset oppgaven mer ved å konsentrere meg kun om pasienter som bor på sykehjem, og har på den måten utelatt demente som bor hjemme eller i omsorgsbolig.

Jeg har brukt begrepet forebygging i problemstillingen og vil fokusere på dette med tertiærforebygging. Jeg kommer ikke til å konsentrere meg om den medikamentelle behandlingen men ha et hovedfokus på dette med miljøtiltak, samhandling og interaksjoner. I oppgaven brukes begrepet pasient i stede for brukere, beboere, klienter eller lignende, grunnen til dette er at det er det begrepet som blir brukt mye i litteraturen og er det begrepet jeg føler meg kommer mest naturlig. Jeg har valgt å begrense oppgavene enda mer ved at jeg har utelatt de psykiske symptomer og tiltak rettet mot disse. I drøftingen har jeg tatt med årsaken til at den utfordrende atferden oppstår, grunnen til dette er at det er en viktig del for å kunne klare å forebygge atferden. Begrepene Alzheimer og demens kommer til å bli brukt begge to. I denne oppgaven fokuserer det ikke på medikamentell behandling.

2. Teoretisk perspektiv

2.1 Demens

Engedal og Haugen beskriver demens hos eldre på denne måten:

”Demens er en ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenking og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til en sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk, kan ikke kureres og forverre seg ofte over tid” (Engedal og Haugen, 2009).

Demens er et samlebegrep for ulike hjerneorganiske sykdommer der det skjer en rekke strukturelle og hjerneorganiske forandringer. Det som kjennetegner demens er at det er en nonreversibel sykdom som ikke kan kureres og utvikler seg over tid. Det som avgjør hvordan symptombilde utvikler seg er hvilken sykdom som ligger bak, hos enkelte utvikler sykdommen seg raskt mens andre kan leve med sykdommen i over 20 år. Vi kan dele demens inn i tre ulike grupper degenerative demenssykdommer, vaskulær demens og sekundær demens (Berentsen, 2008). Alzheimer er den mest utbredte og vanligste formen for demens og hører til i gruppen degenerative demenssykdommer. Ved Alzheimer oppstår det en rekke ulike symptomer, hovedgruppene er kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer. Under gruppen kognitive symptomer kommer redusert oppmerksomhet, problemer med læring, hukommelse og språklige problemer. Med motoriske symptomer menes det at evnen til å koordinere bevegelser kan svikte, noen får balanse svikt og svikt i evnen til å beregne avstander og samordne muskulaturen til teknisk vanskelige bevegelser (Rokstad, 2008).

De atferdsmessige symptomer hos pasienter med Alzheimer omtales ofte som, atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD). De vanligste psykiske endringene som kan oppstå er vrangforestillinger, paronia, hallusinasjoner, depresjon, søvnløshet, angst og ustabil humør. (Engedal og Haugen, 2009). Det som blir kalla atferdsforstyrrelser er symptomer som fysisk aggresjon, irritabilitet, vandring, rastløshet, uro, roping, gråting,

banning, repeterende handlinger med mer. Når vi ser på symptomtilde til en dement vil vi kunne se store individuelle forskjeller, dette skyldes hva sykdom pasienten har, hvor i forløpet pasienten er og personlige trekk (Rokstad, 2008).

2.2 Utfordrende atferd hos demente

For å bedre kunne forstå hva utfordrende atferd er, må vi ha en forståelse hva begrepet atferd innebærer. Atferd er hvordan vi som mennesker til en hver tid er og oppfører oss. Vår atferd blir påvirket av både ytre og indre stimuli, atferd vil derfor ikke være konstant med forandre seg etter de ulike stimuliene. Vi kan se på atferd som en kommunikasjonsform, med vår atferd kan vi kommuniserer både negative og positive følelser, reaksjoner og opplevelse (Kjelberg, 2002). Utfordrende atferd er et samlebegrep for de psykiatriske-og atferdsmessige symptomene som oppstår hos pasienter med demens (APSD). Engedal (2008) definerer utfordrende atferd på denne måten:

”Et uønsket handlingsmønster som ikke kan forklares ut fra demenssykdommens forløp, men som er et resultat av den dementes forståelse eller manglende forståelse av sine omgivelser og samhandling med omgivelsene som springer ut fra den forståelsen/manglende forståelsen som finnes” (Engedal, 2008, s.235).

For å forklare de atferdsendringene som oppstår hos pasienter med demens er det brukt og blir brukt mange ulike begreper som vanskelig atferd, aggressiv atferd, negativ atferd, problem atferd og voldelig atferd. Det er kommet en del kritikk mot å bruke slike begreper. Grunnen til dette er at begrepene har et negativt fokus og ved å bruke slike begreper vil årsaken til atferden ofte bli plassert hos pasienten. Ved å bruke begrepet utfordrende atferd fokuserer vi på at de atferdsendringene som observeres ikke blir betraktet som avvikende eller unormale, men er snarere forståelige reaksjoner på omgivelsene og den nye livssituasjonen (Rokstad, 2008). Som nevnt blir atferdsendringene som oppstår beskrevet som APSD, symptomene blir delt inn i to undergrupper: psykiatriske symptom og atferdsmessige symptom. Jeg vil kun nevne de atferdsmessige symptomene som kan oppstå.

De vanligste atferdsmessige symptomene som kan bli definert som utfordrende er:

Agitert atferd kan være fysisk som rastløshet, vandring, gjentatt av- og påkledning eller mer aggressiv som, klyping, slåing, dytting eller biting. Agitert atferd kan også være av verbal karakter som klaging, gjentatte setninger og negativisme, eller mer aggressivt som hyling, sinneutbrudd og kjefting (Engedal og Haugen, 2009).

Vandring er også nokså vanlig og i enkelte undersøkelser er forekomsten helt oppi 50 %. Vandring kan være ganske utfordrende og kan gi pleierne en ganske stor belastning (Engedal og Haugen, 2009).

Døgnrytmeforstyrrelser Mange pasienter med demens vil etter en stund forandre døgnrytmen, og vil kunne få problemer med innsovning om kvelden og oppvåkning midt på natten. Det er også ikke uvanlig at demente pasienter har en økt uro utover ettermiddagen, dette kalles sundowning (Engedal og Haugen, 2009).

2.3 Forebygging

Som sykepleier har vi ulike funksjoner og en av disse funksjonene er den helsefremmende og forebyggende funksjonen (Kristoffersen, 2005). Begrepet forebygging er et begrep som er mye brukt i helsesektoren. Begrepet har sin bakgrunn allerede så tidlig som tilbake til opplysningstiden. Da fant man ut at sykdom ikke var guds vilje, men skyldts omstendigheter som kunne endres. Forebygging har ulike aspekter og vi kan dele de inn i tre hovedgrupper primær, sekundær og tertiær forbygging (Mæland, 2005). Hvilken gruppe det forebyggende arbeidet kommer inn under blir avgjort av når i problemutviklingsprosess innsatsen settes inn, og i hvilken målgruppe og problemet kan identifiseres (Mikkelsen, 2005).

Målsettingen for primærforebygging er å utsette eller forhindre et sykdomsforløp, sekundærforebygging unngå at sykdommen videre utvikler seg eller tertiærforebygging som går ut på å minske følgende som sykdommen får for funksjon og livskvalitet (Mæland, 2005). Å forebygge utfordrende atferd kan vi si hovedsakelig handler om tertiærforebygging. Pasienten har allerede fått en sykdom og har i aukende grad ulike symptomer på sykdommen, mange av symptomene kommer til uttrykk gjennom den utfordrende atferden. Vi kan ikke stoppe eller reversere sykdommen men det vi kan gjøre er å sette i gang forebyggende tiltak for å begrense de negative konsekvensene av sykdommen. Vi kan på en måte si at tertiær forebygging ligger nær til eller overlapper det vi kan kalle symptomatisk behandling (Ranhoff, 2008).

2.4 Joyce Travelbee

Joyce Travelbee er født i New Orleans i 1926, hun arbeidet som psykiatrisk sykepleier og dette har nok farget mye av hennes teori(Kristoffersen, 2005). Teorien hennes bygger hovedsaklig på de mellommenneskelige aspektene ved sykepleie og teorien er en interaksjonsteori. Selv definerer hun sykepleier på denne måten:

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene”(Travelbee, 1999 s.29).

Hun mener at for å kunne forstå hva sykepleie er må vi forstå hva som forgår i møte mellom pasienten og sykepleieren, og hvilken betydning dette har for pasienten. Skal vi oppnå våre mål og hensikter må det opprettes et menneske til menneske forhold der sykepleier og pasient er likeverdige personer. Et slikt menneske til menneske forhold blir til gjennom sykepleierens aktiviteter og funksjoner. Travelbee har som en grunnantakelse at hvert enkelt menneske er et unikt individ ulik alle andre. Hun sier at vanligvis har det vært en forståelse av at

menneskenaturen er lik rundt i hele verden, og at mennesker har de samme grunnleggende behov og derfor er mennesker mer like enn ulike hverandre. Dette mener hun har ført til at det antas at alle skal være like mens dette ikke trenger å stemme. Ved at vi tenker at mennesker er mer ulike enn like, vil vi kunne unngå den feilen å vurdere andre ut i fra hva en selv ville gjort i gitte situasjoner (Travelbee, 1999).

Noe Travelbee også snakker en del om er å bruke seg selv terapeutisk. Det å kunne bruke seg selv terapeutisk er et av kjennetegnene ved en profesjonell sykepleier mener hun. Hvis sykepleieren bruker sin personlighet på en bevisst og hensiktsmessig måte i samhandlingen med pasienten vil dette kunne fremme en forandring hos pasienten. Denne forandringen er terapeutisk visst den bidrar til å redusere eller lindre plagene som pasienten har (Travelbee, 1999).

2.4.1 Etablering av et menneske til menneske forhold

Et menneske til menneske forhold oppstår ikke av seg selv men bygges opp dag for dag mens sykepleieren samhandler med den som er syk. Dette gjør at vi som sykepleier må vite hva vi gjør, tenker, føler og erfarer. Hun mener dette forholdet utvikler seg gjennom flere stadier: innledende møte, framvekst av identiteter, empati og sympati. Disse fire stadiene vil til slutt ende i en gjensidig forståelse og kontakt.

Det innledende møte preges av at sykepleieren og pasienten ikke kjenner hverandre. Ved dette møte vil sykepleieren se på den syke som en pasient mens pasienten vil se på sykepleieren som "en sykepleier". På denne måten vil man sjelden se hverandre som individer, og vil i stor grad basere seg på stereotype forestillinger (Travelbee, 1999). Både sykepleieren og pasienten vil få et førsteinntrykk av den andre, dette inntrykket vil være basert på observasjoner av den andres væremåte, handlinger og språk (Kristoffersen, 2005). Dette førsteinntrykket vil kunne bli justert etter hvert som sykepleieren og pasienten blir kjent med hverandre men kan også bli stående uendret. Enkelte mennesker sier at det førsteinntrykket de får alltid stemmer. Men det som kan skje er at man opptrer og reagerer overfor den andre

på en slik måte at man fremkaller den atferden som gjør at påstanden blir bekreftet (Travelbee, 1999).

Fremvekst av identiteter er den neste fasen som man må gå gjennom for å kunne utvikle menneske til menneske forhold. I denne fasen vil man rette tanker og følelser mot den andre og man vil motta inntrykk av den andres personlighet. På denne måten vil man mer og mer se hverandre som individer og ikke som kategorier. Som sykepleiere vil vi begynne å fange opp hvordan pasienten som individ føler, tenker og oppfatter situasjonen. Pasienten vil også se på sykepleieren mer som et individ særegent fra alle andre sykepleiere (Travelbee, 1999).

I empatifasen skjer det en prosess der den enkelte blir i stand til å se forbi ytre atferd og vil merke og se den andres indre opplevelse. Man vil nesten umiddelbart være i stand til å fatte betydningen av hva den andre tenker og føler der og da. Empati kan forklares ved at man forstår den andre sine ubehag, hva som er årsaken og forutsi hva slags atferd det vil kunne resultere i (Travelbee, 1999).

Sympati og medfølelsesfasen springer ut i fra empatifasen. Mens en empatisk person vil forstå den andre vil den sympatiske personen ikke kun forstå den andre, men vil også føle den andres sitt ubehag og vil aktivt gjøre noe for å hjelpe. Når vi som sykepleier føler med pasienten vil vi kommunisere at vi bryr oss. Dette gjør vi ofte verbalt men vi vil også gjøre dette non-verbalt, gjennom ansiktsuttrykk, blick, bevegelser eller hvordan vi utfører våre oppgaver (Travelbee, 1999).

Den siste fasen er et resultat av interaksjonen i de tidligere fasene. I denne fasen har pasienten og sykepleieren en nær og gjensidig forståelse. For at vi skal kunne nå dette nivået krever det at sykepleieren har et ønske, en kunnskap og ferdigheter til å kunne hjelpe pasienten. Og til slutt faktisk hjelper pasienten (Travelbee, 1999)

2.4.2 Kommunikasjon

Et av de viktigste verktøyene for å kunne etablere et menneske til menneskeforhold vil være kommunikasjon. Travelbee sier at i et hvert møte mellom sykepleier og en pasient vil det foregå en form for kommunikasjon, både når de har samtaler, men også når de er tause. Dette vil si at det er ikke kun gjennom ord – skriftlig eller muntlig man kan kommunisere, men også non-verbalt. Man kan kommunisere non-verbalt gjennom gråt, latter, kroppsbevegelser, bilder, musikk og ansiktsuttrykk. Som sykepleieren må vi kunne forstå hva den syke kommuniserer og mener, aktivt bruke dette i planleggingen av sykepleieintervensjonene. Travelbee beskriver en rekke kommunikasjonsferdigheter og teknikker som vi som sykepleier kan bruke i vårt arbeid. Disse teknikkene kan være til stor hjelp for at vi skal kunne oppnå våre mål (Travelbee, 1999).

3. Metode

3.1 Hva er metode

Når vi driver med forskning og undersøkelser vil metode fungere som redskapet vårt for å samle inn data (Dalland, 2007). Metoden vil hjelpe oss til å systematisere all informasjonen slik at vi enklere kan bruke den i forskningen eller som i vårt tilfelle bacheloroppgaven. Det finnes hovedsakelig to metoder å samle data på, det er kvantitative og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden er en metode som har som mål å skaffe oss målbar data slik at vi kan sette opp statistikker og lignende. Mens den kvalitative metoden tar mer sikte på å skaffe informasjon som ikke så enkelt kan måles som meninger og tanker, på en annen måte kan vi si at den kvantitative metoden skaffer oss de ”harde” fakta mens den kvalitative metoden skaffer oss de ”myke” fakta (Dalland, 2007). I denne oppgaven skal jeg bruke både kvantitative og kvalitative artikler for å besvare problemstillingen.

3.2 Litteraturstudier

I denne oppgaven skal jeg bruke litteraturstudie som metode, hovedgrunnen til det er at det er satt som et av kravene for oppgaven. Mulrow og Oxman definerer systematisk litteraturstudie på denne måten, er en metode som tar utgangspunkt i en tydelig formulert problemstilling som besvares systematisk ved å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning (sitert i Forsberg og Wengstrøm, 2008, s.31). Metoden tar utgangspunkt i allerede eksisterende forskning og litteratur. Når vi gjennomfører én litteraturstudie går vi systematisk og kritisk igjennom litteraturen innen for den valgte problemstillingen. For å kunne gjennomføre én systematisk litteraturstudie er det nødvendig at det finnes nok god forskning på området siden dette er grunnlaget for hele oppgaven. Det finnes ingen regler om hvor mange artikler som skal være med i en litteraturstudie, men en god regel er å inkludere så mange relevante artikler som mulig (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.3 Litteratursøk

Jeg har brukt ? artikler i min oppgave disse ble valgt ut etter at jeg hadde søkt gjennom ulike databaser og nettsider. Jeg bestemte meg i forveien å bruke hovedsakelig databasene ProQuest, Academic Search Premier og BIBSYS for det er disse jeg best erfaring med og er vant med å bruke. Før jeg begynte å søke hadde jeg som en hovedregel at artiklene og faglitteraturen ikke burde være eldre enn 10 år.

I ProQuest hadde jeg flere ulike søk. Jeg begynte å søke med ordet dementia og fikk da opp 17250 funn. Dette ble et alt for stort antall artikler å kunne håndtere. Derfor valgte jeg å kutte ned på antall artikler ved å kun søke i vitenskaplige tidsskrift og artikler som låg ute i full tekst. Dette gjorde at jeg fikk redusert antall artikler ned til 9496. For å begrense søket enda mer brukte jeg ord som agitated 37 treff, aggressive 66 treff og challenging behavior 28 treff.

I Academic Search Premier søkte jeg direkte på full tekstartikler i vitenskaplige tidsskrift. Jeg begynte også rett på å bruke søkeordene dementia med ordene agitated 50 treff, aggressive 105 treff og challenging behavior 36 treff. Dette var en ganske stor mengde med artikler og

studier men til slutt satt jeg med rundt 15 artikler som jeg valgte å se nærmere på. Etter å ha sett nærmere på artiklene satt jeg igjen 7 med artikler som er blitt brukt i oppgaven.

Jeg søkte også i biblioteket sin database BIBSYS det var der eg fant faglitteraturen med bruk av søkeordene atferd, vanskelig atferd, utfordrende atferd, demens og sammen med pensum litteratur fant jeg 10 bøker som ble brukt i oppgaven. I tillegg har jeg brukt en artikkel fra sykepleien og en stortingsmelding.

3.4 Kildekritikk

All litteratur som er blitt brukt i denne oppgaven er ikke noe eldre enn 10 år gammel. Eneste unntaket er Travelbee sin som jeg mener er like aktuell i dag som når hun skrev den. Jeg mener at den litteraturen jeg har brukt er relevant for min oppgave og har hjelp meg til å svar på problemstillingen på en god måte. Når jeg har søkt etter litteratur har eg brukt kjente søkebasen som ProQuest og Academic Search Premier og begrenset søket til vitenskaplige tidsskrift og alle artiklene som er brukt i denne oppgaven er utgitt i enten et nasjonalt eller internasjonalt tidsskrift og det gjør at jeg føler meg sikker på at det er referee bedømte og at det er tatt etiske hensyn.

Når det kommer til bøkene har jeg brukt er flere av pensumbøker. Når det gjelder bøker uten om pensum er forfatteren Knut Engedal brukt en god del i oppgaven. Han er spesialist i psykiatri og har en bred erfaring i geriatri og allmenntidmedisin. Han har blant annet vært professor i psykogeriatriske seksjonlege ved hukommelseklinikk ved Ullevål universitetssykehus. Fra 2007 har han vært fag og forskning sjef ved Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Dette gjør at jeg er sikker på at hans bøker er faglig gode bøker. Dette gjelder også de andre bøkene som er brukt, de som har skrevet bøkene har lang erfaring fra å jobbe med demente og problemstillingen rundt.

4. Tidligere forskning og studier

Garland, Beer, Eppingstall og O`Conner (2007) ville i sin forskning sammenligne effektiviteten av to ulike behandlingsmetoder av utfordrende atferd, simulert familie tilstedeværelse og foretrukket musikk. De fant ut at begge metodene hadde en betydelig effekt men at simulert familie tilstedeværelse var det som hadde størst effekt.

Løvheim, Sandman, Karlson, Gustafson (2008) så i sin studie på sammenhengen mellom APSD og pasientenes grad av kognitiv svikt. Det viste seg at det var høgest forekomst av APSD i midt stadiet av sykdommen, med unntak av passivitet som øket nesten linært ved alvorlighetsgraden av den kognitivesvikten.

Opie, Doyle, O`Conner (2002) sin undersøkelse gikk ut på å finne ut hvilken effekt individuelt tilpassede psykososiale, sykepleier og medisinske tiltak hadde på frekvensen og alvorlighetsgraden av APSD. Det ble fokusert på intraksjoner mellom pleier og pasient, kunnskap om demente og deres atferd og planlegging og metode rundt stell og toalettbesøk. Det ble fokusert en god del på dette med kommunikasjon, og pleiernes reaksjoner på irritasjon og aggresjon. Det ble også fokusert på psykososiale tiltak som sansestimulering, sosiale intraksjoner og miljøforandringer. Det viste seg at en kombinasjon av de tre ulike gruppene med tiltak hadde god effekt på APSD.

Cohen-Mansfield J (2001) tok opp i sin studie effekten av ikke medikamentelle intervensjoner på utfordrende atferd hos pasienter med demens. De studiene som ble brukt som grunnlag tok for seg utfordrende atferd som helhet og så ikke på de enkelte

undergruppene. I 91 % av studiene ble det rapportert en reduksjon av utfordrende atferd. Tiltak som viste seg å være effektive var blant annet tiltak som bruk av musikk, bruk av simulerte interaksjon, kompetanseheving blant personalet og bruk av behavioristiske forskningsmetoder. For å oppnå den beste effekten burde det gjøres individuelle tilpassinger.

De Young, Just og Harrison (2002) sin studie skulle vurdere effekten av et atferdstyringsprogram for personer med demens på en skjermet avdeling. De gikk ut ifra to ulike hypoteser, den første var at de som deltok i programmet skulle redusere det totale antallet av utfordrende atferd den andre var at de skulle redusere frekvensen av utfordrende atferd. Begge hypotesene stemte med noen variasjoner mellom de ulike atferder. Grunnen til denne gode effekten mente de kom av ulike tiltak som ble iverksatt disse var tiltak som skjerming, kunnskap om pasienten som enkelt individ, hvordan personalet oppførte seg rundt de demente og fleksibilitet. Det ble også satt inn en god del miljømessige tiltak.

Egan, Munroe, Hubert og Rositter (2007) Gjennomførte en studie der de skulle finne effekten av livshistorie på både pasient og pleiepersonalet. Ved at personalet hadde kunnskap om pasientens livshistorie ble den utfordrende atferden redusert hos enkelte av de som var med i studien.

Whall, Colling, Kolanowski, Kim (2008) Gjennomførte en studie der de ville forklare aggressiv atferd hos demente pasienter på sykehjem. De endte opp med at den situasjonen der det oftest oppsto aggressiv atferd var i stell og badesituasjoner. Det var denne situasjonen som de såg nærmere på og som ble presentert i artikkelen. Hovedfunnet var at de fant fire faktorer som hadde en stor betydning på den aggressive atferden. Disse var kjønn, mental status, kjent historie med aggressiv atferd og lite søvn om nettene.

5. Diskusjon

5.1 Hva er årsaken til utfordrende atferd?

Grunnen til at den demente har utfordrende atferd vil være sammensatt av mange ulike faktorer. Det skjer en rekke hjerneorganiske forandringer hos den demente pasienten som vil kunne ha betydning for pasientens atferd. Pasienten vil kunne få forandringer i signalsubstanser som acetylkolin, serotonin og glutamat. Disse forandringene kan være årsaken til atferd som hallusinasjoner, vrangforestillinger, agitasjon, rastløshet og depresjon.

Hos den demente skjer det også en del strukturelle forandringer jf punkt 2.1. Det er endringer i panne- og tinningslappen som hovedsakelig er de endringene som vi forbinner med atferd endringer, disse endringene oppstår hovedsakelig hos pasienter med frontotemporallapsdemens og er ikke så aktuelle hos pasienter med Alzheimer. Det blir også diskutert om forandringer i andre deler av hjernen også kan påvirke atferden, men det er ikke blitt konkludert med noe endelig (Engedal og Haugen, 2009). Hvor alvorlig de hjerneorganiske forandringene er hos pasienten, vil nok også kunne være med å avgjøre hvor høg forekomsten av utfordrende atferd er. Dette var noe Løvheim, Sandmann, Karlson og Gustafson (2008) fant ut i sin studie. De fant ut at det var en sammenheng mellom pasientens kognitive svikt og forekomsten av APSD. Det som kom frem i studien var at forekomsten av APSD forandret seg etter hvor alvorlig den kognitive svikten var. Forekomsten av APSD var på det høyeste ved midt stadiet av sykdommen. Grunnen til dette tenker jeg skyldes at i midt stadiet vil pasienten få med seg og oppfatte at det skjer noe rundt hun/han, men vil ha en så alvorlig kognitivsvikt at hun/han ikke oppfatter hva som nøyaktig skjer. Samtidig vil pasienten fortsatt i midtstadiet av sykdommen kunne ha flere av sine motoriske funksjoner godt inntakt og dette kan også gjøre at den utfordrende atferden blir mer synelig.

Som nevnt tidligere er det ofte vanlig å tenke atferds endringer hos den demente som kun en direkte årsak av de hjerneorganiske forandringene som forekommer, på den måten setter man

årsaken til atferden kun hos den demente jf punkt 2.2. Men som det kommer frem i Engedals (2008) definisjon av utfordrende atferd, må vi se mye bredere. Vi må også se på miljøet og de psykososiale faktorene, hvor og når er det egentlige den utfordrende atferden oppstår? Jeg har jobbet ved en avdeling for pasienter med demens i snart fire år, min erfaring er at utfordrende atferd ofte oppstår i samhandling med den pasienten. Den situasjonen som ofte blir forbundet med utfordrende atferd er stell og badesituasjoner, jeg tør påstå at det er svært få som jobber med demente som ikke har opplevd utfordringer i slike situasjoner. Dette er noe som ble bekreftet i en studie gjennomført av Whall, Colling, Koanowski og Kim et.al (2008) der de hadde et mål om tydeligere kunne forklare den aggressive atferd hos pasientene. De gjennomførte en undersøkelse der de filmet seks ulike situasjoner fire situasjoner med direkte kontakt mellom pleier og pasient og to situasjoner med ikke direkte kontakt. Det som viste seg var at av de 6 situasjonene som de undersøkte var bading den som hadde høyest forekomst av aggressiv atferd. Jeg tar utgangspunktet i en slik situasjon for å bedre kunne forklare og forstå hva som utløser utfordrende atferd.

Vi kan ta et eksempel som kunne vært hentet fra et hvilket som helst sykehjem. Ola er en ungkar som har levd alene hele livet og klart seg selv. Det som han forbinder med å vaske seg er en vaskekluten, litt såpe. En tidlig morgen kommer en person som han ikke kjenner igjen inn på rommet og sier nå skal du få vaske og stelle deg. Han er nå usikker og lurert på hvem denne personen er og hva personer vil, han gir også uttrykk for at han er noe usikker men blir med på badet allikevel. Når han kommer på badet blir han satt på et kaldt toalett og før han klarer å tenke seg om har den ukjente personen begynt å kle av han nattklærne, Ola begynner å prøve å hindre at den fremmede kler av han og begynner reise seg men den fremmede gir seg ikke, det ender med Ola ikke ser noe annet valg enn å slå til den fremmede for å redde seg selv. Personalet begynner å definere Ola som vanskelig og voldelig. Situasjoner som dette gjentar seg også ved senere anledninger.

Engedal og Haugen (2009) skriver at den hyppigste årsaken til at personer blir aggressive, gjør motstand eller blir truende er nok at personen ikke forstår hva som skjer under samhandlingen. Grunnet den kognitive svikten forstår ikke Ola at pleieren ikke vil han noe vondt og han reagerer med å forsvare seg. I tillegg vil eldre pasienter med Alzheimer kunne ha både svekket syn og hørsel som vil gjøre samhandlingen enda vanskeligere. Samtidig skriver Engedal og Haugen (2008) at omgivelsene også vil kunne være en av de utløsende

faktorene på den utfordrende atferden. Når Ola kommer inn på badet kan det godt tenkes at de forholdene han møter ikke minner han om noe bad og det gjør at det blir enda vanskeligere å forstå situasjonen. Personalet har definert Ola som en vanskelig og til tider voldelig pasient. Akkurat dette er noe jeg har opplevd en del ganger den tiden jeg har vært ute i ulike praksiser at en pasient får et stempel som vanskelig, voldelig etc. Man kan si at dette er noe Travelbee (1999) også nevner i sin teori, hun snakker om at man i det innledende møte skaper seg et førsteinntrykk av pasienten og at noen mener at dette alltid stemmer. Det jeg tenker i Ola's tilfellet er at visst vi skaper oss en mening blant personalet at han er vanskelig og voldelig vil vi i møte med han kunne fremstå som defensiv og at vi er på vakt. Dette vil da Ola kunne merke og han vil kunne reagere negativt, og vi får rett i vår påstand at han er vanskelig og voldelig.

Erfaringmessig skal det ikke mye uro og forandringer før pasienten blir utrolig, rastløs eller aggressiv. Jeg har selv erfart at enkelte pasienter kan få vite at noen i nær familie er døde og reagerer voldsomt på dette, senere på dagen vil pasientene fortsatt være urolige. Men visst du spør hva grunnen er til dette vil pasienten kanskje ikke kunne svare, pasienten klarer ikke å huske at noen er død men kjenner at noe ikke stemmer. Dette vil kunne skape indre kaos som resulterert som vil kunne påvirke atferden og pasienten vil kunne bli urolig og muligens aggressiv. Et annet tilfelle som jeg har erfart mange ganger mens jeg har jobbet med demente er dette med hvordan uro og forandringer i miljøet påvirker den dementes atferd. Visst det er mye trafikk inn og ut av avdelingene, mange som kommer på besøk, tv som står på eller annen støy vil dette kunne utløse atferd som vandring, aggressivitet og at pasientene begynner å snakke om å ville reise hjem. Alle disse tilfellene sier Engedal og Haugen (2009) kan ha en sammenheng med at pasientene har en redusert mestringssevne. Pasientene havner i situasjoner som de ikke forstår og av den grunn vett de ikke heller ikke hvordan de skal mestre situasjonen. Dette utløser noe vi kan kaller en katastrofe reaksjon som igjen fører til den utfordrende atferden, som blir pasientens måte å mestre situasjonene på.

5.3 Hvordan kan vi som sykepleiere forebygge utfordrende atferd.

Vi ser at det er mange årsaker til at den utfordrende atferden oppstår og det kan gi store konsekvenser for både pasienten og omgivelsene. Så hvordan kan vi som sykepleiere håndtere og forebygge denne atferden.

Det at det oppstår hjerneorganiske forandringer hos pasienten er det ikke mye vi som sykepleiere kan gjøre noe med. Det som vi som sykepleiere kan gjøre noe med og som kan bli sentralt i det å forebygge den utfordrende atferden er at vi i samarbeid med legen gjøre en god kartlegging av graden av den kognitive svikten og hvilken spesifikk demens sykdom den demente har. Hovedsakelig vil diagnosering være legen sitt ansvar men som sykepleiere vil vi ofte få ansvar for å vurdere pasientenes mentale status og vil måtte ta tester som MMS(Mini Mental Status)og klokketesten. Dette er enkle tester som vil kunne gi oss en ide hvor alvorlig demens sykdommen er. Vi har sett at både demens type og grad av kognitiv svikt vil kunne ha en direkte sammenheng med både type og frekvens av utfordrende atferd. Ved at vi har god og tilstrekkelig kunnskap om hvilken spesifikk sykdom pasienten har og hvor alvorlig den kognitive svikten er, vil vi være forberedt og ha en mulighet til å sette inn mer målrettede tiltak tilpasset til den enkelte pasient. Denne kartleggingen vil også påvirke hvordan vi møter og håndtere den enkelte pasient. Engedal og Haugen (2009, side 309-310) refererer i sin bok psykologen Bo Hagberg som identifiserte tre ulike tilnærings måter for behandling av den demente. Disse tar utgangspunktet i hvilken demenstype pasienten har. For pasienter med vaskulær demens vil det være viktig med motivering til aktivitet, trening og støtte av selvpåfatning. For pasienter med Alzheimer vil det være viktig med en empatisk tilnærming, og at en tar alt rolig og forklarer situasjoner og holdninger. Mens for personer med frontotemporalldemens vil det kreves en tilnærming preget av at sykepleieren er varm men bestemt og hvor det blir lagt vekk på grensesetting og skjerming.

Vi har også sett at miljøet i avdelingen vil være med å kunne påvirke og til tider være årsaken til den utfordrende atferden. Pasienter vil ofte være vare for forandringer og uro i avdelingen og i miljøet rundt dem. De har i de siste årene blitt fokusert en god del på dette med miljøterapi/miljøtiltak og vi kan nevne begreper som validering, minnearbeid, sansehager, musikk, aktiviteter etc. Engedal og Haugen (2009) sier at hovedmålet ved miljøtiltak er å redusere negative følger av sykdommen, og bidra til bedre kvalitet i hverdagen for den demente. I dette tilfellet vil det å redusere den utfordrende atferden være hovedgrunne for

miljøtiltakene og så klart vil man på den måten også oppnå bedre livskvalitet for pasienten. Her har vi som sykepleiere et ganske stort ansvar for at miljøet ikke blir en utløsende faktor for den utfordrende atferden. Etter å ha lest gjennom mye av litteraturen og tidligere forskning kan vi se at det er mange miljørettede tiltak som kan brukes for å forebygge utfordrende atferd, jeg vil gå raskt gjennom noen av de her.

Når jeg begynte å jobbe på dement avdeling ble jeg fortalt at det var viktig at det var rolig på avdelingen slik at pasientene ikke ble urolige, jeg husker jeg var litt redd for gjør for mye som kunne skape uro. Som ufaglært og uten noen kunnskaper tenkte jeg automatisk at det var viktig at de demente var rolige og at vi som jobbet der også var rolige. Dette kan man av og til få et inntrykk av at noen av personalet også tenker, slik at når det demente sitter helt i ro og sover har det vært ei god vakt. Dette er noe jeg tenkt en del på har jo funnet ut at det er ikke det at det skjer ting på avdelingen som er problemet men hva som foregår. Blant annet har de i media den siste tiden har det vært noen reportasjer om dette med bruk av fjernsyn på sykehjem og dementavdelinger. Blant annet kan vi lese i sykepleien i en reportasje skrevet av Rasmussen (2009) at det er stor forskjell på hvordan man bruker fjernsyn i avdelingen. Visst man slå på fjernsynet uten noen tanke om hva som sendes og hvordan det påvirker pasientene vil fjernsyn kunne ha en veldig negativ effekt på atferden til pasienten. Derimot visst man tenker gjennom og bruker fjernsyn bevist kan det ha en positiv effekt på mange måter. Men det som jeg ble fortalt om at det bør være rolig på avdelingen er jo ikke helt usant. De Young, Just, Harrison (2002) nevnte flere tiltak for å redusere den utfordrende atferden og et var å begrense den unødvendige gjennomgangstrafikken i avdelingen. Grunnen til dette er nok den samme som med bruk av fjernsyn, at så lenge det ikke er en tanke bak handlinger og aktiviteter vil det kunne være med å utløse utfordrende atferd.

Noe som blir mer og mer fokusert på er dette med bruk av musikk i behandlingen av de demente, flere sykehjem har prosjekter der de prøver ut musikk i behandlingen. Cohen-Mansfield (2001), Opie, Doyle og O`Conner (2002) og De Young, Just og Harrison(2002) rapporterte i sine undersøkelser at musikk hadde en god effekt på utfordrende atferd. Når man snakker om musikk i behandlingen av utfordrende atferd kan dette være alt i fra at pasienten selv spiller et instrument, hører på kjente sanger, er på konsert og mye mer. Alle har vi et

forhold til musikk og vi har alle sanger som gjør oss glad, vekker minner med mer.

Erfaringene jeg har fra jobben er at personer som til vanlig ikke snakker vil plutselig begynne å synge visst man har sanger som de kan fra tidligere, samtidig har jeg også god erfaring med at musikk er med å roe pasienten visst de er urolige.

Cohen-Mansfield (2001) fant ut i sin studie at simulerte samtale på video eller lydopptak der det var lagt inn pauser som pasienten kunne svare på spørsmål, førte faktisk til en reduksjon av utfordrende atferden på 46 %. Garland, Beer, Eppingstall og O`Conner (2007) fant ut i sin undersøkelse at ved at pasientene fikk høre på et 15 minutter langt opptak der familien snakket om positive hendelser i pasientens liv, fikk man redusert den verbale utfordrende atferden med 33 % mens den fysiske utfordrende atferden ble redusert med 30 %. Men et av funnene var at denne behandlingsmetoden kunne fungere ulikt fra pasient til pasient, og på en del virket det direkte negativt. Dette tenker jeg kan ha ulike sammenhenger men kan jo være at pasienter ikke klarer å oppfatte hva som skjer, grunnet den kognitive svikten er for stor. Videre kan det også tenkes at det vil kunne være ulike forhold i familiene, og at noen kan reagere negativt på å se eller høre noen i familien. Denne behandlingsmetoden vil også kreve at familien bidrar dette er jo ikke sikkert at alltid er like enkelt å få til men jeg tror at mange pårørende vil kunne syns at det er kjekt å kunne bidra til at den demente får det bedre. Dette er noen av de mange tiltakene som vi kan kalle som miljøtiltak, vi kan nevne i fleng som massasje, fokus på måltidet, sanse grupper, samtalegrupper, minne grupper med mer. Noe som jeg mener er viktig for de fleste av disse tiltakene er at de må bli individuelt tilpasset, så klart kan man ha tiltak som favner om alle men man må vite hvilken gruppe man har med å gjøre.

Det er i samhandlingen med den demente at de som oftest oppstår utfordrende atferd. Dette mener jeg hovedsakelig skyldes en svikt i kommunikasjonen mellom sykepleier og den demente. Man kan se på tilfellet til med Ola jeg vil se at et av hovedproblemene her vil være problemer i kommunikasjonen. Atferd er kommunikasjon og når pasienten føler et behov for å bli sint, aggressiv mener jeg dette må være et tegn på at kommunikasjonen ikke fungerer godt nok mellom partene. Vi vet at demente kan ha store problemer med å forstå hva betydningen av ord og vil kunne trenge tid for og oppfatte ordene. Berntsen (2008) sier at når

vi skal kommunisere med pasienter som har problemer med å forstå ord må vi sikre oss at vi får kontakt med pasienten. Det å bruke pasientens navn hver gang vi skal åpne en dialog vil kunne hjelpe til at vi får kontakt med pasienten. Cohen-Mansfield (2001) sier at en av faktorene for å få ned den utfordrende atferden er det at pleierne oppfører seg rolig og snakker rolig og tydelig. Men det er ikke kun den verbale kommunikasjonen som er viktig i samhandlingen med den demente. Min erfaring er at den non-verbale kommunikasjonen ofte kan være minst like viktig som den verbale når vi kommunisere med den demente. Travelbee (1999) snakker om alle møte mellom pleier og pasient vil det forgå en form for kommunikasjon verbalt ikke minst også non-verbalt. Selv om den demente ikke alltid klare å forstå ordene som vi bruker vil den demente kunne oppfatte både mimikk, kroppsspråk og hvordan vi bruker stemmen. Dette gjør at vi må være bevist på hvordan vi bruker disse non-verbale kommunikasjonsformene. Samtidig som må vi være bevist på hva pasienten prøver å formidle gjennom sin non-verbale kommunikasjon. Det Travelbee (1999) sier er at vi må lære oss og forstå hvorfor og hva den syke kommuniserer. Berentsen (2008) sier at det er en del enkle ting vi kan og bør lære oss når det gjelder pasientenes non-verbale kommunikasjon. Søker pasienten kontakt? , får jeg øyen kontakt med pasienten?, vender pasienten blikket bort når jeg kommer? smiler pasienten til meg? Og hvordan reagerer pasienten på kroppskontakt?. Alle disse punktene tenker jeg at vil være med å kunne gi oss en god pekepinn på om kommunikasjonen fungerer og vil kunne hjelpe oss å hindre at utfordrende atferd oppstår. Visst vi ser på Ola ser vi at han tydelig prøver non-verbalt å gi uttrykk for at han ikke er komfortabel med situasjonen, dette er signaler som vi som sykepleier bør oppfatte.

Jeg tenker at når Travelbee (1999) sier at det er kun gjennom et menneske til menneske forhold at en sykepleier virkelig kan oppnå sine mål og hensikter, tenker jeg at det er akkurat det handler om. For at vi skal klare å tilpasse tiltakene til pasienten må vi først lære å kjenne pasienten og dette er akkurat det som skjer gjennom de fire stadiene til Travelbee. Men det er ikke nok at vi lærer oss å kjenne pasienten og får kunnskap om pasienten. Det er først når vi bruker våre kunnskaper om pasienten dette vil kunne være med å skape en trygghet hos pasienten, slik at vi forebygger den utfordrende atferden. Det at vi viser at vi bryr oss både verbalt og non-verbalt vil også være viktig for å forebygge utfordrerne atferd.

6. Avslutning

Vi ser i denne oppgaven at det er mye som kan gjøres for å kunne forebygge den utfordrende atferden hos demente. Etter å ha jobbet med denne oppgaven mener jeg vi kan si at det er noen hovedpunkter som skal til for at vi kan få til å forebygge den utfordrende atferden hos de demente. Dette er gode tiltak i miljøet som bruk av musikk, bruk av sansegrupper, bruk av ute områder og at det som foregår i miljøet har en mening ikke fungerer som støy for de demente. Videre har vi sett at dette med å få til en god samhandling er noe som vil være veldig sentralt i det å forebygge den utfordrende atferden siden vi ser at det er i disse situasjonene det som oftest oppstår utfordrende atferd. For å få til denne gode samhandlingen må vi ha et fokus på både den verbale og non-verbale kommunikasjonen vi må lære oss å være tydelige og være besvist på de signalene som vi sender ut samtidig som vi får med oss de signalene som pasienten sender ut, på denne måten kan vi hindre at utfordrende atferd oppstår.

For at vi skal få miljøtiltakene og samhandlingen til å fungere er sykepleierens kunnskap helt sentral. Det at vi har god kunnskap om demens og alle dens ulike sykdommer, hvordan og hvorfor den utfordrende atferd oppstår gjør at vi kan være bedre forberedt. Men som det også kom fram i oppgaven er dette med at tiltakene er individuelt tilpasset også veldig viktig og for å få dette til må vi kjenne pasienten og dette får vi til visst vi klarer å opprette et menneske til menneske forhold.

Jeg mener at jeg har klart å svare på problemstillingen, jeg ser klart at det er flere ting jeg kunne hatt med i oppgaven men føler allikevel oppgaven gir nok kunnskap, som kan gjøre det enklere å møte den kommende eldrebølgen og de utfordringene den fører med seg.

Litteraturliste

Berentsen, V(2008) Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M. m.fl *Geriatrisk Sykepleie* (s.350-382) Oslo:Gyldendal Norsk Forlag

Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (red) (2008) *Geriatrisk Sykepleie* Oslo:Gyldendal Norske Forlag AS

Cohen-Mansfield, J. (2001) *Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia* [Elektronisk versjon] The American Journal of Geriatric Psychiatry Fall 2001. 9:4

Dalland, O (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

De Young, S. Just, G. og Harrison, R. (2002) *Decreasing aggressive , agitated, or disruptive behavior: Participation in a behavior management unit* [Elektronisk versjon] Journal of Gerontological Nursing Jun 2002 Vol.28, Iss. 6; pg. 22, 10 pgs

Engedal, K (2008) *Alderspsykiatri i praksis* Tønsberg:Forlaget Aldring og helse

Forsberg, C og Wengstrøm, Y (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier* Stockholm:Bokforlaget natur och kultur

Garland, K. Beer, E. Eppingstall, B. og O`Conner D.W. (2007) *A Comparison of two treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music* [Elektronisk versjon] The American Journal of Geriatric Psychiatry vol. 15, Iss 6: pg. 514, 8 pgs

Kristoffersen, N.J. (2005) *Grunnleggende sykepleie, bind 1* Gyldendal Norsk Forlag Oslo

Kristoffersen, N.J. (2005) Teoretiske perspektiv på sykepleie I: Kristoffersen, N.J. Nortvedt, F. Skaug, E. *Grunnleggende sykepleie, bind 4* Oslo:Gyldendal Norsk Forlag

Kjelber, T (2002) *Når atferd blir vanskelig* Oslo:Kommuneforlaget AS

Løvheim, H. Sandman, P. Karlson, S. og Gustafson, Y (2008) *Behavioral and psychological symptoms of dementia in relation to level of cognitive impairment* [Elektronisk versjon] *International Psychogeriatrics* 20:4, 777-789.

Mæland, J (2005) *Forebyggende Helsearbeid* Oslo:Universitetsforlaget

Opie, J. Doyle, C. O`Conner, D. W. (2002) *Challenging behaviours in nursing home residents with dementia: a randomized controlled trial of multidisciplinary interventions* [Elektronisk Utgave] *International Journal Of Geriatric Psychiatry* 17: 6-13

Ranhoff, A (2008) Forebyggende og Helsefremmende sykepleie I: I: Kirkevold, M. m.fl (2008) *Geriatrisk Sykepleie* (s.137-147) Oslo:Gyldendal Norsk Forlag

Rokstad, A(2008) Utfordrende Atferd I:Rokstad, A og Smeby, K (red) *Personer med demens* s.180-206) Oslo:Akrise

Rapport om demens (2007) *Glemsk, men ikke glemt* Oslo:Sosial og helsedirektoratet. Hentet 6.januar 2010 fra http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/glemsk__men_ikke_glemt__rapport__om_demens__81503

Rasmussen, Svein (2010) *TV – blindpassasjer eller verktøy?* [Elektronisk versjon]
Sykepleien 2009 97(17):66-66.

St.meld. nr 25(2005-2006) *Mestring, muligheter om mening:fremtidas omsorgsutfordringer.*
Oslo:Helse og omsorgsdepartementet. Hentet 6.januar 2010 frå
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

Travelbee, J. (1999) *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* Oslo:Universitetsforlaget

Whall, A. L. Colling, K. B. Kolanowski, A. Kim, H. (2008) *Factors Associated With Aggressiv Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia* [Elektronisk versjon]
The Gerontologist vol.48, Iss. 6; pg. 721, 11 pgs