



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

**Personsentrert omsorg for å redusere  
utfordrende atferd hos mennesker med demens**

*Person-centered care for reducing challenging  
behavior in dementia patients*

**273**

**Trine Brattås Øvrebust**

Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/Institutt for  
velferd og deltakelse

25.05.2018

## Summary

The subject of this assignment is the following: “What does scientific research say regarding use of Dementia Care Mapping to implement person-centered care?” and “What effect do these methods have on challenging behavior from dementia patients?”

The number of elderly Norwegian citizens is increasing, according to statistics. As a result, there are a growing number of dementia patients in nursing homes. Research shows that the majority of dementia patients experience one or more symptoms of challenging behavior in the span of their lifetime. A number of these symptoms have a ripple effect. While there is no underlying goal this assignment, other than the purpose for which it is written, it is a hope that it helps increase knowledge around methods that can reduce and prevent this type of behavior.

The information gathering for this assignment was done by searching through databases for relevant research information. A focus in this assignment is on whether or not the methods work, and are justifiable to use. A selection of four studies showing different effects from Dementia Care Mapping and person-centered care was gathered. The studies were then compared and discussed in relation to academic literature for the final conclusion to the thesis.

The research shows that person-centered care, in most cases, reduces challenging behavior from dementia patients at hospitals. It also shows that Dementia Care Mapping is a method that can implement it. There are studies that show no documented effect from person-centered care. Still, it is likely that they won't hinder the use of the method. This is due to the low risk of side effects and complications, and also because the method has such obvious upsides that it doesn't need scientific research in order to be observed.

## Hva ser du, søster?

*Hva ser du, søster, i din stue?  
En gammel, sur og besværlig frue,  
skjelven på hånden og fjern i blikket,  
litt skitt og litt rot der hun har sittet.  
Du snakker høyt, men hun hører deg ikke,  
hun sikler og hoster, har snue og hikke.  
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,  
men klager og syter, er i dårlig humør.*

*Er det hva du tenker? Er det hva du ser?  
Åpne dine øyne og se – det er mer.  
Nå skal jeg fortelle deg hvem hun er,  
den gamle damen som ligger her.*

*En pike på 10 i et lykkelig hjem,  
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!*

*En jente på 16 med et hjerte som banker  
av håp og drømmer og romantiske tanker.*

*En brud på 20 med blussende kinn,  
i mitt hjem eget går jeg lykkelig inn*

*En mor med små barn som bygger et hjem,  
mot alt som er vondt, vil hun verne dem.  
Og barna vokser med gråt og med latter,  
så blir de store, og så er vi atter  
to voksne som nyter freden,  
som trøster hverandre og deler gleden  
når vi blir femti og barnebarn kommer,  
som bringer uro og latter hver eneste sommer.*

*Hva ser du, søster? En tung, trett og senil gammel skrott?  
– Nei, prøv en gang til, se bedre etter. Se om du kan finne  
et barn, en brud, en mor – en kvinne!  
Se meg som sitter der, innerst inne!  
Det er MEG du må prøve å se – og finne!*

Ukjent forfatter: et dikt angivelig funnet i nattbordskuffa til en gammel dame på et engelsk pleiehjem - etter at hun var død (NDLA, 2002).

# Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	<b>5</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Avgrensning	6
1.3 Oppgavens oppbygging	6
<b>2.0 Metode</b>	<b>7</b>
2.1 Litteraturstudie som metode	7
2.2 Kildekritikk	8
2.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier	9
2.3 Feilkilder	10
2.3.1 Min førforståelse	10
<b>3.0 Teori</b>	<b>10</b>
3.1 Demens	11
3.2 Nevropsykiatriske symptomer ved demens	11
3.2.1 Agitasjon under stell	12
3.3 Påvirkning på personalet	12
3.3.1 Livskvalitet	13
3.4 Behandling av agitasjon	14
3.4.1 Hvorfor ikke-farmakologiske tiltak?	15
3.5 Personsentrert omsorg	15
3.5.1 Personalgruppen og kompetanseheving	16
3.5.2 Hvem er personen «bak» sykdommen?	17
3.6 Kartlegging av utfordrende atferd	17
3.6.1 Dementia Care Mapping	19
<b>4.0 Resultater</b>	<b>20</b>
4.1 Presentasjon av artikkel 1	20
4.2 Presentasjon av artikkel 2	21
4.3 Presentasjon av artikkel 3	22
4.4 Presentasjon av artikkel 4	23
<b>5.0 Hovedfunn</b>	<b>24</b>
<b>6.0 Drøfting</b>	<b>24</b>
6.1 Nevropsykiatriske symptomer	24
6.2 Psykofarmaka og fall	25
6.3 Metodenes effekt på livskvalitet	26
6.4 Metodenes effekt på agitasjon	26
6.5 Innvirkning av personsentrert omsorg på personalet	27
6.5.1 Kompetanseheving	28
6.6 Dementia Care Mapping for å implementere personsentrert omsorg	29
6.6.1 Innvendinger og påvirkning på personalet	29
<b>7.0 Avslutning</b>	<b>30</b>
7.1 Refleksjoner og anbefalinger til videre forskning	31
<b>8.0 Litteraturliste</b>	<b>33</b>
<b>Vedlegg 1: Søkeord</b>	<b>38</b>
<b>Vedlegg 2: Oversikt over forskningsartikler</b>	<b>40</b>
<b>Vedlegg 3: Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) – Short</b>	<b>43</b>

## 1.0 Innledning

Overordnet tema for denne bacheloroppgaven er personsentrert omsorg som intervensjon for å håndtere utfordrende atferd hos mennesker med demens på sykehjem. Så mange som nesten 90% av mennesker med demens på sykehjem opplever en eller flere typer atferd som pleiepersonalet beskriver som utfordrende å håndtere (Surr et al., 2016, s. 1). Agitasjon er et annet ord for utfordrende atferd og beskrives i følge Engedal og Haugen (2018, s. 249) som en tilstand med indre spenning, ubehag og ytre uro. Kitwood (2011, s. 89) forklarer at personsentrert omsorg handler om å anerkjenne menneskene med demens som personligheter med en særegen livshistorie som har fått en sykdom. Dementia Care Mapping er en metode å implementere denne omsorgen på. Problemstillingen blir dermed som følger: *Hva sier forskning om bruk av Dementia Care Mapping for å implementere personsentrert omsorg, og hvilken effekt har disse metodene på utfordrende atferd hos mennesker med demens?*

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema ligger i egne erfaringer knyttet til utfordrende atferd fra fagfeltet – både i jobb og praksis. Det finnes også en personlig interesse for demenssykdom og en nysgjerrighet rundt effektiviteten av intervensjoner for å redusere utfordrende atferd. På flere arenaer i kommune- og spesialisthelsetjenesten møter helse- og omsorgspersonell mennesker med en demensdiagnose og deres pårørende. I Norge og andre europeiske land vil forekomsten av demens øke til det dobbelte om 35 til 40 år, og med dette vil også antallet tilfeller av utfordrende atferd øke (Engedal & Haugen, 2018, s. 23).

Mennesker med demens, både på institusjon, i hjemmet og i boliger kan være arbeidsområdene til en vernepleier og det er nå slått fast av Nasjonal retningslinje om demens at virksomheter skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenester som ytes er personsentrerte (Helsedirektoratet, 2017b). Vernepleiere ser dessuten ut til å være og bli en ettertraktet yrkesgruppe. I 2016 publiserte SSB en artikkel som analyserer etterspørselen etter arbeidskraft i fremtiden. Framskrivningene viser at personer med helseutdanning på videregående nivå, pedagogiske fag samt syke- og vernepleiere vil bli ettertraktet (Statistisk sentralbyrå, 2016, s. 6). Med denne informasjonen i grunn vil det være sømmelig å oppsummere med at dette er både et aktuelt og et relevant tema, blant annet for vernepleiere.

## 1.2 Avgrensning

Oppgaven er avgrenset til pasienter med demens på *sykehjem*, selv om mennesker med demens også bor i boliger eller i hjemmet. Likeså er det valgt å legge vekt på demens generelt og ingen spesifikk type. Jeg har også bestemt å avgrense problemstillingen min til bruk av intervensjonen personsentrert omsorg. Dette fordi i kontrollerte studier i institusjoner har forskjellige intervensjoner for å fremme personsentrert omsorg dokumentert effekt som varer ut over intervensjonsperioden (Engedal & Haugen, 2018, s. 250). Oppgaven er i tillegg avgrenset til det nevropsykiatriske symptomet agitasjon. Utfordrende atferd og agitasjon vil bli brukt vekselvis i denne oppgaven. Det finnes ulike modeller for å implementere personsentrert omsorg, men på grunn av oppgavens begrensninger velger jeg å ha hovedfokus på kartleggingsmetoden Dementia Care Mapping. Grunnen til dette er fordi oppgaven også skal kunne presentere og omhandle kartlegging – noe som står sentralt i vernepleiefaglig arbeid. Vernepleieren har nemlig kunnskap og ferdigheter i kartlegging av behov, særlig på individuelt nivå (Fellesorganisasjonen, 2013).

## 1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven er bygget opp med beskrivelser av metode, en teoridel, presentasjon av resultatene samt en drøftingsdel og en avslutning. I teoridelen forklares ulike sentrale begreper som senere dukker opp i resultat- og drøftingsdelen. Blant annet har også påvirkning på personalet blitt belyst for å få frem ulike ringvirkninger av utfordrende atferd, personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping. I metoddelen presenteres problemstillingens fokus, inklusjon- og eksklusjonskriterier, brukte databaser, redegjørelse for metoden, kildekritikk og feilkilder. Videre belyses problemstillingen ved en kort presentasjon av fire forskningsartikler som forklarer effekten av personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping. Avslutningsvis finnes en drøftingsdel hvor studiene settes opp mot hverandre, drøftes og belyses med gjeldende teori. Til sist presenteres en avslutning hvor trådene samles med en påfølgende refleksjon hvor mine synspunkt og anbefalinger til videre forskning fremstilles. Oppgaven inneholder også vedlegg som viser en søkelogg med et utvalg av søkerresultater som både er inkludert og ekskludert samt et sammendrag av de fleste forskningsartiklene som er brukt. Det siste vedlegget presenterer kortversjonen av skalaen Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI), som er brukt i måling av agitasjon i flere av de utvalgte studiene.

## 2.0 Metode

Videre beskrives det hvorfor valget av litteraturstudie egner seg til å besvare problemstillingen, inklusjon- og eksklusjonskriterier, kildekritikk og feilkilder. Hvilke avveininger måtte tas og hvilke styrker og svakheter har denne metoden? Dalland (2017, s. 51) forklarer metode som noe som forteller oss om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap, det er altså redskapet vårt i møte med noe vi vil undersøke. Når man skal velge metode er det viktig at det innebærer overveielser mellom det som er praktisk gjennomførbart og det en anser som den ideelle fremgangsmåten.

### 2.1 Litteraturstudie som metode

Støren (2013, s. 16) forklarer litteraturstudie som en studie hvor det er litteraturen som studeres. Det handler om systematisering av kunnskapen, noe som er nyttig fordi en skaffer seg oversikt over kunnskapen som finnes på feltet. Magnus & Bakketeig (2002) sitert i Støren (2013, s. 17) hevder at denne typen studie skaper ingen ny kunnskap, selv om nye erkjennelser kan dukke opp når man sammenstiller kunnskap fra flere artikler/undersøkelser.

Grunnen til at litteraturstudie er mest hensiktsmessig for denne oppgaven er fordi det er tidsmessig mest realistisk å gjennomføre på en god måte. Det er også en metode som ikke krever noe økonomisk da det finnes tilgang til databaser og bibliotek via høgskolen samt at det er en metode jeg føler selv jeg behersker best. Det er en metode hvor det kan innhentes ny, oppsummert kunnskap og se den i sammenheng med andre studier uten at man trenger tilgang til pasienter, personale eller andre respondenter. Siden det allerede brukes eksisterende forskning i denne oppgaven, vil den være etisk forsvarlig å bruke. Krav om taushetsplikt, informert samtykke, etiske spørsmål og anonymitet er allerede gjort av forfatterne jeg har hentet litteraturen min fra.

Det ble gjennomført mange søk før tema og problemstilling ble bestemt. En forutsetning for å kunne gjennomføre en litteraturstudie er nemlig at det finnes gode og tilstrekkelige antall studier som er med på å underbygge problemstillingen (Forsberg & Wengström, 2013, s. 26). Metoden i litteraturstudien handler om å søke etter vitenskapelige forskningsartikler i relevante databaser (Støren, 2013, s. 37). Det har blitt gjort søk på engelsk og norsk i

databaser som PubMed, Oria, Google Scholar, Cinahl, Idunn, Sykepleien.no og Academic Search Elite.

Helt tydelig, og som forventet, så ble det funnet flere resultater på engelsk. For å lettere få en oversikt over søk og søkeresultater, er det utformet en søkelogg (vedlegg 1). Det er brukt mange forskjellige ordkombinasjoner i forskjellig rekkefølge og ordene som gav mest relevante resultater var «Person-centr\*» AND dementia OR Alzheimers OR «cognitive impairment» OR «memory loss» OR «cognitive decline» OR «mild cognitive impairment» AND «agitation OR aggress\* OR behavior OR behaviour». Å ha ”OR” mellom ord som har flere synonymer viste seg å gi flest og best resultater. Relevant forskning, bøker og fagartikler er også funnet ved å lete i litteraturlistene til andre artikler, pensum, faglitteratur, på biblioteket og i andre oversiktsstudier. I følge Dalland (2017, s. 163) skal disse oversiktene oppsummere og sammenstille resultater av alle relevante studier innenfor et avgrenset fagområde med strenge utvalgs- og kvalitetskriterier. Se vedlegg 2 for en presentasjon over forskningsartikler som er inkludert i oppgaven.

## **2.2 Kildekritikk**

Ettersom all faglig kunnskap bygger på et bestemt menneskesyn og en bestemt virkelighetsforståelse, er ikke kunnskapen verdinøytral. Yrkesutøveren må derfor ha et kritisk blikk på hvordan denne kunnskapen og egen fagkunnskap skal utvikles og brukes (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 3). Dalland (2017, s. 158) skriver at kildekritikk betyr å karakterisere og vurdere litteraturen som er funnet. I denne oppgaven er det vurdert i hvilken grad litteraturen som er funnet lar seg bruke til å belyse og beskrive problemstillingen. Det er hentet informasjon fra fag- og pensumbøker, enkelte nettsider og lovverk i tillegg til forskning. Likeså er egne erfaringer benyttet for å ytterligere begrunne og underbygge forskernes funn i refleksjonsdelen av oppgaven.

Det at det er brukt fagstoff, pensum og annen sekundærlitteratur kan være negativt i den forstand at teksten kanskje er bearbeidet og presentert av andre enn den opprinnelige forfatteren, noe som videre kan ha påvirkning på kvaliteten på oppgaven min. På bakgrunn av dette er det prøvd så langt det er mulig å henvise fra primærkilden. Engedal og Haugen (2018) vil være en sentral kilde det ofte refereres til, fordi det er oppdatert kunnskap fra primærkilder med kompetanse på temaet. Det er brukt lang tid på å finne ut hvilken type tekst som



presenteres og bakgrunnen for at forfatterne skriver om dette temaet. Det har også vært fordelaktig å finne ut hvem forfatterne av litteraturen er. For å innhente denne informasjonen er det forsøkt å finne andre verk av samme forfatter ved å søke i bibliotekbasen. Mange av forfatterne er også googlet for å undersøke yrke og utdanning.

En styrke ved denne oppgaven er at det er utarbeidet en søkelogg og en oversikt over resultatene som er funnet. På denne måten er oppgaven min etterprøvable for andre. I tillegg har studiene som er utvalgt brukt hensiktsmessige metoder for innhenting av data, noe som igjen styrker relabiliteten i min oppgave. I oppgaven er det valgt flest forskningsartikler som er randomiserte kontrollerte studier. I følge Glasziou og Heneghan (2009, s. 71) er en randomisert kontrollert studie det beste studiedesignet for å se på virkningen av ulike intervensjoner. Der sammenligner man like grupper av deltakere, hvor den ene gruppen gjennomgår intervensjonen og den andre mottar vanlig behandling. Kunnskapssenteret (2015) poengterer også at randomiserte kontrollerte studier er en gullstandard for evaluering av effekt av et tiltak, det blir lik fordeling av kjente og ukjente prognostiske faktorer i tillegg til at blinding er en mulighet.

### 2.2.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

For å finne frem til de mest vesentlige artiklene for min problemstilling ble det stilt ulike krav til litteraturen. For å avgrense søket ble det brukt inklusjonskriteriene: Språk ("English and Norwegian Language"), Tidsrom ("2000-2018") og forskning- eller fagfelleverderte artikler ("Research Article"). Artiklene måtte også selvsagt omhandle effekten av personsentrert omsorg og DCM. Tidsrommet ble endret ettersom hvor mange treff som dukket opp. Kom det flere enn 15 treff på tidsrommet 2000-2018, ble tidsrommet avgrenset med ca. 5 år. Fikk jeg få eller ingen treff, så ble det ikke valgt noen form for avgrensning utenom «Fagfelleverdert» og «Engelsk/norsk». Ifølge Dalland (2017, s. 162) kan kunnskap fort bli utdatert innenfor fagområder som stadig er i utvikling. Med dette i bakgrunn er eksempel på eksklusjonskriterium brukt i denne oppgaven derfor publikasjon før år 2000 og litteratur skrevet på andre språk enn norsk og engelsk. Et fåtall artikler fra 90-tallet er likevel brukt for å utfylle teorien i oppgaven og Dalland (2017, s. 162) påpeker at eldre litteratur kan være nyttig når vi reflekterer over funn vi har gjort.

## 2.3 Feilkilder

Resultatene fra en litteraturstudie vil alltid være påvirket av ulike feilkilder. Disse kan oppstå både under planlegging, innsamling og bearbeidelse av dataene. Dette reduserer undersøkelsens beslutningsgrunnlag samt resultatenes pålitelighet. Med dette i bakgrunn er det viktig at man kjenner til feilkildene, opplyser om dem og tar hensyn til disse (eStudie, 2016).

Det meste som er lest har stått på engelsk, noe som til dels har vært vanskelig å oversette. Selv om engelsk synonymordbok, oversettelsesprogrammer og medstudenter har vært til hjelp i oversettelsesprosessen kan dette regnes som en feilkilde da ikke alt blir like godt oversatt fra engelsk til norsk. En annen feilkilde i dette arbeidet kan være at det er bare én person som står bak oppgaven. Jeg har stått for vurdering og utvalg av tilgjengelig forskning samt utformingen av inklusjon- og eksklusjonskriterier, noe som kan være en svakhet ved oppgaven. Dette kan ha medført feilaktig inklusjon eller eksklusjon av forskningsartikler og andre feilvurderinger.

### 2.3.1 Min førforståelse

Dalland (2017, s. 38) fokuserer på at vi alltid har fordommer eller førforståelse med oss inn i en undersøkelse. Når det er klargjort hvilke tanker vi har på forhånd, er det lettere å lete etter data som kan avkrefte disse. Siden jeg selv har flere års erfaringer med utfordrende atferd vil dette bli min førforståelse som jeg tar med meg inn i oppgaven. Denne førforståelsen kan ha vært med på å påvirke utvalget av forskningslitteratur; Kanskje stiller jeg meg ikke kritisk nok til resultatene fra studiene på grunn av et for stort håp om at metodene skal fungere? Mitt engasjement overfor temaet kan med andre ord påvirke hvilken litteratur som velges og hvordan jeg tolker resultatene.

## 3.0 Teori

I denne delen av oppgaven forklares ulike sentrale begreper som må være avklart før resultatene fra de utvalgte studiene presenteres. Teori skal hjelpe oss til å sette resultatene inn i en større sammenheng og samtidig til å forstå hvorfor fenomenet er som det er. I tillegg skal teori hjelpe oss til å forstå hvilke konsekvenser resultatene kan få (Jacobsen, 2010, s. 251). Først forklares hva demens og nevropsykiatriske symptomer er. Videre nevnes hvilken påvirkning utfordrende atferd ser ut til å ha på personalet for å understreke viktigheten av å

øke kunnskapen på dette feltet. Deretter forklares behandling av agitasjon, personsentrert omsorg og kartleggingsmetoden Dementia Care Mapping (DCM).

### **3.1 Demens**

I Norge per 2018 regnes det grovt sett at det finnes om lag 80.000 mennesker med demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 23). Demens forklares i følge Engedal og Haugen (2018, s. 18) som en fellesbetegnelse på et syndrom eller en tilstand som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en irreversibel og kronisk kognitiv svikt. Sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere er et av flere kjennetegn ved demens. I tillegg må redusert hukommelse alltid være til stede for at begrepet kan brukes.

Demens innebærer tap av sentrale menneskelige funksjoner og utfordrer individets evne til mestring og tilpasning. Svikt i hukommelse, orientering, innlæring, evne til å oppfatte og tenke, språk, dømmekraft samt svikt i emosjonell kontroll, endret personlighet, motivasjon eller sosial atferd er eksempler på dette (Furesund, Wogn-Henriksen, Lykkeslet & Skrondal, 2007, s. 19). Livssituasjonen, funksjonsevnen og muligheten til å klare seg selv endres betydelig etter som demenssykdommen utvikler seg. De fleste endrer atferd i løpet av sykdommen og hos noen kan atferdsendringen være av en slik art at den er til skade for pasienten eller skaper problemer for omgivelsene. På denne typen atferd brukes ulike betegnelser: vanskelig-, aggressiv-, utfordrende-, utagerende- og avvikende atferd. De senere årene er begrepet atferdsmessige og psykologiske forandringer ved demens, forkortet til APSD, og nevropsykiatriske symptomer blitt mer og mer brukt i fagmiljøene (Rokstad, 2014a, s. 2).

### **3.2 Nevropsykiatriske symptomer ved demens**

Selbæk (2018, s. 246) forklarer nevropsykiatriske symptomer ved demens som et bredt begrep som omfatter psykotiske symptomer, stemningssymptomer, angstsymptomer, apati og agitasjon. Symptomene, som kan blant annet være uro, roping, vandring, biting, sparking, manglende hemninger og seksuelle tilnærmelser oppstår i et samspill mellom biologisk sårbarhet og personlige og miljømessige forhold i omgivelsene (Selbæk, 2018, s. 249). Steinberg et al. (2008, s. 175) poengterer at opp til 97% av personer med demens opplever

minst ett atferdsmessig eller psykisk symptom som depresjon, irritabilitet, agitasjon og angst i løpet av sykdomsforløpet. Det er en utbredt oppfatning i litteraturen om at det er hensiktsmessig å anse pasientens agitasjon som uttrykk for en lite tilfredsstillende livssituasjon og en form for kommunikasjon når for eksempel verbalt språk blir utilstrekkelig eller forsvinner (Rokstad, 2005, s. 13).

Det dreier seg også om andre potensielle bakgrunnsfaktorer for at atferden er som den er, som for eksempel hjerneorganiske faktorer, kognitive faktorer og helsemessige faktorer.

Personlighet, livshistorie og kapasitet for mestring av stress samt faktorer som opptrer i øyeblikket spiller også inn. Det samme gjelder fysiske omgivelser som lys, lyd, temperatur og farger i tillegg til sosiale omgivelser som atmosfære, kontakt og kjennskap og sammensetning av personale (Rokstad, 2005, s. 15-16). Wagnar og Baardsgard sitert i Rokstad (2005, s. 13) fremhever at ”Megen uhensigtsmessig adfærd er rimelige konsekvenser av urimelige omgivelser”. Omsorgsgiveren må på bakgrunn av dette kunne se pasienten, miljøet, seg selv og sine reaksjoner som en del av miljøet (Rokstad, 2005, s. 13).

### 3.2.1 Agitasjon under stell

Ø. Kirkevold (2018, s. 263) skriver at det er flere undersøkelser som har vist at det er i samhandlingen mellom personen med demens og pleiepersonell det oftest oppstår utfordrende atferd og vanskelige situasjoner. Agitasjon oppstår hyppig i stell og ved av- og påkledning hvor personen med demens føler seg mest sårbar og truet. Dusj eller bad er noe av de mest intime aktivitetene som pasienter mottar assistanse med (Rogers et al., 1999, s. 1049) og opptil 86% viser utfordrende atferd under stell på sykehjem (Sloane et al., 2004, s. 1795). En annen studie hevder at på et sykehjem, i løpet av en 4-ukers periode, oppdaget personalet at 41% av beboerne ble fysisk eller verbalt aggressiv minst en fjerdedel av tiden under stell (Hoeffler, Rader, McKenzie, Lavelle & Stewart, 1997, s. 17). Årsaken til atferdssymptomene under bading ser ut til å være samspillet mellom uoppnådde behov, kognitiv dysfunksjon og stress i miljøet (Sloane et al., 2004, s. 1800).

### 3.3 Påvirkning på personalet

For omsorgsgivere som arbeider på sykehjem er det krevende å møte og på en god måte ta vare på personer med utfordrende atferd og demens, samtidig som en skal unngå at pårørende, medpasienter og en selv utsettes for fysisk fare og psykisk belastning (Haugen, 2009, s. 12).

Konsekvensene av nevropsykiatriske symptomer har vist sammenheng med økt belastning på pårørende, personalet og pasienten, større funksjonssvikt, høyere dødelighet og hyppigere bruk av helsetjenester (Selbæk, 2018, s. 247-250). Alle intervjuede omsorgsgiverne i studien til Rognstad og Nåden (2011, s. 150) følte seg mislykket i sitt pasientarbeid når pasientene sparket, slo, spyttet og kløp. De ga uttrykk for maktesløshet, følte seg slitne og redde i samspill med pasientene. Arbeidssituasjonen ble beskrevet som lite forutsigbar og enkelte situasjoner bidro til stress, angst og anspenthet. Denne påkjenningen på personalet kan igjen få ringvirkninger på pasientenes atferd: I følge Rokstad (2014a, s. 19) er det helt nødvendig å fokusere på personalets påvirkning på utvikling av problematferd hos pasienten. Pleiernes følelser, forventninger og holdninger har innvirkning på pasientens atferd.

I en annen studie kommer det også frem at ringvirkningene av agitasjon og aggresjon på omsorgsgivere er enorm. De rapporterer at de er regelmessig bekymret i løpet av en arbeidsdag over pasienter som slår, er verbalt aggressive og skriker. Personalet frykter spesielt fysisk aggresjon, fordi det kan utgjøre en skade risiko for beboeren og omsorgspersonen (Whall, Gillis, Yankou, Booth & Beel-Bates, 1992, s. 15). Agitasjon assosieres ofte med færre besøk fra pårørende, dårligere livskvalitet og sosial isolasjon (Surr et al., 2016, s. 1). Nevropsykiatriske symptomer har direkte innvirkning på pasientens livskvalitet og utgjør en stor utfordring for omsorgsgivere. Fra et overordnet perspektiv vil personalets utilfredshet kunne resultere i høyt sykefravær, noe som i siste instans fører til mangel på personale. En tydelig sammenheng har blitt funnet mellom fravær av personale og dårlig livskvalitet hos pasienter. Disse funnene understreker behovet for tiltak for å lette belastningen på pasienter og personalet (Ven et al., 2013, s. 1).

### 3.3.1 Livskvalitet

For vernepleiefaglig arbeid er en målsetning å gi den enkelte best mulig støtte og hjelp ut fra egne forutsetninger. Konkrete bidrag for tilpasset hjelp og kompetansen vår vil ofte være avgjørende i betydningen for tjenestemottakers livskvalitet (Nordlund, Thronsen & Linde, 2015, s. 18). Når man implementerer og utarbeider strategier for å øke personens livskvalitet, er det viktig å fokusere på ulike sider ved begrepet (Gundersen, Moynahan & Olsen, 2006, s. 150). Livskvalitet er en viktig verdi i seg selv og handler om å oppleve mening, vitalitet, tilfredshet, glede, trygghet, engasjement, å bruke personlige styrker, føle mestring og interesse. Folkehelseinstituttet (2016) bygger videre på dette og skriver at «Tiltak og

intervensjoner som retter seg mot slike sentrale faktorer, og som legger til rette for positive faktorer som opplevelse av glede, sosial deltagelse, mestring, autonomi og mening, kan være viktige mål».

Helsedirektoratet (2016) oppsummerer livskvalitet med at det handler om det som gir livet mening og verdi. Livskvalitet har i økende grad blitt anerkjent som en viktig dimensjon i demensforskning for å avgjøre effekten av en bestemt behandling eller intervensjon. Siden flere studier har avslørt sammenheng mellom forekomsten av nevropsykiatriske symptomer og nedsatt livskvalitet, er behandlingen av disse symptomene viktig for å øke livskvaliteten hos pasientene på sykehjem (Rokstad et al., 2013, s. 341).

### **3.4 Behandling av agitasjon**

Behandling av agitasjon er i stor grad avhengig av beroligende medikamenter, til tross for bevis på begrenset effektivitet og signifikante bivirkninger. Antipsykotika, som er en form for psykofarmaka, blir hyppig brukt blant personer med demens for å behandle agitasjon, depresjon, psykotiske symptomer, søvnproblemer og angst. Bruken er gjerne vedvarende, spesielt i sykehjem (Sloane et al., 2004, s. 1796). En tabell presentert på side 254 i Engedal og Haugen (2018) viser at 71% av mennesker med demens på sykehjem i Norge fikk psykofarmaka i 2011. I følge Helvik, Šaltytė Benth, Wu, Engedal og Selbæk (2017, s. 5) står 3 av 4 beboere på sykehjem på psykofarmaka, selv om det kan påvirke demenssykdommen negativt.

Bivirkninger av antipsykotika kan blant annet være sedasjon – tretthet, akinesi – karakterisert av sterkt nedsatt motorikk og akatisi – kriblende uro i kroppen kombinert med merkbare vansker med å holde seg i ro (Norsk Legemiddelhandbok, 2017). I følge Rokstad (2014a, s. 15) må utprøving av legemidler følges nøye med observasjoner for å kunne avdekke økende uro som tegn på bivirkning. Helvik et al. (2017, s. 5) forklarer i sin studie at beroligende legemidler ble administrert av nesten en tredel av beboerne imens rundt en fjerdedel brukte angstdempende legemidler. Studien viser videre at minst brukt var legemidler mot demens og konkluderer med at ikke-farmakologiske tiltak bør være førstevalg før medisiner.

### 3.4.1 Hvorfor ikke-farmakologiske tiltak?

Selbæk (2018, s. 250) hevder at en lang rekke psykososiale og miljømessige tiltak er forsøkt som behandling. Ikke-farmakologiske alternativer har eksistert i årevis, men de har fått relativt lite streng vitenskapelig vurdering. Tiltakene tar sikte på å adressere den miljømessige underliggende årsaken til atferden, man unngår bivirkninger og interaksjoner mellom legemidler samt redusert effekt etter lang tids bruk (Cohen-Mansfield, 2001, s. 363). I tillegg hevdes det at når medikamenter viser en god effekt, kan det skjule det faktiske behovet for å finne ut hva pasienten prøver å kommunisere med sin atferd. Det vil videre begrense omsorgsgivers evne til å vise god omsorg overfor pasienten. En ikke-farmakologisk metode for å redusere agitasjon er å bruke strategier som er mindre fokusert på oppgaven og mer fokusert på personen, personsentrert, mens man utfører oppgaven (Sloane et al., 2004, s. 1796).

## 3.5 Personsentrert omsorg

I følge Rokstad og Røsvik (2018, s. 300) blir personsentrert omsorg i økende grad anbefalt som den foretrukne tilnærmingen i behandling og omsorg for personer med demens. Tiltak og aktiviteter som iverksettes, skal være tilpasset personens behov og ta hensyn til interesser og ressurser etter prinsippene om personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2017a). Det er en sentral utfordring i all demensomsorg å opprettholde et anerkjennende personfokus og være vår og lydhør i samspillet (Furesund et al., 2007, s. 21). Da den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood først beskrev ideen om en personsentrert omsorg på 1990-tallet, understreket han tydelig at det trengtes endring fra en tradisjonell oppgaveorientert pleiekultur til et nytt personsentrert verdigrunnlag som basis i demensomsorgen (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 302).

Rokstad (2014b, s. 42) refererer til Kitwood (1999) når hun skriver at et hovedfokus i en personsentrert tilnærming til personer med demens er å tolke og møte utfordrende atferd som eksempelvis uro, agitasjon eller apati som *kommunikasjon*. Vi kan se på atferden som uttrykk for en lite tilfredsstillende livssituasjon, behov som ikke blir møtt, kjedsomhet, over- eller understimulering eller som en reaksjon på urimelige krav fra omgivelsene (Rokstad, 2014b, s. 31). Rokstad og Røsvik (2018, s. 304) beskriver målet med personsentrert omsorg som det at pasienten først og fremst skal bli møtt som en unik person, og ikke et sykdomstilfelle. Videre

hevder forfatterne at på grunn av endret funksjonsnivå, utfordringer i dagliglivet og kognitiv svikt er personer med demens særlig utsatt for å oppleve degradering av personverd. Kitwood beskriver også hvor viktig det er å møte grunnleggende psykologiske behov hos personer med demens for å bekrefte deres opplevelse av verdi som mennesker. Dette vises igjen i de yrkesetiske retningslinjene til vernepleiere; yrkesutøveren skal gjennom tilrettelegging for medvirkning og dialog bidra til å styrke hver enkeltes mulighet til å leve i samsvar med egne muligheter, verdier og begrensninger (Fellesorganisasjonen, 2015, s. 6).

### 3.5.1 Personalgruppen og kompetanseheving

Støback (2015, s. 80) beskriver at kunnskapene og forståelsen om den enkelte person og demensutvikling må være grunnlaget for handlingsberedskap hos helsepersonell som arbeider med personer med demens. ”Viktige tiltak for å forebygge agitasjon er å ha et miljø som støtter opp under personsentrert omsorg og et personale med kunnskap og holdninger for å møte personer med demens på en personsentrert måte” (Ø. Kirkevold, 2018, s. 267). For å opprettholde personsentrert omsorg og verdigrunnlaget i avdeling, må personalgruppen hele tiden arbeide systematisk (Aldring og helse, 2018d). En kombinasjon av kunnskap, beredskap og fleksibilitet, samt en kollegial raushet hvor man hjelper hverandre i vanskelige situasjoner er også viktig (Thorvik, Helleberg & Hauge, 2014). Rokstad & Røsvik (2018, s. 305) understreker at organisering og ledelse av virksomheten er avgjørende forutsetninger for å lykkes med utviklingen av personsentrert omsorg.

M. Kirkevold (2014, s. 107) skriver at flere studier viser at helsepersonell mangler tilstrekkelig forståelse og kunnskap om hva det innebærer at behandling tar utgangspunkt i en personsentrert omsorg. Rognstad og Nåden (2011, s. 150) konkluderer med at personalet i deres studie ønsket mer kompetanse og trening i hvordan forholde seg til pasienter som har en utfordrende atferd og samtidig opprettholde pasientenes verdighet. For å kunne legge til rette for personsentrert omsorg er med andre ord øking av kompetanse hos omsorgsgiverne viktig. Lovverket støtter opp under dette. Det følger av både Spesialisthelsetjenesteloven § 3-10 og Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8 at virksomheter som yter helsetjenester skal sørge for at ansatte gis den opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Helsedirektoratet spesifiserer dette og legger vekt på at kompetanse om demens innebærer for eksempel kunnskaper om demenssykdommer, kommunikasjon, personsentrert omsorg, kartleggingsverktøy med mer (Helsedirektoratet,



2017b). Konkrete bidrag for tilpasset hjelp og kompetansen til tjenesteyter vil i tillegg ofte være avgjørende i betydningen for tjenestemottakers livskvalitet og for å kunne se personen «bak» sykdommen (Nordlund et al., 2015, s. 18).

### 3.5.2 Hvem er personen «bak» sykdommen?

M. Kirkevold (2014, s. 108) skriver at det er enighet i litteraturen om at de viktigste prinsippene innenfor personsentrert omsorg er fokus på mennesket som et helhetlig og unikt individ, erkjennelse av at personen er ekspert på eget liv, personens hverdagsliv, erkjennelse og respekt for personen «bak» sykdommen og funksjonssvikten. Dette gjenspeiler seg i målet for Demensplanen 2020 som er å skape et samfunn som tar vare på og integrerer personer med demens i fellesskapet, at alle mennesker med demens skal møtes med respekt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). Vi må gjøre oss kjent med personen både slik vedkommende fungerer med demenssykdommen og slik han var før sykdomsutviklingen startet. Hans tidligere roller og personlighet kan virke inn på atferden etter hvert som demenssykdommen utvikler seg (Rokstad, 2014a, s. 6)

Professor Knut Engedal sier om demens at «Langtidshukommelsen bevares bedre enn nærhukommelsen. Demente husker bedre ting fra yngre enn fra eldre år» (SinnetsHelse, 2007). I tillegg til journallesing, kan man enkelt spørre vedkommende og pårørende, se i gamle album sammen med pasienten samt opprette et skjema eller en perm med personopplysninger (Aldring og helse, 2018b). Hensikten med et skjema som dette er at personale kan få nok informasjon om pasienten til å hjelpe med opprettholdelse av selvbilde og identitet samt at gode opplevelser fra livshistorien bevares. «Opplysningene kan være en hjelp for å tilpasses aktivitet og samtale for å gi opplevelse av mestring og glede, samt forebygge angst og uro. Ved hjelp av opplysningene kan pleie- og omsorgspersonalet tilrettelegge for en bedre hverdag» (Aldring og helse, 2012).

## 3.6 Kartlegging av utfordrende atferd

Hallberg (1995, s. 187) hevder at med bakgrunn i behovet for å forstå hva den utfordrende atferden uttrykker, må en bred kartlegging danne grunnlaget for de behandlingstiltakene som velges. En forutsetning for analyse, forståelse og evaluering er at det innhentes kvantifiserbare data om pasientens atferd. Kvantitative data betyr at de data som samles inn, er omgjort til tall (Jacobsen, 2010, s. 65). Forståelsen av utfordrende atferd må bygge på bred innsamling av

informasjon om pasientens bakgrunn, diagnose, helsemessige forhold og relasjon til omgivelsene. Viktige elementer å få med i en slik registrering er type atferd og varighet, tidspunkt på døgnet, i hvilke situasjoner atferden opptrer, og hva som har skjedd like før eller i sammenheng med atferden og hvem eller hva atferden er rettet mot – også kalt en funksjonell analyse. En kritisk vurdering av pasientens omgivelser er også alltid en viktig del av utredning av agitasjon (Hallberg, 1995, s. 187). Under kartleggingen av utfordrende atferd hos personer med demens har en sett på sammenhengen mellom tidligere personlighet og atferdsendringer etter demensutvikling. Det viste seg at mange av pasientene med denne atferden i utgangspunktet var sterke, selvhevdende og selvstendige personligheter. Mange pasienter gjør, selv langt ut i demensforløpet, likevel fortvilte forsøk på å ivareta sine plikter som mor, husmor, skoleelev eller arbeidstaker. Dette medfører mye uhensiktsmessig og urolig atferd (Rokstad, 2014a).

Tre skalaer som er brukt i flere av forskningsartiklene er Quality of life in late-stage dementia (QUALID), The neuropsychiatric inventory for the nursing home (NPI) og Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). QUALID består av 11 observerbare symptomer hvor en skal krysse av for hvilket svaralternativ som passer for pasienten gjennom den siste uken. Disse symptomene er blant annet om pasienten smiler, virker trist, gråter, viser kroppslige ubehag, er irritabel, nyter å spise, liker kroppskontakt og samvær med andre (Aldring og helse, 2018c). En høyere score indikerer en dårligere livskvalitet (Rokstad et al., 2013).

NPI er en skala hvor en måler frekvens og alvorlighetsgrad fra 1-12 av alvorlige symptomer som blant annet vrangforestillinger, hallusinasjoner, agitasjon eller aggresjon, depresjon, angst, apati eller likegyldighet, irritabilitet, søvn og appetittendring som oppstår per dag i løpet av en uke (Aldring og helse, 2018a). van de Ven et al. (2013, s. 2) forklarer at CMAI består av 29 lett observerbare symptomer som er delt inn i fire forskjellige emner: psykiske/aggressive, psykiske/ikke-aggressive, verbal/aggressive og verbal/ikke-aggressive (vedlegg 3). Den norske versjonen består av ni elementer: slåing, skubbing, vandring, rastløshet, repeterende setninger og manier, klaging og underlige lyder. Frekvensene av disse symptomene er karakterisert fra 1 (aldri) til 7 (flere ganger i timen), noe som resulterer i en minimumscore på 9 og en maksimal score på 63. En høyere score indikerer mer agitasjon (Rokstad et al., 2013).

### 3.6.1 Dementia Care Mapping

Utfordringen ligger i at personsentrert omsorg i utgangspunktet er en omsorgsfilosofi og ikke en metode klar for implementering. Kitwood så at det var behov for en konkret metode for å innføre personsentrert omsorg i praksis, og utviklet derfor Dementia Care Mapping (Rokstad & Røsvik, 2018). Det er en metode for å forbedre livs- og omsorgskvalitet for personer med demens og bygger på teorien om personsentrert omsorg der behovene for trøst, identitet, inklusjon, beskjeftigelse og tilknytning er særlig vektlagt (Aldring og helse, u.å.). DCM er en standardisert kartleggingsmetode, som både er et verktøy og en prosess. Som et verktøy består DCM av dybdegående observasjoner av mennesker med demens over 4-6 timer i pleiesituasjoner. Dataen samles inn på systematisk og detaljert vis ved nedtegnelser av pasientens atferd i tidsrammer på fem minutter. Der vurderes og nedtegnes koder for pasientens tegn til trivsel eller mistrivsel. En får da 12 registreringer på atferd og trivsel per time (Rokstad, 2014b, s. 148).

Proessen går ut på at bruk av DCM som metode for implementering av personsentrert omsorg i praksis, inkludert forberedelser, kartlegging, tilbakemelding på observasjoner til omsorgspersonell, handlingsplanlegging, overvåking av fremdrift over tid og re-observasjoner (Rokstad et al., 2013). DCM brukes også for å observere personalets grad av personsentrert praksis, pasientens velvære, atferd og aktivitet i samhandlingen mellom personale og personer med demens. Denne metoden kan være et nyttig verktøy i utvikling av en bedre demensomsorg der forebygging av utfordrende atferd blir en viktig faktor (Rokstad, 2014b, s. 148).

Kitwood (1999) referert i Rokstad (2014b, s. 87) forklarer at metoden beskrives som et seriøst forsøk på å innta perspektivet til personen med demens ved å bruke en kombinasjon av empati og observasjonsdyktighet. Disse observasjonene blir systematisert og meldt tilbake til en samlet personalgruppe. Der diskuteres det videre forbedringstiltak basert på observasjonene (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 305). Rokstad og Vatne (2011, s. 78) rapporterte at tilbakemeldingen til personalgruppen basert på DCM-kartleggingen bidro til nye måter å møte pasientene på. Tilbakemeldingene til personalgruppen bidro også til flere refleksjoner i fellesskap, nye måter å møte pasientene på og selvrefleksjoner over egen praksis. Likevel avhenger dette av at det skapes møtesteder der personalet kan reflektere i fellesskap i tillegg til kartleggerens evne til å gi konstruktiv tilbakemelding.

## 4.0 Resultater

I denne delen av oppgaven presenteres de fire forskningsartiklene som er inkludert for å belyse problemstillingen. Videre oppsummeres hovedfunnene i et eget kapittel.

### 4.1 Presentasjon av artikkel 1

Studien “Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial” er skrevet av Lynn Chenoweth, Madeleine T King, Yun-Hee Jeon, Henry Brodaty, Jane Stein-Parbury, Richard Norman, Marion Haas og Georgina Luscombe. Studien er fra 2009 og utført i Australia. Forfatterne innleder med å skrive at resultater fra andre studier hvor personsentrert omsorg og DCM har vært studert er i stor grad basert på observasjon. Målet her var å gjøre en stor randomisert sammenligning av personsentrert omsorg, DCM og vanlig pleie. En annen hensikt med denne studien var å vurdere om disse tiltakene i forhold til vanlig pleie kan forbedre livskvaliteten og redusere bruken av psykofarmaka og ulykkes- eller skadefrekvenser.

For å nå målet sitt utførte forfatterne en klyngebasert kontrollert test der de 15 sykehjemmene med 289 pasienter tilfeldig ble tildelt personsentrert omsorg, Dementia Care Mapping eller vanlig pleie. Omsorgsgiverne fikk trening og veiledning i intervensjonene eller beskjed om å fortsette vanlig pleie. Tildelingen ble skjult for de som skulle bedømme utfallene. Målinger ble gjort før og etter 4 måneders intervensjon, og ved 4 måneders oppfølging. Det primære utfallet av agitasjon ble målt med kortversjonen av CMAI, sekundære utfall med NPI, og livskvalitet med skalaen QUALID.

Resultater og konklusjon: Agitasjon økte i den vanlige pleiegruppen i studieperioden og fortsatte ved oppfølging, imens den ble redusert ved personsentrert omsorg og DCM, også ved oppfølging. Det kommer også frem at personsentrert omsorg utgav den største differansen fra start til slutt. Nevropsykiatriske symptomer økte ved bruk av DCM, men ble betydelig redusert ved personsentrert omsorg. Studien viser videre at ingen av intervensjonene hadde betydelig innvirkning på livskvaliteten til pasientene.

Ved intervensjonsstart hadde pasientene i gruppen med personsentrert omsorg et høyere nivå av antipsykotika enn i de andre gruppene, men det var i denne gruppen, og ikke i DCM-

gruppen, at bruken av antipsykotika ble signifikant redusert. Et annet resultat som kommer frem i denne studien er at det var færre registrerte fall blant pasienter som brukte DCM enn i de andre gruppene. Det ble registrert flere fall enn i utgangspunktet i gruppene som utførte personsentrert omsorg og vanlig pleie. Det kom også frem av studien at miljøet i gruppen som utførte personsentrert omsorg var mindre trygt, men de hadde derimot flere positive sosial- og omsorgsinteraksjoner med pasientene.

Studien konkluderer med at personsentrert omsorg ser ut til å være billigere å implementere enn andre intervensjoner. Selv om resultatene på sykehjemmene som tilbydde personsentrert omsorg var mer variabel enn hos dem som brukte Dementia Care Mapping og vanlige pleie, konkluderer med at personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping synes begge å redusere agitasjon hos personer med demens på sykehjem (Chenoweth et al., 2009).

## **4.2 Presentasjon av artikkel 2**

Artikkelen “Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial” er fra 2013 og skrevet av Geertje van de Ven, Irena Draskovic, Eddy M. M. Adang, Rogier Donders, Sytse U. Zuidema, Raymond T. C. M. Koopmans og Myrra J. F. J. Vernooij-Dassen i Nederland. Her ble effektiviteten av DCM studert ved en tilfeldig klyngebasert kontrollert studie med to DCM-forskere som utførte DCM-intervensjonen. Sykepleiere fra intervensjonssykehjemmet mottok DCM-trening og gjennomførte 4-måneders DCM-intervensjon to ganger i løpet av studien. Det primære utfallet her var agitasjon, målt med skalaen CMAI. Det sekundære utfallet var nevropsykiatriske symptomer målt med NPI. Livskvalitet ble målt på skalaer kalt EuroQol og Qualidem. Påvirkning på personalet og tilfredshet med jobben ble også registrert. Personalet gjorde alle målinger ved intervensjonsstart og to oppfølginger ved fire måneders mellomrom. 34 enheter fra 11 sykehjem, inkludert 434 pasienter og 382 pleiepersonell ble tilfeldig fordelt. Ti sykepleiere fra intervensjonsgruppen fullførte grunnleggende og avansert DCM-trening.

Resultater og konklusjon: Analysen viste ingen statistisk tydelig effekt på agitasjon. Flere nevropsykiatriske symptomer ble rapportert i intervensjonsgruppen enn i vanlig pleie. Dårligere livskvalitet ble rapportert over tid i begge grupper og intervensjonsgruppen viste en reduksjon i kvaliteten på sosiale relasjoner. På den andre siden rapporterte

intervensjonspersonell signifikant færre negative følelsesmessige reaksjoner (som å være skyndte eller nervøse) og mer positive følelsesmessige reaksjoner (som å være optimistiske og avslappet) over tid enn ansatte i kontrollgruppen gjorde (van de Ven et al., 2013).

### 4.3 Presentasjon av artikkel 3

”The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial” er skrevet av Anne Marie Mork Rokstad, Janne Røsvik, Øyvind Kirkevold, Geir Selbæk, Jurate Saltyte Benth og Knut Engedal i 2013. Denne studien er utført i Norge fra januar til desember 2011.

Her ville forfatterne finne ut om Dementia Care Mapping er bedre egnet og mer effektiv enn undervisning av personalet om demens for å redusere agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer. De ville også finne ut om det fantes en påvirkning på livskvaliteten hos mennesker demens på sykehjem. For å finne ut av dette ble det brukt en 10-måneders klasse-randomisert kontrollstudie som sammenlignet DCM med en annen modell. Agitasjon ble målt på en skala kalt Brief Agitation Rating Scale (BARS). Andre nevropsykiatriske symptomer ble målt med NPI, og livskvaliteten ble målt på QUALID-skalaen.

Det ble brukt DCM for å implementere personsentrert omsorg i sykehjemmene. 446 pasienter i 15 sykehjem delte i tre grupper gjennomførte og målingene ble gjort på to ulike skalaer. Alle tre gruppene fikk fem DVD-er på 30 minutter hver om demens. Den ene gruppen brukte DCM, den andre brukte en intervensjon kalt VIPS-modellen og den tredje gruppen fikk bare DVD-ene. Hypotesen her var at begge metodene ville bli mer effektiv enn å gi personalet DVD-er med undervisning om demens for å redusere agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer hos pasienter på sykehjem. De trodde også at intervensjonene ville føre til en bedre livskvalitet for pasientene. Målinger ble gjort før intervensjonene ble satt inn og etter 10 måneder.

Resultater og konklusjon: Studien fant ingen betydelig effekt på agitasjon i noen av intervensjonene kontra kontrollgruppen. Det positive resultatet er at Dementia Care Mapping viste en effekt på pasientenes livskvalitet. Det har ikke blitt vist i tidligere studier og må undersøkes nærmere. Etter forfatternes oppfatning er begge metodene mulige verktøy for å implementere personsentrert omsorg i de fleste sykehjem (Rokstad et al., 2013, s. 340).

#### 4.4 Presentasjon av artikkel 4

”Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents With Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving” er en studie av Beverly Hoeffler, Karen Amann Talerico, Joyce Rasin, Madeleine Mitchell, Barbara J. Stewart, Darlene McKenzie, Ann Louise Barrick, Joanne Rader og Philip D. Sloane. Den er fra 2006 og utført i USA. Her fikk sertifiserte sykepleieassistenter trening i en personsentrert omsorg tilnærming under dusjing og med håndklebad. Formålet med studien var å testen effektiviteten av disse to intervensjonene, dusjing og håndklebad, sammenlignet med vanlig dusjing. Det primære målet her var å endre det psykososiale miljøet hvor bading eller dusjing foregikk. Meningen var å endre perspektivet fra et oppgavefokusert til et personfokusert.

Metoden som ble brukt var et krysningsdesign der 15 randomiserte sykehjem ble delt inn i to intervensjonsgrupper og en kontrollgruppe på 5 avdelinger hver. I en behandlingsgruppe mottok pasientene personsentrert dusjing, først med dusjing i 6 uker (tid 1) og deretter med håndklebadet i 6 uker (tid 2). Behandlingsordren reversert i den andre behandlingsgruppen. Observasjons- og selvrapporteringsdata ble samlet ved intervensjonsstart og på slutten av tid 1 og tid 2. Det ble analysert data fra 37 sertifiserte sykepleieassistenter som assisterte 69 pasienter ved å bruke 3x2 gjentakende målinger for å sammenligne de tre gruppene i endring fra intervensjonsstart.

Her ville en også finne ut om de to bade-intervensjonene forbedret pleiepersonalets påkjenning under badingen. Det ble målt fem ulike utfall: forsiktighet og verbal støtte, selvsikkerhet og letthet samt påvirkningen atferden har på personalet. Forskerassistentene samlet bakgrunnsinformasjon og annen informasjon om sykehjemmene, sykepleieassistentene og pasientene. De filmet også sykepleieassistentene gjennom to bad – et i uke 5 og et i uke 6.

Resultater og konklusjon: Sammenlignet med kontrollgruppen var personalet i behandlingsgruppene signifikant forbedret i bruk av forsiktighet, selvsikkerhet, letthet og verbal støtte. Dersom personalet snakket med andre, sa nedverdiggende kommentarer eller vitser, var stille, forhastet og oppgavefokusert, viste pasientene mer agitert og aggressiv atferd. Sammenlignet med vanlig dusjing eller bading, forbedret en personsentrert tilnærming hvordan sykepleieassistentene gav omsorg til pasienter som ble agitert og aggressive under dusjing. Den økte også brukervennligheten som sykepleieassistentene opplevde under

dusjingen. I en tidligere studie av flere av de samme forfatterne ble det rapportert at personsentrert omsorg signifikant reduserte agitasjon, aggresjon og ubehag hos pasienter med demens sammenlignet med kontrollgruppen (Sloane et al., 2004). En personsentrert tilnærming med dusjing og med håndklebadet forbedret, ikke bare hvordan omsorg ble gitt til pasientene som viste utfordrende atferd under dusjing, men også til en viss grad hvordan pleiepersonalet opplever det å utføre selve dusjingen (Hoefffer et al., 2006).

## 5.0 Hovedfunn

Oppsummert kommer frem av studien til Chenoweth et al. (2009) at både personsentrert omsorg og DCM ser ut til å redusere agitasjon. Hoefffer et al. (2006) og Sloane et al. (2004) konkluderer med at personsentrert omsorg påvirker både personalets måte å gi omsorg og pleie på, i tillegg til at agitasjon reduseres med denne tilnærmingen. I Rokstad et al. (2013) sin studie derimot, viser resultatene at verken personsentrert omsorg eller DCM ser ut til å ha effekt på agitasjon. Det samme gjelder studien til van de Ven et al. (2013) som også hevder at DCM ikke har effekt på agitasjon. Et fellestrekk hos alle disse fire studiene er at det uttrykkes at det trengs flere studier av høy validitet og relabilitet for å bekrefte eller avkrefte funnene som er gjort.

## 6.0 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg presentere en resultatdiskusjon hvor jeg analyserer, vurderer, tolker og stiller spørsmål ved funnene mine opp mot teori for å diskutere problemstillingen: *Hva sier forskning om bruk av Dementia Care Mapping for å implementere personsentrert omsorg, og hvilken effekt har disse metodene på utfordrende atferd hos mennesker med demens?* Når en vurderer materialet sitt, er det for å få frem både de muligheter og begrensninger det har for å belyse problemstillingen. Drøftingen skal vise hva den nye kunnskapen kan bidra med i forståelsen av problemstillingen (Dalland, 2017, s. 200).

### 6.1 Nevropsykiatriske symptomer

I Chenoweth et al. (2009) sin studie økte nevropsykiatriske symptomer ved bruk av DCM og vanlig pleie. På samme måte, ble det i studien til van de Ven et al. (2013), også rapportert



flere nevropsykiatriske symptomer over tid hos intervensjonsgruppen som brukte DCM i forhold til kontrollgruppen. Hvorfor kan dette være tilfelle?

I følge van de Ven et al. (2013, s. 6) kan dette være at på grunn av DCM-intervensjonen utviklet personalet i intervensjonsgruppen forbedrede observasjonsferdigheter. Med bakgrunn i det som Rokstad (2014b, s. 148) skriver om at data som er basert på observasjon samles inn på systematisk og detaljert vis ved nedtegnelser av pasientens atferd, er ikke dette usannsynlig. Personalet i studien til van de Ven og hans kolleger var i utgangspunktet ikke interessert i DCM, men i forhold til gruppen som gav vanlig pleie, utviklet arbeidsrelaterte følelsesmessige reaksjoner seg hos personalet til mer positive. Dermed ble det utført bedre og flere registreringer av nevropsykiatriske symptomer i intervensjonsgruppen enn i gruppen som utførte vanlig pleie (van de Ven et al., 2013, s. 6). Chenoweth et al. (2009) på sin side at forklarer at økningen av nevropsykiatriske symptomer skyldes at symptomene som ble kategorisert som nevropsykiatriske symptomer, som for eksempel vrangforestillinger og hallusinasjoner, mindre sannsynlig ble påvirket av psykososiale tilnæringsmåter enn symptomene som var kategorisert under agitasjon. Forbedringer innen nevropsykiatriske symptomer var også vanskeligere for observatører å oppdage enn symptomer som klassifiseres som agitasjon (Chenoweth et al., 2009, s. 322).

## 6.2 Psykofarmaka og fall

I Chenoweth et al. (2009) sin studie var bruken av antipsykotika høyere i personsentrerte pleieområder enn i DCM og vanlige pleieområder ved intervensjonsstart. Dersom man ser resultatene fra et overordnet perspektiv, ser man at selv om andelen antipsykotika var høyere hos gruppen som mottok personsentrert omsorg, var det i *denne* gruppen forbruket gikk mest ned fra intervensjonsstart til oppfølging. Medikamentbruken gikk også litt ned ved vanlig pleie, men derimot økte i gruppen som brukte DCM etter intervensjonen var over. Jeg mener at det kan stilles spørsmål ved om det er en sammenheng med at nevropsykiatriske symptomer også økte ved bruk av DCM. Ved oppfølging var bruken av antipsykotika i DCM-gruppen tilbake til utgangspunktet.

Andelen pasienter som falt gikk ned fra oppstart til oppfølging med DCM, imens den økte ved personsentrert og vanlig omsorg. Jeg tenker at en grunn til dette kan være at pasientene i gruppen som gav personsentrert omsorg hadde som angitt tidligere i utgangspunktet et høyere

nivå av antipsykotika enn i de andre gruppene ved intervensjonsstart. Ut fra min forståelse er det mulig at det høye nivået av antipsykotika kan ha vært med på å påvirke denne registreringen. Som nevnt, kan antipsykotika påvirke motorikk, gi tretthet og uro (Norsk Legemiddelhandbok, 2017). En rekke legemidler gir også blodtrykksfall når pasienten reiser seg fra stol eller seng. Dette blodtrykksfallet gjør pasienten ustø og svimmel (Rokstad, 2014a, s. 15). Ingen av de andre valgte forskningsartiklene adresserer medikamentbruk eller fall i sin resultatdel, men likevel presiseres funnene til Chenoweth et al. (2009) fordi de kan være med på å belyse en viktig side ved problemstillingen.

### **6.3 Metodenes effekt på livskvalitet**

Som nevnt, så har livskvalitet i økende grad blitt anerkjent som en viktig dimensjon i demensforskning for å avgjøre effekten av en bestemt behandling eller intervensjon (Rokstad et al., 2013, s. 341). Chenoweth et al. (2009) fant ingen forbedringer i livskvalitet i noen av intervensjonsgruppene sine. I kontrast til resultatene fra denne studien, fant studien til Rokstad et al. (2013), en *tydelig* forskjell mellom DCM-gruppen og kontrollgruppen i forhold til livskvalitet. Studien fremhever at dette ikke har blitt registrert i noen studie tidligere og at det er behov for mer kontrollerte studier for å bekrefte funnene (Rokstad et al., 2013). Hva kan være grunnen til så sprikende resultater når begge disse studiene utførte målingene på samme skala? I følge Chenoweth et al. (2009, s. 324) kan de sprikende resultatene skyldes at elementene som inngår i skalaen, som for eksempel spising, berøring og interaksjoner er mer subtile erfaringer og derfor vanskeligere å observere og dømme enn tydelig agitert atferd registrert i en annen skala.

### **6.4 Metodenes effekt på agitasjon**

Studien til Chenoweth et al. (2009) viser at når det gjaldt måling av agitasjon, var der en tydelig samlet effekt hos gruppene som gav personsentrert omsorg og brukte DCM – både etter intervensjonsslutt og over tid. Det samme gjelder studien til Sloane et al. (2004) som viste tydelig effekt av personsentrert omsorg. I motsetning til dette fant Rokstad et al. ingen effekt av personsentret omsorg. I Chenoweth et al. (2009) sin studie fikk intervensjonsgruppene vesentlig mer tilsyn, ukentlig eller ved vanlig telefonkontakt, enn noen av intervensjonsgruppene i studien til Rokstad et al. (2013). Ut fra min forståelse kan dette være en faktor som kan ha påvirket at resultatene ble så forskjellige. Jeg mener at uavhengig

av metodenes effekt, er det sentralt å som Kirkevold (2014), Demensplanen 2020, Helse- og omsorgsdepartementet (2015) og Rokstad (2014a) skriver, at man ser personen «bak» sykdommen. Av egne erfaringer blir mennesker med demens ofte lettere til sinns når de får fortelle om sitt tidligere liv. Skjemaet eller permen nevnt tidligere har i mitt arbeid med mennesker med demenssykdom vært et hensiktsmessig og godt verktøy for å kunne se personen «bak» sykdommen, som videre vil kunne redusere agitasjon.

van de Ven et al. (2013) hevder også at ingen av metodene har effekt på agitasjon. Selv om studien til Rokstad et al. (2013) heller ikke fant merkbar effekt, skriver forfatterne her at personsentrert omsorg *kan* likevel redusere og forhindre agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer hos sykehjemspasienter med demens. Rokstad & Røsvik (2018, s. 305) underbygger dette og fremhever i sitt kapittel at selv om resultatene fra forskningen ikke er entydig eller overbevisende så langt, og at selv om det ikke er vist effekt så betyr ikke det at personsentrert omsorg ikke har effekt. Videre presenterer forfatterne en hypotese om at en grunn til den manglende effekten kan være at det for det første er stor variasjon i antall inkluderte deltakere, kriterier for inklusjon og varighet samt innhold i intervensjonene. For det andre kan de organisatoriske forutsetningene også være med på å påvirke resultatene til studiene.

Selbæk (2018, s. 250) fremhever på samme måte at flere tiltak er krevende og mange av studiene er metodisk svake. På den andre siden er risikoen for bivirkninger og komplikasjoner er allikevel lav og flere av tiltakene har et så åpenbart positivt utfall at de trolig bør iverksettes uavhengig av om man har klart å vise effekt med strenge vitenskapelige metoder.

## **6.5 Innvirkning av personsentrert omsorg på personalet**

For personalet som arbeider på sykehjem er det krevende å møte og på en god måte ta vare på personer med utfordrende atferd og demens (Haugen, 2009, s. 12). I Hoeffler et al. (2006) sin studie følte personalet som utførte den personsentrerte dusjingen at de hadde mer selvtillit og følte seg mer forberedt. Sammenlignet med kontrollgruppen var behandlingsgruppene signifikant forbedret i bruk av forsiktighet, selvsikkerhet, letthet og verbal støtte. Pleiepersonalet brukte kortere tid på å assistere pasientene med dusjing, de følte seg mindre frustrert, utfordret og redd.

På samme måte fant van de Ven (2013) i sin studie positiv effekt på personalet. Intervensjonspersonell rapporterte færre negative og flere positive emosjonelle reaksjoner under arbeidet – selv om de i utgangspunktet var lite interessert i personsentrert omsorg. Færre stressrelaterte symptomer ble rapportert: personalet i intervensjonsgruppen opplevde signifikant færre negative følelsesmessige reaksjoner, som å være skyndte eller nervøse, og flere positive følelsesmessige reaksjoner, som å være optimistiske og avslappet over tid enn ansatte i kontrollgruppen gjorde. Som nevnt tidligere har en tydelig sammenheng blitt funnet mellom fravær av personale og dårlig livskvalitet hos pasienter. Disse funnene understreker behovet for tiltak for å lette stress på pasienter og personale (Ven et al., 2013, s. 1). Det at disse studiene viser at personsentrert omsorg gir positiv effekt på personalet er med dette et viktig aspekt i drøftingen om disse metodene bør implementeres på sykehjem nettopp fordi pleierens følelser, forventninger og holdninger har innvirkning på pasientens atferd (Rokstad, 2014a, s. 19).

#### 6.5.1 Kompetanseheving

M. Kirkevold (2014, s. 107) skriver som nevnt at flere studier viser at helsepersonell mangler tilstrekkelig forståelse og kunnskap om hva det innebærer at behandling tar utgangspunkt i en personsentrert omsorg. I Hoeffler et al. (2006) sin studie kommer det frem at effektiv kommunikasjon og omsorg over pasienter med demens og agitasjon er viktige områder å få trening i. Selv trening av erfarne sykepleierassistenter i denne studien kan forbedre deres ytelse og erfaringer ved assistanse av mennesker med demens som viser agitasjon. For å realisere personsentrert omsorg kommer det også frem både i denne litteraturstudien, lovverk og annen faglitteratur at det trengs godt lederskap, stabil ledelse, effektive kommunikasjonskanaler og sterkt samarbeid. Som skrevet tidligere, ble det også i Rognstad og Nåden (2011) konkludert med at personalet ønsket mer kompetanse og trening i hvordan forholde seg til pasienter som har en utfordrende atferd og samtidig opprettholde pasientenes verdighet. Helsedirektoratet har på samme måte understreket viktigheten ved kompetanse blant personalet: For å legge til rette for personsentrert omsorg skal man etablere rutiner for opplæring og kompetanseutvikling til alle ansatte innen personsentrert omsorg og behandling (Helsedirektoratet, 2017b).

## 6.6 Dementia Care Mapping for å implementere personsentrert omsorg

Studien til Rokstad et al. (2013) påpeker at etter deres oppfatning er DCM et mulig verktøy for å implementere personsentrert omsorg i de fleste sykehjem. Dette støttes av også Chenoweth og hans kolleger (2009) som konkluderer med at DCM fungerer. Som nevnt, kan denne metoden være et nyttig verktøy i utvikling av en bedre demensomsorg der forebygging av utfordrende atferd blir en viktig faktor (Rokstad, 2014b, s. 148). van de Ven et al. (2013) på sin side hevder at DCM ikke viste noen statistisk tydelig effekt på agitasjon. I motsetning til Chenoweth et al. (2009), hvor eksperter utførte DCM-intervensjonen i alle deltakende enheter, trente van de Ven et al. ti sykepleiere til å utføre intervensjonen uten ekstra støtte fra eksperter. Dette kan tenkes å være en årsak til at resultatene ble ulike.

Chenoweth et al. (2009) valgte sykehjem som hadde oppgavebaserte, ikke personsentrerte omsorgssystemer. van de Ven et al. (2013) på sin side gjorde det motsatte. De brukte ingen kriterier for valg av sykehjem og i begynnelsen av deres studie hevdet alle sykehjemmene å jobbe personsentrert. Dette kan også ha vært med på å tydeliggjøre forskjellen mellom resultatene i studiene. Det kan tenkes at van de Ven et al. sin kontrollgruppe jobbet mer personsentrert i utgangspunktet enn kontrollgruppen til Chenoweth og hans kollegaer (2009) som var mer preget av oppgavebasert omsorg.

### 6.6.1 Innvendinger og påvirkning på personalet

Rokstad og Vatne (2011, s. 29) hevder at innvendinger har gått på at metoden er ressurs- og tidkrevende, og at studier som utdyper innvirkning på personalet etterlyses. Masteroppgaven til Jøranson (2010) presenteres nettopp dette rundt DCMs innvirkning på personalet. Her fikk prosjektgruppemedlemmene som brukte DCM en opplevelse av harmoni når bare de jobbet sammen. I likhet med studien til van de Ven et al. (2013) fikk personalet en følelse av motivasjon, fellesskap og glede over jobben. Jøranson (2010) beskriver på sin side at utfordringen oppsto når andre pleiere, som ikke var i besittelse av samme kompetansen, skulle jobbe sammen med dem. Arbeidet ble mer krevende, pleiekulturen ble utfordret og det ble mangel på flyt i arbeidet.

Enda mer problematisk ble det når prosjektgruppen skildret sine opplevelser rundt at det ikke var greit blant andre kolleger at de sier i fra om omsorgsutøvelse de ikke mente var forenlig med det de definerte som personsentrert omsorg. Det oppsto dermed en mistillit mellom

ansatte i ulike grupper. Denne mangelen på tillit vanskeliggjør konstruktiv kritikk og tilbakemeldinger (Jøranson, 2010, s. 88-89). Som nevnt avhenger nye måter å møte pasientene på og refleksjoner av kartleggerens evne til å gi konstruktive tilbakemeldinger (Rokstad & Vatne, 2011, s. 28). Mangelen på tillit kan ikke minst også få konsekvenser for utvikling av den faglig beste og mest hensiktsmessige demensomsorgen (Jøranson, 2010, s. 88-89). Ser man situasjonen fra en annen side kan sterke gruppekulturer føre til endringsvillighet for å stå bedre rustet til å møte fremtidens utfordringer og krav.

## 7.0 Avslutning

I denne bacheloroppgaven har jeg fordypet meg i hvordan personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping kan brukes som verktøy i demensomsorgen for å redusere og forebygge utfordrende atferd. Jeg har prøvd å finne ut effekten av disse metodene og om disse kan bli brukt som redskap for helsepersonell i behandling av mennesker som har en demensdiagnose med utfordrende atferd og drøftet dette opp mot funnene gjort i denne litteraturstudien. I teoridelen og i drøftingen har jeg forsøkt å finne et svar på problemstillingen min. Selbæk (2018, s. 250) hevder som nevnt at en lang rekke psykososiale og miljømessige tiltak er forsøkt som behandling. Flere intervensjoner har vist lovende resultater, men det er vanskelig å konkludere rundt hva som faktisk fungerer. Studiene i denne oppgaven viser nettopp dette da resultatene er motstridende.

Oppsummert viser teori og forskning at mange pasienter på sykehjem får psykofarmaka. I denne besvarelsen kommer det frem at ikke-medikamentelle tiltak bør være testet ut før bruk av psykofarmaka mot utfordrende atferd. Spesielt i situasjoner hvor pasienten skal stelles eller dusjes oppstår ofte aggresjon og utfordrende atferd som slåing, sparring, roping og kniping. Denne typen atferd påvirker personalet i stor grad: Det fører til blant annet påkjenninger som redsel, stress og i verste fall sykemeldinger.

Med bakgrunn i drøftingen som nettopp er gjort, kan personsentrert omsorg i de aller fleste tilfeller være med på å redusere og forebygge agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer hos pasienter med demens på sykehjem. Risikoen for store negative ringvirkninger er lave, påkjenningen på personalet blir mindre og livskvaliteten hos pasientene kan øke. Det kommer også frem av flesteparten av forskningsartiklene at DCM er en god metode å implementere denne omsorgen på. Metoden fører til økt bevisstgjøring,

selvrefleksjon hos personalet og nye måter å møte pasientene på. På den andre siden kan DCM også medføre mistillit og sterke gruppekulturer dersom bare deler av personalet innfører denne metoden. Mye avhenger derfor av personalets innstilling til forandring og at alle er villige til å bidra. Det kommer også frem av besvarelsen at personalet ønsker, trenger og har rett på opplæring for å kunne håndtere utfordrende atferd.

## 7.1 Refleksjoner og anbefalinger til videre forskning

Selv har jeg ingen erfaring fra noen av disse metodene i praksis – jeg ville som nevnt øke min kunnskap rundt bruken av metodene. Selv om fokuset primært skulle ligge på reduksjon av utfordrende atferd, har det vært viktig å se på andre aspekter som for eksempel livskvalitet, andre nevropsykiatriske symptomer, påvirkning på personalet, fall og medikamentbruk. Grunnen til dette er fordi om personsentrert omsorg og DCM skal implementeres for å redusere agitasjon, er det like viktig i mine øyne å se på hvilke ringvirkninger dette kan få. Det hjelper ikke at agitasjon reduseres om livskvalitet blir dårligere og antall fall øker – da kan ringvirkningene bli større enn formålet med intervensjonen.

Når mine funn sees i lys av annen litteratur, forskning og teori frigjøres nye tolkninger av sammenhenger. Med bakgrunn i dette vil jeg påstå at dette er metoder som er verdt å implementere i demensomsorgen. Hva har man å tape? Enten fungerer det, eller så fungerer det ikke – men da har man i alle fall *prøvd* noe som har dokumentert effekt på agitasjon. Og det er vel bedre enn å ikke gjøre noe? I mine øyne er gevinsten av personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping større enn tapet, noe som også vises i denne oppgaven. Selv om enkelte studier ikke har bevist effekt, så har de heller ikke presisert noen store ulemper av intervensjonene. Både forskning og teori viser at å se *pasienten* fremfor atferden er utrolig viktig, og jeg vil si det må være hovedbudskapet her. Vedkommende har faktisk vært gjennom et langt liv på godt og vondt, dette må respekteres og det synes jeg gjenspeiles godt i diktet presentert innledningsvis.

Av egne erfaringer vet jeg at å ikke føle seg trygg i løpet av en arbeidsdag påvirker blant annet både pasientene, kollegaene og ledelsen like mye som meg som omsorgsarbeider. Om økt kunnskap rundt personsentrert omsorg og DCM kan gi trygghet og en ny forståelse rundt pasientens situasjon er jeg enig i det som kommer frem av oppgaven rundt kompetanseheving.

Å blant annet få tilbud om å gjennomføre kurs via arbeidsplassen, uavhengig av stilling og stillingsprosent, er i mine øyne kvalitetssikring.

Spesielt et funn i denne oppgaven overrasket meg: At det i Chenoweth et al. (2009) sin studie ble registrert flere fall blant pasientene i gruppen som mottok personsentrert omsorg. Selv om noen mulige årsaker allerede er belyst i denne oppgaven er dette noe en nærmere kan, og burde, finne ut hvorfor. Av egne erfaringer vet jeg hvor store konsekvenser et fall kan ha for en pasient. At nevropsykiatriske symptomer økte etter intervensjonsslutt i flere av studiene overrasket meg derimot ikke. I tillegg til årsakene som allerede er angitt i drøftingsdelen, tenker jeg at symptomene kan komme av at en intervensjon er fjernet. Fra mitt faglige ståsted vil å plutselig fjerne et tiltak som kanskje fungerte, naturligvis kunne resultere i frustrasjon. Denne hypotesen forsterkes da pasientenes nevropsykiatriske symptomer i Chenoweth (2009) sin studie økte rett etter intervensjonen var over, men gikk tilbake til utgangspunktet ved oppfølging.

Det vanskelige her er at personsentrert omsorg kan være alt og ingenting. Begrepet er veldig overordnet og mange av ordene som forklarer begrepet er vanskelige å bevisst utføre i praksis. Jeg tenker at så lenge en bruker for eksempel DCM til å implementere personsentret omsorg og om en gjør et seriøst forsøk på å forstå personens tidligere liv opp mot å tolke atferden som en form for kommunikasjon så har en kommet et langt steg på veien mot å redusere og forebygge utfordrende atferd.



## 8.0 Litteraturliste

- Aldring og helse. (2012). Personopplysninger - Min Livshistorie Hentet fra <https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Personopplysningskjema.pdf>
- Aldring og helse. (2018a). Skalaer og tester - NPI-Q Neuropsychiatric Inventory. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Aldring og helse. (2018b). Skalaer og tester - Personopplysninger. Min Livshistorie. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Aldring og helse. (2018c). Skalaer og tester - QUALID Quality of life in Late-Stage Dementia. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>
- Aldring og helse. (2018d, 10. juli). VIPS praksismodell: Implementering av personsentrert omsorg i praksis. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/personsentrert-omsorg/vips-praksismodell/>
- Aldring og helse. (u.å.). Dementia Care Mapping (DCM). Hentet fra <http://kurs.helsekompetanse.no/fagnett-miljobehandling/14628>
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*, 8(4), 317-325. doi:10.1016/S1474-4422(09)70045-6
- Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*, 9(4), 361-381. doi:10.1097/00019442-200111000-00005
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling*. Sem: Aldring og helse akademisk.
- eStudie. (2016, 23. mai). Feilkilder og usikkerhet ved resultatene. Hentet fra <https://estudie.no/feilkilder-usikkerhet-ved-resultatene/>
- Fellesorganisasjonen. (2013, 04. august). Vernepleieren – Utdanningen og profesjonen. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/138993-1377694144/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Vernepleier.pdf>
- Fellesorganisasjonen. (2015). Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsvitere - Stå opp for trygghet. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1320310/01%20Om%20FO/Hefter%20og%20publikasjoner/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument%202015.pdf>
- Folkehelseinstituttet. (2016). Fakta om livskvalitet og trivsel i Norge. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel-i-norge/>

- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. utg. utg.). Stockholm: Natur & kultur.
- Furesund, A. S., Wogn-Henriksen, K., Lykkeslet, E. & Skrondal, T. (2007). Signe som ikke ville dusje : om sansestimulering og samspill. *Demens og alderspsykiatri*, 22(1).
- Glasziou, P. & Heneghan, C. (2009). A spotter's guide to study designs. *Evidence - Based Nursing*, 12(3), 71-72.
- Gundersen, K., Moynahan, L. & Olsen, T. S. (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hallberg, I. R. (1995). *Klinisk omvårdnadshandledning: handledning och individualiserad omvårdnad i demensvård*. Stockholm: Liber utbildning.
- Haugen, P. K. (2009). *Skulder ved skulder : demens og utfordrende atferd*. Tønsberg: Aldring og helse.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020. Et mer demensvennlig samfunn*. Oslo. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf).
- Helse- og omsorgstjenesteloven. Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2016). Livskvalitet og psykisk helse. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/livskvalitet-og-psykisk-helse>
- Helsedirektoratet. (2017a). *Demens. Nasjonal faglig retningslinje om demens* (IS-2658). Oslo. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonale-faglige-retningslinjer-om-demens>
- Helsedirektoratet. (2017b, 17. desember). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://www.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Helvik, A.-S., Šaltytė Benth, J., Wu, B., Engedal, K. & Selbæk, G. (2017). Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway, 17(1). doi:10.1186/s12877-017-0440-5
- Hoeffler, B., Rader, J., McKenzie, D., Lavelle, M. & Stewart, B. (1997). REDUCING AGGRESSIVE BEHAVIOR: During Bathing Cognitively Nursing Home Residents. *Journal of Gerontological Nursing*, 23(5), 16-23. doi:10.3928/0098-9134-19970501-07

- Hoefffer, B., Talerico, K. A., Rasin, J., Mitchell, C. M., Stewart, B. J., McKenzie, D., ... Sloane, P. D. (2006). Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents with Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving. *Gerontologist*, 46(4), 524-532. doi:10.1093/geront/46.4.524
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring : innføring i metode for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforl.
- Jøranson, N. (2010). *Et langt lerret å bleke. Om personalerfaringer etter et implementeringsprosjekt med Dementia Care Mapping på en sykehjemsavdeling* (Masteroppgave). Universitetet i Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28190/MasteroppgavexJoransonxverx3.pdf?sequence=2>
- Kirkevold, M. (2014). Personsentrert og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s.106-121). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-276). Sem: Aldring og helse akademisk.
- Kitwood, T. (2011). Dementia reconsidered: the person comes first. *Adult Lives: A Life Course Perspective*, 89.
- Kunnskapssenteret. (2015, 19. mars). Kritisk vurdering av forskningsartikler – kan vi stole på forskningen? Hentet fra [file:///Users/bruker/Downloads/Kritisk%20vurdering\\_19%2003%202015%20til%20publisering%20\(3\).pdf](file:///Users/bruker/Downloads/Kritisk%20vurdering_19%2003%202015%20til%20publisering%20(3).pdf)
- NDLA. (2002, 20. mars). Hva ser du, søster? Hentet 18. april 2018 fra [https://www.nrk.no/trondelag/hva-ser-du\\_-soster\\_-1.78757](https://www.nrk.no/trondelag/hva-ser-du_-soster_-1.78757)
- Nordlund, I., Thronsen, A. & Linde, S. (2015). *Innføring i vernepleie : kunnskapsbasert praksis, grunnleggende arbeidsmodell*. Oslo: Universitetsforl.
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2017, 11.september). L5.2 Antipsykotika. Hentet fra <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/52082>
- Rogers, J. C., Holm, M. B., Burgio, L. D., Granieri, E., Hsu, C., Hardin, M. & McDowell, B. J. (1999). Improving Morning Care Routines of Nursing Home Residents with Dementia. *J Am Geriatr Soc*, 47(9), 1049-1057. doi:10.1111/j.1532-5415.1999.tb05226.x
- Rognstad, M.-K. & Nåden, D. (2011). utfordringer og kompetanse i demensomsorgen ; pleieres perspektiv. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 143-155.
- Rokstad, A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs : når atferd blir vanskelig å mestre* (2. utg.). Tønsberg: Forl. aldring og helse.

- Rokstad, A. M. M. (2014a). Demensomsorgens ABC: Hefte 9 - Perm 1. Atferdsendringer hos personer med demens. I *Aldring og helse. Nasjonal kompetansetjeneste* (6 utg., s. 1-36). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Rokstad, A. M. M. (2014b). *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.
- Rokstad, A. M. M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-314). Sem: Aldring og helse akademisk.
- Rokstad, A. M. M., Røsvik, J., Kirkevold, Ø., Selbaek, G., Saltyte Benth, J. & Engedal, K. (2013). The effect of person-centred dementia care to prevent agitation and other neuropsychiatric symptoms and enhance quality of life in nursing home patients: a 10-month randomized controlled trial. *Basel; Dement Geriatr Cogn Disord*. 36 (5-6). 340-353. doi: 10.1159/000354366
- Rokstad, A. M. M. & Vatne, S. (2011). Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien forskning*, (1), 28-34.
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-276). Sem: Aldring og helse akademisk.
- Sinnetshelse. (2007). Demens. Hentet fra <http://www.sinnetshelse.no/artikler/demens.htm>
- Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., ... Koch, G. G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*, 52(11), 1795-1804. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52501.x
- Spesialisthelsetjenesteloven. Lov av 02. juli nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Statistisk sentralbyrå. (2016). *Education-specific labour force and demand in Norway in times of transition*. Hentet fra <https://www.ssb.no/en/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/attachment/283781?ts=15842f3b268>
- Steinberg, M., Shao, H., Zandi, P., Lyketsos, C. G., Welsh-Bohmer, K. A., Norton, M. C., ... Tschanz, J. T. (2008). Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the Cache County Study. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(2), 170-177.
- 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(01), 72-81.
- Støren, I. (2013). *Bare søk! : praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

- Surr, C. A., Walwyn, R. E. A., Lilley-Kelly, A., Cicero, R., Meads, D., Ballard, C., ... Siddiqi, N. (2016). Evaluating the effectiveness and cost-effectiveness of Dementia Care Mapping™ to enable person-centred care for people with dementia and their carers (DCM-EPIC) in care homes: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17, 1-17. doi:10.1186/s13063-016-1416-z
- Thorvik, K. E., Helleberg, K. M. & Hauge, S. (2014). God omsorg for urolige personer med demens, (3). doi:10.4220/sykepleienf.2014.0140
- van de Ven, G., Draskovic, I., Adang, E. M. M., Donders, R., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T. C. M. & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2013). Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial.(Research Article)(Report). *PLoS One*, 8(7), e67325. doi:10.1371/journal.pone.0067325
- Ven, G. v. d., Draskovic, I., Adang, E. M. M., Donders, R., Zuidema, S. U., Koopmans, R. T. C. M. & Vernooij-Dassen, M. J. F. J. (2013). Effects of dementia-care mapping on residents and staff of care homes: a pragmatic cluster-randomised controlled trial. *PLoS One*, 8, e67325-66203.
- Whall, A., Gillis, G., Yankou, D., Booth, D. & Beel-Bates, C. (1992). DISRUPTIVE BEHAVIOR IN ELDERLY NURSING HOME RESIDENTS: A Survey of Nursing Staff. *Journal of Gerontological Nursing*, 18(10), 13-17. doi:10.3928/0098-9134-19921001-04

## Vedlegg 1: Søkeord

**Problemstilling:** *Hva sier forskning om bruk av Dementia Care Mapping for å implementere personsentrert omsorg, og hvilken effekt har disse metodene på utfordrende atferd hos mennesker med demens?*

OR mellom ord i samme kolonne

	Søkeord 1	Søkeord 2	Søkeord 3	Søkeord 4	Søkeord 5	Søkeord 6	Søkeord 7	Søkeord 8
<b>Norsk</b>	Demens	Upassende atferd	Intervensjon	Agitasjon	Aggressiv atferd	Dementia Care Mapping	Person-sentrert omsorg	Utfordrende atferd
<b>Engelsk</b>	Dementia	Inappropriate behavior	Intervention	Agitation	Aggressive behavior	Dementia Care Mapping	Person centred care	Challenging behavior

Dato	Database/søkemotor/nettsted	Søk nr.	Søkeord/søkekombinasjoner	Avgrensninger	Treff	Tittel på lest artikkel (markert rød: disse er brukt i litteraturstudien).
07/03/18	PubMed	1	("Non-pharmacological interventions" AND agitation AND dementia AND "systematic review")	Review og "Best match"	27	Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials
		2	("Dementia care mapping" AND "person-centred care" AND dementia AND "care homes")		13	Evaluating the effectiveness and cost-effectiveness of Dementia Care Mapping to enable person-centred care for people with dementia and their carers (DCM-EPIC) in care homes: study protocol for a randomised controlled trial
13/04/18		3	("Caring for Aged Dementia" AND "person-centred care" AND "dementia-care mapping")	Fra 2010-2018	2	<b>Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial.</b>
10/03/18	Google Scholar	1	("Person centered care" AND dementia AND agitation AND effectiveness)	Fra 2014-2018	1260	Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis
		2	("Nonpharmacological Treatment" AND "Agitation" AND "Individualized Intervention" )	Fra 2000-2018	1	<b>Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention</b>
20/03/18	Scopus	1	("Person centered care" AND agitation AND intervention AND effectiveness AND dementia)	Fra 2014-2018 Review	2	Effectiveness of person-centered care on people with dementia: A systematic review and meta-analysis
		2	("Disruptive behavior" AND elderly nursing home residents AND "nursing staff")	Ingen	3	<b>DISRUPTIVE BEHAVIOR IN ELDERLY NURSING HOME RESIDENTS: A Survey of Nursing Staff</b>
20/03/18	Cinahl	1	("Person centred care" AND agitation or aggression or behaviour AND interventions or strategies or best practices AND dementia or Alzheimers)	"Peer reviewed" Fra 2010-2018 "Person centered care" i tittel	3	<b>The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial</b>

21/03/18	Oria	1	(Review AND "person-centred interventions" AND "care home staff" AND dementia)	Fagfelleurdert Fra 2002-2018	22	The disconnect between evidence and practice: a systematic review of person-centred interventions and training manuals for care home staff working with people with dementia
		2	(Effects AND "Dementia-Care Mapping" AND residents AND "care homes" AND staff)	Fagfelleurdert Siste 5 år Engelsk Innen medisin eller sykepleie	277	<b>Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial</b>
		3	"Nursing Home Residents" AND "Bathing" AND "Effects" AND "Interventions" AND "Caregiving"	Fagfelleurdert Fra 2000-2018 "Nursing homes" Engelsk	100	<b>Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents With Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving</b>
10/04/18	Idunn	1	(Demens OG kompetanse OG utfordringer)	Fra 2010-2018 innen "helse og sosialfag"	49	<b>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen Pleieres perspektiv</b>
14/04/18	Academic Search Elite	1	(Person centered or person-centric or person-centered) AND (dementia or Alzheimers or "cognitive impairment" or "memory loss" or "cognitive decline" or "mild cognitive impairment" AND agitation or aggression or behaviour)	Fra 2004-2018 og "Peer reviewed"	55	Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia
18/04/18	Cochrane Library	1	(Dementia AND agitation AND bathing)	Fra 2012-2018	6	<b>Effect of Person-Centered Showering and the Towel Bath on Bathing-Associated Aggression, Agitation, and Discomfort in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized, Controlled Trial</b>
18/04/18		2	("Dementia-care mapping" AND residents AND "care homes" AND effects)	Ingen	8	Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial
20/04/18		3	"Reducing aggressive behavior" AND bath AND "nursing home residents"	Ingen	2	<b>Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents</b>
21/04/18		4	"Morning care routines" AND "dementia" and "nursing home residents"	Ingen	2	<b>Improving Morning Care Routines of Nursing Home Residents with Dementia</b>
25/04/18	Sykepleien.no	1	"Personsentrert omsorg" og "god omsorg" og "demens"	Fra 2007-2018	16	<b>God omsorg for urolige personer med demens</b>
27/04/18		2	«Dementia Care Mapping»	Fra 2007-2018	15	<b>Hvordan Dementia Care Mapping kan påvirke pleiekulturen i en sykehjemsavdeling</b>
27/04/18		3				<b>Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling</b>

## Vedlegg 2: Oversikt over forskningsartikler

Kilde	Formål	Metode	Hovedfunn	Styrker/svakheter
<b>Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention</b>	Målet med denne studien var å undersøke effekten av en systematisk fremgangsmåte ved individuelle, ikke-farmakologiske intervensjoner for å redusere agitasjon hos mennesker med demens på sykehjem	Placebokontrollert studie som kombinerte ulike metoder, blant annet direkte observasjon via Agitated Behavior Mapping Instrument (ABMI). Evaluering av positiv og negativ påvirkning ble også basert på direkte observasjon og vurdert via Lawton Modified Behavior Stream. Studien ble gjennomført i 12 sykehjem i Maryland; 6 ble brukt som behandlingsanlegg, og 6 som kontrollanlegg. Deltakerne var 167 eldre med demens på sykehjem.	Intervensjoner ble skreddersydd for de enkelte pasientene med utfordrende atferd ved hjelp av en systematisk fremgangsmåte som betraktet type agitasjon og behov. Intervensjoner ble utført i 10 dager i løpet av de 4 timene med mest utfordrende atferd. Gjennomføringen av de individuelle, ikke-farmakologiske tiltakene resulterte i statistisk signifikant reduksjon i total agitasjon i intervensjonsgruppen i forhold til kontrollgruppen fra baseline til behandling. Funnene støtter bruk av individualiserte ikke-farmakologiske inngrep for å behandle agitasjon hos personer med demens og understreker viktigheten for pleiepersonalet å lete etter underliggende årsaker til agitasjonen. De individuelle tiltakene som brukes i denne studien er forankret i personsentrert omsorg.	En styrke ved denne studien er at den er relativt stor. At intervensjonene ble satt inn i løpet av de 4 timene med mest utfordrende atferd kan også være en styrke. Metoden som er brukt har et stramt eksperimentelt design og strenge kriterier – noe som også er positivt. En annen styrke ved studien er at intervensjons- og kontrollgruppen var delt opp i to forskjellige sykehjem for å unngå påvirkning på hverandre. Direkte observasjon er også en nyttig for å nå målet med studien, på grunn av at det er en nokså objektiv metode, og spesielt når det er registrert via et verktøy som er gjort her. At registreringene er gjort av forskningassistenter kan være både positivt og negativt i den forstand at de er dyktig på registrering og forskning, men kanskje det kan være vanskelig for dem å vite nøyaktig hva som skal registreres da de ikke er helsepersonell? En annen svakhet kan være at intervensjonsfasen bare varte i 10 dager. Dersom de hadde hatt assistanse av flere pleiepersonell så kunne denne tiden blitt utvidet. Ulik bruk av antidepressiva i gruppene kan også påvirke resultatene.
<b>Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents With Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving</b>	Formålet her var å se effekten av to personsentrerte dusj/bade-intervensjoner opp mot vanlig dusjsituasjon. Det primære målet var å endre det psykososiale miljøet under stell – å endre fokuset fra et oppgavefokuseret til et personfokuseret.	Krysningsdesign der 15 randomiserte sykehjem ble delt i to behandlingsgrupper og en kontrollgruppe med 5 anlegg hver. I en behandlingsgruppe utførte pleiepersonalet personsentrert dusjing i 6 uker (tid 1) og deretter håndklebad i 6 uker (tid 2). De reverserte behandlingsordren i den andre behandlingsgruppen. De samlet observasjons- og selvrapporderingsdata ved baseline og på slutten av tid 1 og tid 2.	Sammenlignet med kontrollgruppen var behandlingsgruppene signifikant forbedret i bruk av forsiktighet og verbal støtte og i oppfatningen av det å være forsiktig. En personsentrert tilnærming med dusjing og med håndklebadet forbedret, ikke bare hvordan omsorg ble gitt til pasientene som viste utfordrende atferd under dusjing, men også hvordan pleiepersonalet opplever det å utføre dusjing.	En styrke i denne studien er at det var to behandlingsgrupper som fikk samme intervensjon – bare i ulik rekkefølge. Det kan likevel være at rekkefølgen på intervensjonene påvirker hverandre. Overføringen mellom den ene intervensjonen og den andre burde kanskje hatt en "utvaskingsperiode" for å unngå at den ene påvirker den andre. En svakhet kan være påkjenningen på pasientene når to forskjellige intervensjoner tilsettes og fjernes i løpet av en kort periode.
<b>Person-centredness: Conceptual and historical perspectives</b>	Hensikten med denne studien var å reflektere over historisk bakgrunn og konseptuelle grunnlag for personsentrering og dets relevans for forståelse av moderne personsentrert rehabilitering.	En konseptuell og historisk analyse av begrepet "personsentrert" i forhold til rehabilitering.	Personsentrering har en lang historie. Videre synes det ikke å være noen spesiell sammenheng mellom personsentrering som den brukes i sammenheng med rehabilitering tidligere anvendelser og betydninger.	Her er det brukt ulike studier som har dokumentert hva fagfolk, institusjoner, mennesker med funksjonshemming, familier og eksperter ville forklart begrepet personsentrert rehabilitering. Høyt utdannede og veldig mange forfattere har tatt del i denne studien, noe som er en styrke.



Kilde	Formål	Type studie	Hovedfunn	Styrker/svakheter
<b>Actual Interaction and Client Centeredness in Home Care</b>	Formålet med denne studien var å utforske pasient-sykepleier interaksjon fra et klientperspektiv med fokus på personsentrert omsorg.	En kvalitativ forskningsmetode (observasjoner og fokusgruppeintervjuer) ble valgt for å studere klientens samhandling med sykepleieren. Data ble samlet mellom november 2002 og juni 2003. De åtte klientinformatørene ble intervjuet to ganger med fokusgruppeformat.	Endringer i interaksjon kan være relatert til endringer i ønsket deltakelse av klienten og i tillatt klientdeltakelse av den profesjonelle. Fra klientens perspektiv betyr personsentrert omsorg kongruens (samstemthet) mellom ønsket og tillatt deltakelse. Kongruens ble opplevd med samtykke og dialog. Pågående oppmerksomhet, respons, forfremmelse av klientens autonomi og å være en kritisk omsorgsperson anbefales.	Denne studien gjelder klienter som er kronisk syk og mottar hjemmebehandling av sykepleiere og hjelpe sykepleiere sør for Nederland. På grunn av det brede utvalget av pasienter og klientsituasjoner, er det trolig at de sentrale konseptene funnene også er gyldige for andre klienter som er kronisk syk og mottar hjemmepleie i Nederland. Kombinasjonen av flere metoder for datainnsamling er en styrke ved denne studien. Denne kombinasjonen gav tid til å reflektere over betydningen av kundenes erfaringer (fokusgruppeintervjuer) i tillegg til at observasjon er en god måte å innhente data på.
<b>Effects of Dementia-Care Mapping on Residents and Staff of Care Homes: A Pragmatic Cluster-Randomised Controlled Trial</b>	Formålet med denne studien var å måle effektiviteten av DCM på pasienter på sykehjem	En tilfeldig klyngebasert kontrollert studie med to DCM-forskere som utførte DCM-intervensjonen. 34 enheter fra 11 pleiehjem, inkludert 434 pasienter og 382 sykepleiere, ble tilfeldig tildelt. Ti sykepleiere fra inngrepsenhetene fullførte grunnleggende og avansert DCM-trening.	Analysen viste ingen statistisk tydelig effekt på agitasjon. Flere nevropsykiatriske symptomer ble rapportert i intervensjonsgruppen enn i vanlig pleie. Intervensjonspersonell rapporterte derimot færre negative og flere positive emosjonelle reaksjoner under arbeidet.	I denne studien var variasjonen mellom de som mottok DCM og de som ikke gjorde det stor. Likevel var det mange deltakere i denne studien, noe som er en styrke. Selve metoden som ble brukt er også en styrke i seg selv. Det var også en oppfølging etter et år, noe som også er en styrke. En svakhet kan være at de ikke blindet deltakende personale fra intervensjonen, på grunn av at de ble trent i DCM. Dessuten kunne ikke studien garantere at enhetene var representative - de var enige om å delta i denne studien fordi de var minst interessert i personsentret omsorg og DCM.
<b>Improving Morning Care Routines of Nursing Home Residents with Dementia</b>	Denne studien undersøkte effektiviteten av en atferdsmessig rehabiliteringsintervensjon for å forbedre ytelsen av morgenstell av daglige aktiviteter (ADL) av pasienter på sykehjem med demens.	Deltakere (58 kvinner og 26 menn) og deres omsorgspersoner ble observert i 5 dager hver under vanlig pleie og i 15 dager under opplæring. Observasjoner involverte ADL-kategorier bestående av påkledning, annen ADL, og ingen ADL.	Sammenlignet med vanlig pleie, økte pasientenes deltakelse i løpet av ferdighetsutvelgelsen, og tiden involvert i ikke-assistert og assistert påkledning økte signifikant sin samlede deltakelse i ADL, samtidig med signifikant nedgang i forstyrrelser. Disse funksjonelle gevinstene ble demonstrert innen 5 dager etter at opplæringsrehabiliteringsintervensjonen ble startet og ble opprettholdt i 3 uker.	Observasjoner er en god måte å registrere målinger på. Å bli observert i 25 dager som i denne situasjonen kan være en svakhet på grunn av at pasientene kan endre oppførsel når de vet de blir fulgt med på. 5 dager med observasjon på vanlig pleie og 5 dager på de ulike intervensjonene er relativt lite. I tillegg er studien fra 90-tallet, noe som kan være en svakhet.
<b>DISRUPTIVE BEHAVIOR IN ELDERLY NURSING HOME RESIDENTS: A Survey of Nursing Staff</b>	Formålet var å beskrive utfordrende atferd og håndtering av den sett fra et pleieperspektiv og å finne ut hvor mange prosent av disse som har demens samt å beskrive hvor ofte pleiepersonell i Michigan opplever denne typen atferd.	133 sykepleiere fylte ut spørreskjema bestående av åpne og lukkede spørsmål. På et spørsmål skulle de rangere hvilken atferd som var mest utfordrende.	Det kom frem av spørreundersøkelsen at slåing (71% av personalet synes dette var verst), verbal aggresjon, hyling/roping og vandring var mest forstyrrende eller utfordrende for personalet. De mest brukte intervensjonene for å håndtere atferden var verbal diskusjon, time-out og berøring.	Fordelene med spørreundersøkelse er at respondenten kan bruke den tiden som trengs og en kan svare når det passer. En kan være anonym og en kan spørre flere personer akkurat samme spørsmål. Ulempene kan være at ikke alle velger å svare, en kan ikke innhente tilleggsopplysninger, det er ikke lett å oppklare misforståelser og respondentene kan feiltolke spørsmålene. Å få til en dialog kan være vanskelig.
<b>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv</b>	Beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i forhold til pasienter med demens og utfordrende atferd samt å belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientens verdighet som menneske skal kunne ivaretas.	Her ble det brukt et beskrivende og utforskende design med kvalitative forskningsintervjuer.	Å kunne kjenne seg rimelig trygg og sikker sammen med pasienter som kan vise truende og voldelig atferd, er av sentral betydning for de intervjuede. På denne måten følte de at de kunne yte verdig omsorg. Personalet påpeker etiske dilemmaer i arbeidssituasjonen ved at det periodevis må brukes makt. Studien viser pedagogiske og faglige utfordringer når det gjelder å øke personalets kunnskapsnivå.	Kvalitative intervjuer kan innebære at informantene føler på en kunstig situasjon, noe som kan gi lav validitet. Noen informanter kan overdrive for å få understreke et poeng. Intervjuerne kan feiltolke og påvirke respondentene. Selv om disse omsorgsgiverne føler det på denne måten, trenger det ikke være sånn for andre. På den andre siden er fordelene ved intervjuene at stoffet blir lettere å bearbeide i etterkant og misforståelser kan rettes opp. Intervjuobjektene får mulighet til å utdype sine meninger og det er rom for oppfølgingsspørsmål fra begge sider, noe som er en styrke.

Kilde	Formål	Type studie	Hovedfunn	Styrker/svakheter
<b>The Effect of Person-Centred Dementia Care to Prevent Agitation and Other Neuropsychiatric Symptoms and Enhance Quality of Life in Nursing Home Patients: A 10-Month Randomized Controlled Trial</b>	Her ville en ut om Dementia Care Mapping eller VIPPS-modellen er mer effektiv enn opplæring av omsorgsarbeiderne om demens for å redusere agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer.	Klase-randomisert kontrollert studie over 10 måneder.	Selv om studien ikke klarte å finne en signifikant effekt av personsentrert omsorg, legger det til det voksende, men ikke avgjørende beviset at personsentrert omsorg kan redusere og forhindre agitasjon og andre nevropsykiatriske symptomer hos mennesker med demens i sykehjem. Det positive resultatet er at Dementia Care Mapping viste en effekt på pasientenes livskvalitet. Det har ikke blitt vist i tidligere studier og må undersøkes nærmere. På samme måte er virkningen av VIPPS-modellen på depresjon viktig. Etter forfatterens oppfatning er begge metodene mulige verktøy for å implementere personsentrert omsorg i de fleste sykehjem.	En styrke i denne studien er metoden som er brukt. Det ble også utgitt en DVD med foredrag om demens gitt til alle tre gruppene. Dette reduserer Hawthorne-effekten, et fenomen som beskriver endringer i oppførselen til personer som deltar i en studie som "bare relatert til den spesielle sosiale situasjonen og den sosiale behandlingen de mottok". På den andre siden var utdanningsprogrammet kort, noe som kan forklare hvorfor virkningene av intervensjonene ble så liten. Vurderingsverktøyene som ble brukt er anbefalt internasjonalt og har blitt brukt i tidligere studier på feltet, noe som er en styrke. Da dette var et komplekst inngrep som involverte hele staben, var ikke blinding av deltakere et alternativ. Imidlertid visste bedømmerne ikke hvilken gruppe de vurderte deltakerne tilhørte, noe som også er en styrke.
<b>God omsorg for urolige personer med demens</b>	Formålet med denne studien var å utforske og beskrive hva god omsorg kan være i en skjermet avdeling for personer med demens	Kvalitativt design med deltakende observasjon, feltsamtaler og feltobservasjon som datainnsamlingsmetode. Ansatte i to skjermede avdelinger deltok i studien. Feltnotatene ble analysert i hermeneutisk fortolkende tradisjon.	Funnene viste at de ansatte alltid var beredt ved at de var årvåke, responderte svært raskt når det var nødvendig og utnyttet gyldne øyeblikk. Informantene viste stor grad av fleksibilitet ved at de tålte pasientens atferd. De tålte rutinebrudd og uorden samt var kreative i sin fagutøvelse. Studien viser at god omsorg for personer med demens er kjennetegnet av at de ansatte alltid er beredt og fleksible i sin arbeidsform og tilnærming. De har også god kunnskap og kjennskap til pasienten. Disse kjennetegnene samsvarer med teorien om personsentrert omsorg.	Feltsamtaler, eller ikke-avtalte intervjuer, kan både være positivt og negativt. Informantene får ikke mulighet til å forberede seg: de vil kanskje bli spurt imens de er midt i en situasjon på jobb. Dette kan gi ærlige svar, men også lite gjennomtenkte svar. Observasjon er en pålitelig informasjonskilde fordi den gir tydelige dokumentasjoner på en persons atferd, metoden er direkte og det er enkelt å dokumentere. På den andre siden kan observasjon påvirke informantene, det er ikke alltid like enkelt å være objektiv og den må ha tilstrekkelig kunnskap om metoden.
<b>Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial</b>	Målet her var å gjøre en stor randomisert sammenligning av personsentrert omsorg, Dementia Care Mapping og vanlig pleie.	En klase-randomisert kontrollert undersøkelse ble brukt. 15 sykehjem med 289 beboere ble tilfeldig tildelt. Sykehjemmene fikk tilfeldig utdelt enten personsentrert omsorg, Dementia Care Mapping eller vanlig pleie. Intervensjonen ble skjult for bedømmerne.	Både personsentrert omsorg og Dementia Care Mapping ser ut til å redusere agitasjon hos mennesker med demens i institusjon, noe som bekrefter tidligere forskning. Implementeringskostnadene for personsentrert omsorg er lavere enn for Dementia Care Mapping. Det kommer frem av studien at resultatene fra denne undersøkelsen kan være nyttig for ulike institusjoner og helsevesenet generelt.	Studien har flere styrker. Klynge-designet er tilpasset små demensavdelinger og det er en gjennomførbart og streng måte å teste intervensjoner på. Resultatene på sykehjemmene som utførte personsentrert omsorg var mer variable enn hos dem som utførte Dementia Care Mapping og vanlig pleie. Strukturelle forskjeller i intervensjonsopplæringen kan ha påvirket resultatene. Alle stedene hvor Dementia Care Mapping ble utført hadde utarbeidede omsorgsplaner ved intervensjonsstart. Bare en av tre steder som tilbydde personsentrert omsorg hadde omsorgsplaner ved intervensjonsstart, noe som også kunne påvirket resultatene. Omsorgsgiverne som gav personsentrert omsorg hadde større spillerom for selvstendighet i sitt arbeid enn en strukturert fremgangsmåte hos omsorgsgiverne som utførte kartlegging. Antall komorbide sykdommer var høyest blant beboere som fikk vanlig pleie og lavest blant de som mottok personsentrert omsorg. Disse forskjellene kan påvirke resultatene sammen med medikamentbruk.
<b>Dementia care mapping - en mulighet for refleksjon og utvikling</b>	Innhente kunnskap om de ansattes erfaringer med DCM og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis.	For å samle kvalitative data ble det brukt fokusgrupper for å finne ut hvilke refleksjoner som ble initiert i personalgruppen.	Personalet kom gjentatte ganger inn på behovet for å avsette tid til å reflektere i fellesskap og dele tilbakemeldingene. Studien viser at DCM-kartleggingene satte i gang både systematiske og spontane refleksjoner blant personalgruppen. Deltakerne beskrev en prosess med økt bevisstgjøring, som igjen dannet grunnlag for diskusjoner dem imellom.	Beskrivelsen av metode er tydelig og grundig skildret i studien. Utvalget besto av personale som var direkte involvert i prosessen. Intervjuene ble tatt opp på lydband og transkribert. Alt dette er en fordel og en styrke ved studien fordi svarene kan bearbeides og nedskrives nøyaktig og over tid. En svakhet kan være at utvalget var relativt lite og studien var liten. Det er behov for større kontrollerte studier med bredere datasamling knyttet til effekt av DCM- prosessen både for pasientene og personalet.

## Vedlegg 3: Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) – Short



Name: \_\_\_\_\_ Dates: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_

### Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)<sup>1</sup> – Short

Instructions: For each of the behaviours below, check the rating that indicates the average frequency of occurrence over the last 2 weeks.

	1 - Never	2 - Less than once a week	3 - Once or twice a week	4 - Several times a week	5 - Once or twice a day	6 - Several times a day	7 - Several times an hour
<b>Physical / Aggressive</b>							
1. Hitting (including self)	1	2	3	4	5	6	7
2. Kicking	1	2	3	4	5	6	7
3. Grabbing onto people	1	2	3	4	5	6	7
4. Pushing	1	2	3	4	5	6	7
5. Throwing things	1	2	3	4	5	6	7
6. Biting	1	2	3	4	5	6	7
7. Scratching	1	2	3	4	5	6	7
8. Spitting	1	2	3	4	5	6	7
9. Hurting self or others	1	2	3	4	5	6	7
10. Tearing things or destroying property	1	2	3	4	5	6	7
11. Making physical sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
<b>Physical / Non-Aggressive</b>							
12. Pace, aimless wandering	1	2	3	4	5	6	7
13. Inappropriate dress or disrobing	1	2	3	4	5	6	7
14. Trying to get to a different place	1	2	3	4	5	6	7
15. Intentional falling	1	2	3	4	5	6	7
16. Eating / drinking inappropriate substance	1	2	3	4	5	6	7
17. Handling things inappropriately	1	2	3	4	5	6	7
18. Hiding things	1	2	3	4	5	6	7
19. Hoarding things	1	2	3	4	5	6	7
20. Performing repetitive mannerisms	1	2	3	4	5	6	7
21. General restlessness	1	2	3	4	5	6	7
<b>Verbal / Aggressive</b>							
22. Screaming	1	2	3	4	5	6	7
23. Making verbal sexual advances	1	2	3	4	5	6	7
24. Cursing or verbal aggression	1	2	3	4	5	6	7
<b>Verbal / Non-aggressive</b>							
25. Repetitive sentences or questions	1	2	3	4	5	6	7
26. Strange noises (weird laughter or crying)	1	2	3	4	5	6	7
27. Complaining	1	2	3	4	5	6	7
28. Negativism	1	2	3	4	5	6	7
29. Constant unwarranted request for attention or help	1	2	3	4	5	6	7

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> The use of this tool is strictly for clinical assessment and educational purposes only and is restricted from use in any for-profit activities.

Developed by and shared with permission of Interior Health

Hentet 03.05.2018 fra

<http://bcbpsd.ca/docs/part1/Final%20Cohen%20Mansfield%20Inventory.pdf>