



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9

Predefinert informasjon

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

Deltaker

Kandidatnr.: 310

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9499

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har registrert

oppgavetittelen på

norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 76

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av oppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



BACHELOROPPGAVE

Å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Reducing behavioral and psychological symptoms of dementia

Kandidatnummer: 310

Sjukepleie

Institutt for helse-og omsorgsvitenskap

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

22.05.2020

Antall ord: 9499

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

Abstract

Background: The behavioral and psychological symptoms is an undercommunicated part of dementia. Still they have a very negative impact on the quality of life for people living with dementia. The treatment of these symptoms has traditionally been medical, but with a high risk of side effects. Non-pharmacological interventions are recommended as a first line treatment of these symptoms.

Aim: The aim of this study is to investigate how behavioral and psychological symptoms can be reduced for people with dementia in nursing homes, through the use of non-pharmacological interventions.

Method: A systematic literature search was performed. Five studies were included, three systematic reviews and two primary studies.

Findings: Non-pharmacological interventions should be considered as the first-line treatment for behavioral and psychological symptoms of dementia. The interventions that showed to be most effective in reducing symptoms, were those individualized to fit the patient and making the activity meaningful to the individual. In this the role of the nurse is important. By trying to understand the patient with dementia, their interests, preferences and past life and through a strong nurse- patient relationship the need for support of the personhood can be done in a way that reduces behavioral and psychological symptoms of dementia. This also calls for an environment for person-centered care in the nursing home.

Key words: Dementia, non-pharmacological interventions, behavioral and psychological symptoms of dementia, nursing home, nursing

Innhold

Abstract	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling	6
1.3 Avgrensning og presisering	6
2.0 Teori	7
2.1 Demens.....	7
2.1.1 Om demens.....	7
2.1.2 Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD)	7
2.1.3 Kampen om å holde på seg selv: å leve med demens	8
2.1.4 Livskvalitet og trivsel hos personer med demens	9
2.2 Sykepleie til personer med demens	9
2.2.1 Kartlegging.....	9
2.2.2 Kommunikasjon og relasjon.....	10
2.2.3 Behandling av demens	11
2.3 Retningslinjer	12
2.3.1 Nasjonalfaglig retningslinje	12
2.3.2 Yrkesetiske retningslinjer.....	12
2.4 Ulike teorier.....	13
2.4.1 Kitwoods personsentrerte omsorgsteori	13
2.4.2 Joyce Travelbees sykepleieteori.....	14
3.0 Metode	16
3.1 Litteraturstudie som metode.....	16
3.2 Problemstillingens fokus	16
3.3 Forberedelse av litteratursøk	16
3.3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier:	16
3.3.2 Søkestrategi	17
3.3.3 Relevante databaser.....	17
3.4 Søk og søkshistorikk.....	17
3.5 Kilder og kildekritikk	18
3.6 Forskningsetiske overveielser	19
3.7 Metodediskusjon	20
4.0 Resultater	21
4.1 Non-pharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review	21
4.2 Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review.....	21

4.3 Effectiveness of person- centered care on people with dementia: a systematic review and meta analysis	22
4.4 Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood	23
4.5 Which unmet need contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?	23
4.6 Oppsummering av hovedfunn	24
5.0 Diskusjon.....	25
5.1 Å forstå personen med demens	26
5.2 Sykepleier- pasient- relasjonen	28
5.3 Å møte behovet for personverd	30
5.4 Et miljø for personsentrert omsorg.....	32
6.0 Konklusjon og avslutning	32
Litteraturliste.....	34
Vedlegg 1: Tabell for søkshistorikk	38
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	40

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er personer med demens og de atferdsmessige og psykiske symptomer denne pasientgruppen opplever. Mellom 80 000 og 100 000 personer i Norge lever i dag med en demensdiagnose (NHI, 2020). Sykdommen rammer hyppigst i alderdommen. Vi kan vente oss en stigning i antall personer som lever med demens i årene som kommer.

Demens kjennetegnes av kognitiv svikt, svikt i emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i dagliglivets funksjoner (Engedal og Haugen, 2009, s. 17). Med sykdommen følger en rekke symptomer, hvor svikt i kognitive evner er fremtredende. I tillegg vil store deler av pasientgruppen oppleve atferdsmessige og psykiske symptomer i sykdomsforløpet. Dette kan favne alt fra depresjon og angst til vrangforestillinger og hallusinasjoner (Engedal og Haugen, 2009, s. 34). Symptomene er en av de mest sentrale årsakene til at personer med demens opplever redusert livskvalitet.

Demens er en sykdom som enda ikke lar seg helbrede, men dette betyr ikke at personer med demens ikke kan leve gode liv (Oliveira et al., 2015). Å håndtere de atferdsmessige og psykologiske symptomene ved sykdommen er viktig, både for pasienten og for personene rundt (Travers et al., 2016). Det er viktig å huske på at demens i stor grad også er en pårørendesykdom og at sykdommen på denne måten rammer bredt. Medikamentell behandling av atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens har vært den mest utbredte behandlingsformen. Forskning viser likevel at dette kan være ineffektivt og at det har en rekke uønskede bivirkninger (Oliveira et al., 2015). Av nasjonalfaglige retningslinjer om demens fremgår det at ikke- farmakologiske intervensjoner skal være førstevalget ved atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (Helsedirektoratet, 2019). Det skal tilbys miljømessige og psykososiale tiltak og disse skal være tilpasset pasientens interesser, behov og ferdigheter.

Gjennom studie og jobb har jeg ofte vært vitne til hvordan pasientens psykiske behov og problemer underprioriteres og dermed ofte ikke blir riktig forstått. Spesielt gjelder dette personer med demens, som har vansker med å uttrykke seg og som i stor grad er avhengig av hjelp og omsorg fra helsevesenet. Pasienter kan oppfattes som «vanskelige» og får ikke den pleie og omsorg som de har behov for og krav på.

Gjennom oppgaven ønsker jeg å finne ut mer om de psykologiske utfordringene som knyttes

til demens og hvordan en kan unngå at disse reduserer pasientens livskvalitet.

Sykepleiere vil i økende grad møte denne pasientgruppen i ulike deler av helsesystemet, spesielt i norske sykehjem. Da det ikke finnes helbredende behandling for sykdommen vil det være desto viktigere å sørge for at denne sårbare gruppen får behandling og pleie på en måte som fører til at de kan leve gode liv på tross av sin sykdom.

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å benytte litteratur om tema atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens for å øke kunnskapen om hvordan disse på best mulig vis kan reduseres og personer med demens kan oppleve høyest mulig grad av livskvalitet i sykehjem. Dette ved hjelp av en litteraturstudie og resultater fra fem ulike artikler.

Problemstillingen min er: Hvordan kan sykepleier redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens i sykehjem?

1.3 Avgrensning og presisering

Oppgaven vil omhandle personer med demens som bor i sykehjem. Av denne grunn vil demensdiagnosen være av moderat til alvorlig type. Ytterligere avgrensninger i forhold til type demens er ikke gjort. Fokuset på hvordan atferdsmessige og psykologiske symptomer kan reduseres, vil ligge i ikke- farmakologiske intervensjoner. Fokuset vil ikke ligge i hvilke ikke- farmakologiske intervensjoner som er mest effektive, men heller *hva* som gjør at enkelte typer ikke- farmakologiske intervensjoner har evnen til å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens i sykehjem. Fokuset på sykepleier-pasient relasjonen er sentralt, i ønsker jeg å inkludere pasientperspektivet. I oppgaven vil pårørende kun bli omtalt i relasjon til å forstå pasienten. Pårørendeperspektivet ved demenssykdom er av stor betydning, men deres rolle må i denne oppgaven avgrenses

2.0 Teori

2.1 Demens

2.1.1 Om demens

Demens er ikke én enkelt sykdom, men en betegnelse på flere tilstander med kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i dagliglivets funksjon.

Klassifikasjonssystemet ICD- 10 benytter seg av kriterier for demens som en tilstand kjennetegnet som en kronisk svikt på minst to kognitive områder med «sviktende emosjonell kontroll, sviktende sosial atferd eller sviktende motivasjonsevne» (Engedal, 2008, s. 217).

Forekomsten av sykdommen øker med alder. En regner med at 70- 80% av pasienter i sykehjem har en demensdiagnose. Det er vanlig å dele demens inn i mild, moderat og alvorlig grad. (Berentsen, 2008, s. 355). Ofte er pasienter med moderat til alvorlig grad pleietrengende i så stor grad at de har behov for innleggelse i sykehjem (Engedal, 2008, s. 218).

Det finnes ulike typer demens (Berentsen, 2008, s. 363)

- Degenerative demenssykdommer
 - Demens ved Alzheimers sykdom
- Vaskulær demens
- Sekundær demens

Den vanligste formen for demens er Alzheimers sykdom, og utgjør om lag 60% av all aldersdemens (Folkehelseinstituttet, 2019).

Symptomer ved demens kan deles inn i kognitive symptomer, atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) og motoriske symptomer (Engedal, 2008, s. 219). Symptombildet vil bære preg av store individuelle forskjeller, med tanke på personlighet, hvilken type demenssykdom og hvilket stadie av sykdommen personen befinner seg i. Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil en kunne se mer typiske symptombilder med mindre individuelle forskjeller.

2.1.2 Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens (APSD)

Over 90% av pasienter med demens vil i løpet av sin sykdom utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens (APSD) og dette kan være noe av det som oppleves mest krevende for pasient og omsorgspersoner (Helsedirektoratet, 2019). Symptomene vil arte seg

ulikt og omfatter mange forskjellige symptomer som kan være av alvorlig eller mindre alvorlig grad:

- Atferdssymptomer: aggresjon, agitasjon/ uro, manglende hemning, irritabilitet og repetitive atferd
- Psykotiske symptomer: hallusinasjoner og vrangforestillinger
- Affektive symptomer: depresjon, angst, oppstemthet og apati
- Vegetative symptomer: endringer i søvn og appetitt

(Helsedirektoratet, 2019)

Atferdsmessige og psykologiske symptomer kan ofte forverres når demenssykdommen progredierer og dette forbindes med dårligere prognose, raskere utvikling av kognitiv svikt og sykdomsprogresjon, svekkelse av aktiviteter i dagliglivet og økt institusjonalisering (Oliveira et al., 2015). Atferdsmessige og psykologiske symptomer er av aller høyeste betydning for om personen blir institusjonalisert (Kim & Park, 2017) Av denne grunn vil en kunne finne at mange av personene med demens i sykehjem opplever atferdsmessige og psykologiske symptomer.

2.1.3 Kampen om å holde på seg selv: å leve med demens

Å bli diagnostisert med en demensdiagnose oppleves for de fleste som en stor påkjenning. En vet at med sykdom kommer endringer. Både hos en selv, men også i hvordan en blir oppfattet av andre. De siste årene har fokuset på personens egen opplevelse av demens økt.

Opplevelsen vil være individuell og en kan aldri standardisere en slik sykdomsopplevelse. Enkelte trekk ved opplevelsen kan likevel gå igjen (Rokstad, 2009, s. 61- 62). Ifølge Nordberg utgjør demenssykdommen en trussel mot ens identitet (Nordberg, 2017) Gjennom et langt liv blir ens identitet og selvilde til, det handler om hvordan vi ser og forstår oss selv. Med demens vil roller endres, oppgaver kan ikke lenger utføres på samme måte og selve evnen til å forstå og huske svekkes. Demenssykdommen kan endre egen og andres oppfattelse av denne identiteten. Engedal og Haugen (2009) poengterer likevel at til tross for langtkommen demens, vil mange deler av ens personlighet fremdeles gjøre seg gjeldene (s. 54). Rokstad (2009) beskriver kampen for å holde på seg selv som kan stå sterkt hos personer med demens (s. 72). Identitet er ofte bevart ved langtkommen demens. Om personen klarer å holde på sin identitet er avhengig av om omgivelsene legger til rette for dette. Det er viktig at personer med demens både får beholde sin identitet, samtidig som de aksepteres og

respekteres for den personen de er i dag med de utfordringene de nå bærer med (Rokstad, 2014, s. 13)

2.1.4 Livskvalitet og trivsel hos personer med demens

Livskvalitet for personer med demens, handler om mye av det samme som for andre (Eriksen og Grov, Livskvalitet). Livskvalitet er subjektivt og på tross av sykdom kan livskvaliteten oppleves som god. Personer med demens kan i aller høyeste grad oppleve god livskvalitet. Likevel ser vi at personer med demens som bor i sykehjem har dårligere livskvalitet enn de som bor i eget hjem. Helsetilstanden er ofte dårligere, atferdsmessige og psykologiske symptomer er mer fremtredende og redusert evne til å mestre dagliglivet kan spille inn. Det samme kan mangel på aktivitet og sosialt samvær. For å bidra til økt livskvalitet for personer med demens bør helsepersonell kjenne personen med demens. Det bør foreligge en forståelse for deres livshistorie, interesser og preferanser. Personer med demens behov for meningsfulle aktiviteter og sosialt fellesskap. Pårørende spiller her en viktig rolle. For at helsepersonell skal styrke personer med demens livskvalitet må tiltakene og tilpasses den enkelte. Dette er enklere når vi som pleiere kjenner vår pasient. (Eriksen og Grov, Livskvalitet)

2.2 Sykepleie til personer med demens

2.2.1 Kartlegging

Forståelse av et problem er helt nødvendig for å kunne behandle det. Hovedgrunnen til å kartlegge APSD må være for å forstå årsaken til problemet, for så å kunne løse det på mest mulig hensiktsmessig måte (Engedal, 2009, s. 320). For å forstå APSD, vil det av denne grunn være nødvendig å kartlegge atferden. Kartleggingen må inkludere utgangspunkt for atferden, hvem den er rettet mot, hvordan atferden utarter seg, intensitet og varighet (Rokstad, 2009, s. 185). APSD hos personer med demens er i de aller fleste tilfeller et samspill av ulike faktorer, og sammen gir disse muligheten til å forstå den utfordrende atferden (Rokstad, 2009, s. 189). Somatisk sykdom, forståelse og reaksjon på egen situasjon, type og grad av demens kan spille inn. I tillegg må atferdsendringene forstås relatert til pasientens tidligere liv, personlighet og mestringsevne. Miljøet rundt pasienten må også kartlegges. Slik kan bakgrunnsdata om pasienten, observasjoner av de atferdsmessige og psykologiske utfordringene og miljøet rundt pasienten kunne gi et nytt bilde på hva som ligger til grunn problemene pasienten opplever. Dette kan videre danne et grunnlag for behandling med hensikt å redusere symptomene og øke livskvalitet. Det finnes ulike kartleggingsverktøy for dette, nevropsykiatrisk evalueringsguide (NPI) er et eksempel (Rokstad, 2009, s. 187).

2.2.2 Kommunikasjon og relasjon

Kommunikasjon innen demensomsorgen kan være utfordrende, noen ganger gir ikke utsagn og handlinger mening og det kan være vanskelig å forstå pasienten. Likevel er kommunikasjon helt grunnleggende for menneskelige relasjoner (Wogn- Henriksen, 2009, s. 88). For å kunne yte god pleie og omsorg, må det og ligge til grunn en velfungerende relasjon (Rokstad, 2014 s. 38).

At pasienten ikke forstår eller ikke klarer å gjøre seg forstått kan føre til utagerende atferd (Berendsen, 2008, s. 381). Når kommunikasjon vanskeliggjøres kan dette skape uro og frustrasjon (Rokstad, 2014, s. 39). Slik kan mangelfull kommunikasjon relatert til demens være bidragsytende til utvikling av APSD. Det er av denne grunn helt nødvendig at sykepleier søker å ha en kommunikasjonsform som legger til rette for pasienter med demens. Eide og Eide (2007) beskriver hvordan det som blir kommunisert av personen med demens alltid har en underliggende betydning (s. 391). Dette stiller krav til sykepleiers forståelse.

Relasjonen mellom pleier og pasient ligger og til grunn for at kommunikasjonen mellom de to skal oppleves som god (Berendsen, 2008, s. 381). Empati er nødvendig for å forstå den andre (Rokstad, 2014, s. 40). I tillegg finnes det en rekke anerkjente kommunikasjonsmetoder innen demensomsorgen som sykepleier kan benytte seg av.

Reminisens innebærer at man fremkaller minner for personen med demens (Hummelvoll, 2012, s. 413). Betydningsfulle minner kan fremme livskvalitet og helse og kan på mange måter bidra til å styrke pasientens identitet. Reminisensarbeidet forutsetter at man blir kjent med personen og deres liv. Dette handler ikke kun om samtale, men kan inkludere bilder, musikk og aktiviteter pasienten har trivdes med. Det handler om å hente frem minner som har vært verdifulle for pasienten (Eide og Eide, 2007, s. 393).

Validering setter søkelys på pasientens opplevelse. Det handler om å bekrefte de følelser og meninger som ligger bak det pasienten ytrer i stedet for å korrigere feiloppfatninger og misforståelser. Slik kan man mange ganger legge til rette for forståelse for pasienten og nærhet mellom pleier og pasient (Wogn- Henriksen, 2009, s. 105-106)

Realitetsorientering handler om å korrigere feiloppfatninger pasienter med demens har. Dette kan skje verbalt og ved aktiv bruk av miljø slik at pasienten kan orientere seg for eksempel ved hjelp av klokke, kalendere og navneskilt. Hensikten er at pasienten bedre skal klare seg i hverdagen og forebygging av forvirring. For mange kan dette oppleves som en trygghet. Likevel utformingen realitetsorienteringen av største betydning, og det er viktig at sykepleier

ser an situasjonen for om realitetsorientering er det mest hensiktsmessige (Wogn- Henriksen, 2009, s. 105).

2.2.3 Behandling av demens

Medikamenter kan ha effekt i å lindre enkelte symptomer ved demens. Legemidlene kan lindre en del symptomer relatert til kognitive evner, ADL- funksjon og APSD. Enkelte pasienter vil merke at symptomer mildnes, andre vil ikke merke effekt (NHI, 2020). Det er på det sterkeste verdt å nevne at medisinene kan gi bivirkninger for pasienten og faren for bivirkninger kan ofte overskygge den positive effekten medikamentene har (Aldring og helse, medisinsk behandling) Kvalme, redusert appetitt og diaré, svimmelhet, muskelkramper og mareritt er kun noen av bivirkningene ved medikamentene. Det kan også forekomme Parkinsonliknende symptomer (Aldring og helse, medisinsk behandling). Nasjonalfaglig retningslinje understreker at behandling med legemidler skal være en del av et helhetlig behandlingstilbud hvor det skal inngå i miljøbehandling/ psykososiale tiltak og aktiviteter (Helsedirektoratet, 2019) Det vil si at medikamentell behandling ikke er en fullgod i seg selv.

Hensikten med behandling for pasienter med demens vil være å øke livskvalitet og skape trygghet (NHI, 2020) Viktigere enn medikamenter er å skape en god organisering av miljø og støttetiltak for pasienter med demens. Aktiv bruk av miljø og omgivelser er sentralt i den ikke- farmakologiske behandlingen og handler om at personer med demens skal benytte de ressursene de enda har og slik leve aktive liv (Aldring og helse, behandling og oppfølging). Miljøbehandling kan være alt fra musikkterapi og aktivitetsrettede tiltak til en- til- en omsorg og tilpassing av kommunikasjon (Aldring og helse, miljøbehandling). De miljørettede tiltakene skal baseres på personsentrert omsorg og på denne måten tilpasses den enkelte person slik at de opplever autonomi (Helsedirektoratet, 2019). Det er sentralt at de psykososiale behovene til personen med demens ivaretas. Aldring og helse skriver: «Det finnes ikke én type miljøbehandling som passer for alle med samme type atferd eller symptom» (Aldring og helse, miljøbehandling).

Miljøbehandling og psykososiale tiltak skal være førstelinje- behandling ved forekomst av atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Helsedirektoratet, 2019) Denne skal baseres på personsentrert omsorg. Legemidler skal kun benyttes hvis psykososiale tiltak ikke er tilstrekkelig.

2.3 Retningslinjer

2.3.1 Nasjonalfaglig retningslinje

Helsedirektoratet har en nasjonalfaglig retningslinje om demens fra 2019. Denne skal gi anbefalinger og beslutningsstøtte i arbeidet med demens (Helsebiblioteket, 2016)

Kapittel 4 omhandler personsentrert omsorg og behandling ved demens. Det fremgår her at helse- og omsorgstjenester til personer med demens skal baseres på personsentrert omsorg, og at dette er noe virksomheten må legge til rette for. Dette forutsetter rutiner for opplæring og kompetanseutvikling av ansatte, evaluering og forbedring av tjenester og støtte av utøvelse i personsentrert omsorg og behandling. Videre skal helse- og omsorgspersonell benytte personsentrert omsorg i sitt møte med personer med demens, og legge til rette for deres «individuelle rettigheter, preferanser og behov». Helse og omsorgspersonell skal møte personer med demens med respekt, bli kjent med pasienten for å kunne individualisere behandlingen, utarbeide individuelle tiltaksplaner for ressurser og sårbarhet i forhold til behov, sette seg inn i personens opplevelser, forsøke å tolke og forstå utfordrende atferd som forsøk på å kommunisere behov, samt motivere og tilby tilpassede aktiviteter til den enkelte.

Kapittel 9 omhandler miljørettede tiltak og aktiviteter ved demens. Her beskrives det hvordan det skal tilrettelegges for at personer med demens kan delta i fysisk aktivitet og psykososiale aktiviteter i tråd med interesser, preferanser og funksjonsnivå. Miljømessige og psykososiale tiltak med grunnlag i personsentrert omsorg bør være førstevalg ved atferdsmessige og psykologiske symptomer.
(Helsedirektoratet, 2019)

2.3.2 Yrkesetiske retningslinjer

Som profesjon har sykepleiere en rekke yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til. Disse skal ligge til grunn for god sykepleiepraksis. De yrkesetiske retningslinjene bygger blant annet på FNs menneskerettigheter. I punkt to fremgår det at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients verdighet og integritet, retten til helhetlig sykepleie, retten til medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket. (Norsk Sykepleierforbund, 2019)

2.4 Ulike teorier

2.4.1 Kitwoods personsentrerte omsorgsteori

I 1999 beskrev Kitwood personsentrert omsorg for personer med demens. Dette var en kritikk mot det medisinske fokuset i demensomsorgen, gjennom fokus på personens økende svikt og symptomene ved demens (Rokstad, 2014, s. 23). Kitwood ønsket et fokusskifte fra sykdom til person (Rokstad, 2009, s. 70). Sykdommen måtte forstås ved å betrakte hele personen, med personlige, sosiale og nevrologiske faktorer i et samspill (Rokstad, 2014, s. 25). Kitwoods teori om personsentrert omsorg lar seg ikke så lett oppsummere, da det er mange sentrale elementer. Jeg har her trukket ut noen relevante elementer:

2.4.1.1 Personverd

Målet med demensomsorgen er å bevare pasientens personverd (personhood) mente Kitwood (Rummelhoff, Smebye og Tombre, 2016). Kitwood definerer personverd som verdi et menneske har i relasjon til andre og oppstår i sosiale relasjoner. Derfor er et støttende sosialt miljø viktig. Behovet for å ivareta personverdet i alle stadier av sykdommen er sentralt (Rokstad, 2014, s. 27). Dette vil medføre trivsel og livskvalitet. I motsatt fall ville en kunne oppleve utfordrende atferd. For å ivareta personverdet må en møte hvert enkelt menneske som unikt, forstå deres livshistorie og bakgrunn og ta i betraktning verdier og preferanser. (Rokstad, 2014, s. 28).

2. 4. 1. 2 Å møte behov

Kitwood vektlegger betydningen av individuelt tilpasset omsorg. I denne sammenheng står det sentralt å imøtekomme ulike menneskelige behov. (Rokstad, 2014, s. 50). Han trekker frem behovene for trøst, tilknytning, inklusjon, identitet og beskjefligelse. Når disse behovene understøttes vil personen ha høyere grad av velvære og økt livskvalitet i sin sykdom (Rokstad, 2014, s. 28).

2. 4. 1. 3 Relasjon

For å kunne yte god pleie og omsorg, foreligger det en god relasjon. For personer med demens er kommunikasjon ofte strevsomt og frustrerende. Kommunikasjonsvansker kan skape både uro og frustrasjon for pasienten. Pleiers evne til relasjon og kommunikasjon ligger til grunn for å kunne støtte personverd og selvbylde hos pasienten. Dette forutsetter å forsøke å

forstå den enkelte personen og hva den enkelte forsøker å uttrykke (Rokstad, 2014, s. 38- 40).

2. 4. 1. 4 Atferd som kommunikasjon

Kitwood tolker atferd som forsøk på kommunikasjon. Atferden kan være et forsøk på å kommunisere at livssituasjonen ikke er tilfredsstillende, at en har umøtte behov, at en opplever kjedsomhet eller at en er over- eller understimulert i omgivelsene. Forståelse for dette gir grunnlag for tiltak som kan hjelpe pasienten. For å forstå personen er det derfor nødvendig å forstå hvilke faktorer som ligger bak den atferden en ser. (Rokstad, 2014, s. 42).

2. 4. 1. 5 Personsentrert omsorg i praksis

Det er utviklet en rekke metoder for implementering av personsentrert omsorg. McCormack og McCance har utviklet et rammeverk for personsentrert sykepleie (Rokstad, 2014, s. 84). Fokuset ligger i personalets forutsetninger og ferdigheter innen personsentrert omsorg. En omsorgskultur for personsentrert omsorg, et pasientfokus med vektleggelse av pasientens synspunkter og verdier, helhetlig omsorg og evaluering av dette må ligge til grunn. Her vektlegges pasienttilfredshet, brukermedvirkning, velvære og trivsel hos pasienten. (Rokstad, 2014, s. 85-86). Dementia Care Mapping er et verktøy for implementering av personsentrert omsorg gjennom observasjon av pasienten. Dette ligger til grunn for personsentrerte intervensjoner tilrettelagt for den enkelte pasient (Aldring og Helse, Dementia Care Mapping). VIPS- modellen fungerer som et rammeverk for personsentrert demensomsorg. (Rokstad, 2014, s. 86). Den inneholder fire hovedelementer. V: Menneskets absolutte verdi, I: Individuell tilnærming med vekt på det unike i ethvert menneske, P: Å forstå pasientens perspektiv og S: Et støttende sosialt miljø som dekker personens behov (Rokstad, 2014, s. 91). I Norge er VIPS- praksismodell (VPM) utviklet. Denne modellen benytter VIPS-rammeverket direkte i planlegging av behandlingen som gis til personer med demens. (Rokstad, 2014, s. 95) Meo- metoden benyttes mye i opplæring og veiledning for personalet når samspillet med pasienten oppleves vanskelig (Rokstad, 2014, s. 97)

2.4.2 Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbees teori har et mellommenneskelig fokus (Kirkevold, 1992, s. 100). Teorien er eldre, men kan fremdeles gjøre seg gjeldende. Den fokuserer ikke spesifikt på personer med demens, men en kan likevel finne perspektiver på sykepleie som kan anvendes for pasientgruppen.

Travelbee legger i sin sykepleieteori fokus på mennesket som et «enestående og uerstattelig individ» (Kirkevold, 1992, s 101). Hun anerkjenner at det finnes erfaringer som er generelle for mennesker, men at opplevelsen av disse erfaringene er unike. En slik erfaring er lidelse og tap, men opplevelsen av den er individuell (Kirkevold, 1992, s. 102). For sykepleier må pasientens individuelle opplevelse av lidelse være av største betydning.

Sykdom og smerte er en uunngåelig, og i disse situasjonene er det viktig at pasienten finner mening. Sykepleie består i stor grad av å bistå med dette (Kristoffersen, 2016, s. 29).

Opplevelsen av mening er individuell, men knyttes ofte til å føle seg nødvendig. Mange kan trenge hjelp til å finne mening. Å finne mening kan kun skje gjennom et menneske- til menneskeforhold (Kristoffersen, 2016, s. 29). Sykepleierens mål og hensikt nås gjennom etablering av et menneske- til- menneskeforhold (Kristoffersen, 2016, s. 32). Forholdet mellom pasient og sykepleier er en prosess og et middel for at den sykes behov møtes. Å utvikle et slikt forhold er en prosess og krever tid. Menneske- til menneskeforholdet vil ende i et meningsfylt og betydningsfullt forhold med en «nær og gjensidig forståelse og kontakt» som legger grunnlaget for at sykepleierens mål og hensikt kan nås (Kirkevold, 1992, s. 105).

Kommunikasjon er et av de mest sentrale redskapene sykepleieren har mener Travelbee (Kirkevold, 1992, s. 106) Interaksjon mellom sykepleier og pasient skjer i stor grad gjennom kommunikasjon og den ligger til grunn for menneske- til menneskeforholdet. Kommunikasjon er på denne måten en forutsetning for at sykepleieren kan hjelpe pasienten å mestre sin sykdom. Hensikten er at de to blir kjent for så å kunne utforske og møte pasientens behov. Kommunikasjon krever kunnskap og evnen til å anvende denne, sensitivitet, en evne til å «time» og mestring av ulike kommunikasjonsteknikker. Likevel advarer Travelbee mot at kommunikasjonsteknikker ikke på magisk vis kan etablere bånd mellom sykepleier og pasient. Kommunikasjon inngår i det Travelbee omtaler som terapeutisk bruk av seg selv. Å bruke seg selv terapeutisk innebærer at sykepleier benytter seg selv, gjennom sin personlighet og kunnskap for å avhjelpe personens plager (Kirkevold, 1992, s. 107). Dette gjøres ved å etablere bånd og å møte personens behov slik at pasienten kan akseptere sin situasjon.

3.0 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

I oppgaven benyttes metoden litteraturstudie. Det vil si at det gjennom bacheloroppgaven vil bli innhentet litteratur som kritisk gjennomgås og som til slutt sammenfattes. Målet vil være å samle oppdatert kunnskap rundt temaet demens og APSD, og på denne måten kunne svare på problemstillingen. Jeg har av denne grunn valgt fem ulike studier som jeg vil benytte for å belyse mitt tema og for å svare på problemstillingen. Da litteraturstudien kun benytter seg av et utvalg kilder og på grunn av avgrensninger i oppgavens lengde, vil ikke alle tema innenfor atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens la seg dekke.

3.2 Problemstillingens fokus

Problemstillingen min er «Hvordan kan sykepleier redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens i sykehjem». Jeg ønsker å fokusere på hvordan ikke-farmakologiske intervensjoner kan benyttes i sykehjem for å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens og hvilke faktorer i omsorgen som er viktige for reduksjon av symptomene hos pasienten.

3.3 Forberedelse av litteratursøk

For å danne en kunnskapsbase og utvikle en problemstilling, har det vært foretatt søk i relevant pensumlitteratur, bøker og artikler fra skolens bibliotekjeneste. I tillegg har det vært foretatt søk på nettsidene til interesseorganisasjoner og grupper. Det har og vært slått opp i lovverk og nasjonale retningslinjer for demens.

3.3.1 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Kriterier for inklusjon har vært personer med demens. Det har ikke vært gjort begrensninger i hvilken form for demens. Når det gjelder graden av demens vil det være en naturlig avgrensning at denne er av moderat til alvorlig grad, da det i hovedsak er denne pasientgruppen som finnes i sykehjem. Jeg har i mine søk inkludert studier som omhandler pasienter med demens og pasienter som opplever atferdsmessige og psykologiske symptomer av ulike typer i sykehjem. Av behandlingsmetoder har det vært inkludert ulike typer ikke-farmakologiske intervensjoner. Artikler på engelsk eller skandinaviske språk har vært

inkludert. I søkene har det vært inkludert artikler fra de siste ti årene. Dessuten har jeg ønsket å inkludere personer med demens sitt perspektiv.

Personer med demens som lever i hjemmet har vært ekskludert, det samme har studier spesialisert på yngre personer med demens. Studier på farmakologiske intervensjoner har ikke vært inkludert i oppgaven. I gjennomgangen av artiklene har jeg inkludert de resultatene som er relevant for oppgaven, dette betyr at enkelte av studiene har resultater jeg har måtte ekskludere da de ikke var av relevans for min problemstilling.

3.3.2 Søkestrategi

Søkene har vært lagt opp etter kunnskapspyramidens prinsipper. Innledningsvis ble det foretatt søk etter oppsummert forskning i kliniske oppslagsverk som UpToDate for å skaffe en oversikt over tema. Deretter ble det gjort søk i gjeldende kunnskapsbaserte retningslinjer fra faglig nasjonale retningslinjer om demens. Kliniske oppslagsverk og kunnskapsbasert oppslagsverk har på denne måten lagt grunnlaget for mye av oppgaven og for videre søk. Det ble så foretatt søk i systematiske oversikter. I tillegg til å finne svar på hvilke ikke-farmakologiske intervensjoner som gir effekt i å redusere APSD, har jeg ønsket å inkludere personer med demens synspunkt og hva de opplever som viktig. Det har av denne grunn vært foretatt søk etter enkeltstudier som på kvalitativt vis inkluderer dette.

3.3.3 Relevante databaser

Jeg har gjort søk i UpToDate og i helsebibliotekets retningslinjer. Relevante databaser for å finne systematiske oversikter har vært Cochrane Library og Epistemonikos. Epistemonikos ga flest relevante resultater for min problemstilling. Medline, CINAHL og Epistemonikos har vært benyttet for søk etter enkeltstudier med lite resultat. Google Scholar ble benyttet for å få tilgang til artikler, samt for å foreta enkelte søk.

3.4 Søk og søkshistorikk

Problemstillingen har vært grunnlaget for søkene mine. Søkene skal være planmessig gjennomført, godt dokumentert og mulig å etterprøve. (Søkogskriv, 2019) For at problemstillingen skal bli mest mulig presis og søkbar har jeg benyttet et PICO- skjema. (Thiedemann, 2015).

Patient/ problem <i>Hvem/ hvilke</i>	Intervention <i>Hva</i>	Comparison	Outcome <i>Resultater</i>
Hvilken pasientgruppe etterspør problemstillingen din?	Hvilke tiltak/ intervensjoner ønsker du å vurdere?	Om tiltaket skal sammenlignes med et annet	Hvilket utfall/ effekt er du interessert i? Hva ønsker en å vurdere/ oppnå med tiltaket?
Pasienter med demens som opplever atferdsmessige og psykiske symptomer sykehjem	Ikke-farmakologiske intervensjoner	Ikke - aktuelt	Reduserte atferdsmessige og psykiske symptomer på demens, økt livskvalitet
Tabell 1: Pico- skjema			

Slik har jeg funnet relevante elementer i problemstillingen, og dette har lagt grunnlaget for de videre litteratursøkene. Ut fra disse elementene jobbet jeg videre med termer og synonymer til litteratursøket. Dette gjorde jeg ved å finne MeSH- termer som er emneord som benyttes i flere helsefaglige databaser. (Søkogskriv, 2019) Mine termer hadde få synonymer. Etter hvert i arbeidet med artikler fant jeg likevel flere relevante søkeord.

3. 5 Kilder og kildekritikk

Innhenting av kilder har til hensikt å belyse min problemstilling. Mye av det teoretiske grunnlaget er hentet fra anerkjente norske forfattere på demensfeltet. Noe av teorien er eldre. Likevel har jeg vurdert at de inkluderte kildene er gjeldende, spesielt i sammenheng med forskningsartiklene som er av nyere dato.

Det har den siste tiden vært redusert tilgang til biblioteket. Ved en rekke anledninger har jeg måttet benytte meg av annenhåndskilder. Dette kan være en svakhet med oppgaven da annenhåndskilder både innebærer tidligere tolkning og øker slik faren for feiltolkning

Av forskningsartiklene som er inkludert er det tre systematiske oversikter som er fagfellevurdert. De er vurdert opp mot helsebibliotekets sjekklister for vurdering av

oversiktsartikler. Av dette har jeg vurdert at studiene er til å stole på og kan inkluderes. Alle benytter IMRaD- struktur. Av de to inkluderte enkeltstudiene, er den ene en kvalitativ studie. Jeg klarte ikke å finne at denne var fagfellevurdert. Likevel kan den være god forskning (Søk og skriv, Kvalitative vurderinger). Den ble vurdert gjennom helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier og den ble vurdert til å kunne inkluderes. Den siste artikkelen var en randomisert placebokontrollert studie av gjentatte ikke- farmakologiske tiltak. Ingen sjekklister jeg har funnet har passet dette studiedesignet. Jeg benyttet de overordnede spørsmålene fra helsebibliotekets side om sjekklister. Av dette vurderte jeg artikkelen av god kvalitet og dithen at den kunne benyttes. Dette og med grunnlag i at den var fagfellevurdert. I tillegg har jeg benyttet meg av google scholar for å få tilgang til artiklene og merket meg at de inkluderte artiklene er hyppig referert til.

3.6 Forskningsetiske overveielser

Av HVL sine retningslinjer for forskningsetikk fremgår at studenten må forholde seg til forskningsetiske lover og retningslinjer. Hovedprinsippet for forskning med mennesker bygger på respekt for den enkelte, informert samtykke og konfidensialitet. (HVL, 2018) Persondata må være tilstrekkelig anonymisert og det må være innhentet forsvarlig samtykke (Søk og skriv, Etske retningslinjer i Akademia) Frivillighet, anonymitet og informert samtykke skal ivaretas (Thidemann, 2015, s. 12).

Jeg har ikke hentet inn data eller inkludert mennesker i forskning selv, oppgaven trenger slik ikke forskningsetisk godkjenning eller å meldes til personvernombudet.

Likevel er det viktig for meg at de studiene jeg har benyttet tar høyde for forskningsetiske prinsipper slik som beskrevet over og dette er overveid når artiklene er inkludert. Av artiklene var det studiene til Milte, et. al (2016) og Cohen- Mansfield, et. al (2015) som hentet inn informasjon direkte fra personer med demens.

Studien til Milte, et. al (2016) er vurdert av en forskningsetisk komite. Cohen- Mansfield, et. al (2015) beskriver hvordan de har innhentet informert samtykke fra personer som står pasienten nær. Dette kan være et etisk dilemma ved arbeid med personer med demens. Det å overholde akademiske normer for kildehenvisning er viktig, slik at en krediterer forskerne og unngår plagiat. (Thidemann, 2015, s. 12) I arbeidet med denne oppgaven har jeg overholdt akademiske normer for kildehenvisning og kreditert forfatterne av de ulike tekstene som er inkludert.

3.7 Metodediskusjon

En litteraturstudie skal systematisere kunnskap fra allerede eksisterende kilder (Thidemann, 2015, s. 79). Styrken ligger derfor i at den gir en oversikt over et tema. Likevel vil en slik tilnærming til litteraturstudiet som benyttes i bacheloroppgaven kun benytte seg av et utvalg kilder (Thidemann, 2015, s. 81). Dette innebærer og begrensninger angående hva som kan inkluderes på et forskningsfelt og at enhver side ved tema ikke kan bli belyst. Dette kan være en svakhet ved litteraturstudiet som metode når det gjelder å besvare problemstillingen.

Gjennom oppgaven ble det søkt etter kunnskapspyramidens prinsipper og det ble inkludert tre oversiktsartikler. Fordelen ved å inkludere disse oversiktsartiklene er at de kan belyse større deler av tema. Til tross for dette tar oversiktsartikler tid å lage, og dette medfører at de ikke alltid har den nyeste og mest oppdaterte forskningen på feltet. Dessuten merket jeg meg at når oversiktene ga slik oversikt over tema, mistet de og en del av detaljene som enkeltstudier får frem. Derfor ble det og inkludert to enkeltstudier som bedre fremmet dette

Det er foretatt en rekke eksklusjons og inklusjonskriterier. Dette for å finne relevante svar på problemstillingen. På denne måten er det hensiktsmessig. Men ethvert eksklusjonskriterie vil og ekskludere forskning som kunne bidratt til å belyse problemstillingen.

De inkluderte studien er ikke fra norske sykehjem og da oppstår spørsmålet om resultatene er overførbare til et norsk helsevesen. Dette er vanskelig å si, men funn fra systematiske oversiktsartikler fra flere land, og som inkluderer en rekke enkeltstudier taler alle i samme retning. Dette kan være et argument for at resultatene er overførbare for personer med demens i Norge og. Likevel er dette et slags paradoks, at oppgaven i så stor grad omhandler og støtter et syn på individualisert behandling og at ethvert menneske er unikt. Det er av stor betydning å reflektere rundt om svarene, spesielt fra de to enkeltstudiene, er mulig å utvide til en større pasientgruppe.

Dalland skriver om å bruke seg selv at vi ikke starter med blanke ark (Dalland, 2012, s.121). Med dette menes at vi alltid har tanker om tema og om hva vi forventer å finne ut. Både funn og analyse kan være påvirket av et personlig syn. Dette er det viktig å være bevisst.

4.0 Resultater

4.1 Non-pharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review

Av Martini de Oliviera, Radanovic, Homem de Mello, Buchain, Vizzotto, Celestino, Stella, Piersol og Forlenza

Studien er en systematisk oversikt utført fra 2015. Den sikter på å oppsummere forskning på ikke- farmakologiske intervensjoner for APSD. Forfatterne har gjennomgått studier som er gjort i løpet av de siste 10 årene frem til 2015. 20 studier møtte kriteriene for inklusjon. Intervensjonene som ble gjennomgått var ulike former for arbeidsterapi, musikkterapi, aromaterapi, fysisk aktivitet, lysterapi, kognitiv rehabilitering og kombinasjoner av ulike aktiviteter. Den systematiske oversiktens resultater viser at ulike ikke- farmakologiske intervensjoner for personer som med APSD har en positiv effekt i å redusere disse. Det konkluderes med at intervensjonene med best resultat i å redusere atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens var de tilpasset den enkelte pasient med hensyn til evner, interesser og roller. Studien beskriver APSD som en rekke symptomer som kan oppstå om personen med demens har behov som ikke blir møtt. Tilpassede intervensjoner vil ha bedre resultat nettopp fordi de tar sikte på å møte disse personspesifikke behovene. Dette gjøres best gjennom en personsentrert- omsorgsmodell.

4.2 Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review

Av Travers, Brooks, Hines, O'Reilly, McMaster, He, MacAndrew, Fielding, Karlsson og Beattie.

Studien er systematisk oversiktsartikkel fra 2016. Hensikten var å undersøke effekten av meningsfulle intervensjoner for personer med demens i sykehjem. 34 studier inkluderes hvor deltakerene var personer med demens i sykehjem. Intervensjonene som ble inkludert var individualiserte fritidsaktiviteter, reminisenssterapi, musikkterapi, opplæring av personalet til å lage individualiserte pleieplaner basert på personsentrert- omsorg eller lignende tilnærming, dyreterapi, multisensoriske intervensjoner og sosial interaksjon. Individualiserte fritidsaktiviteter var den hyppigste intervensjonen. APSD var blant utfallene som ble målt, sammen med stemningsleie, funksjon, kognisjon og søvnkvalitet. Alle intervensjonene

rapporterte om fordel ved APSD. Det konkluderes at meningsfulle og individualisert tilpassede aktiviteter har en reduserende effekt på APSD. Med meningsfulle aktiviteter menes at aktiviteten skal møte pasientens interesser, preferanser, evner og identitet og at en meningsfylt aktivitet av denne grunn kan være en hvilken som helst aktivitet som fyller disse kriteriene. Det viser seg og i studien at det å engasjere seg i pasienten som person, med eller uten en aktivitet, har terapeutisk potensiale for personen med demens. Sosial kontakt var viktig. Å tilbringe tid med personen, spesielt når man opptas i en meningsfull aktivitet, har en dempende effekt på APSD og kan på denne måten bedre pasientens livskvalitet. Det mellommenneskelige aspektet var av stor betydning.

4.3 Effectiveness of person- centered care on people with dementia: a systematic review and meta analysis

Av Kim og Park

Studien er en systematisk oversikt og metaanalyse fra 2017. Metaanalysen er gjort på grunnlag av en systematisk litteraturgjennomgang om personsentrert omsorg. 19 studier ble inkludert. De inkluderte studiene ble delt inn i to grupper, som baserte seg på type intervensjon. Den første gruppen inkluderte studier som benyttet individualiserte aktiviteter basert på forståelse av preferanse, historie, behov og forutsetninger. Den andre gruppen inkluderte studier som baserte seg på undervisning av personalet og trening i personsentrert omsorg og empati. Studien viser en merkbar effekt av de individualiserte intervensjonene sammenlignet med undervisning og opplæring av personalet. Studien viser at personsentrert omsorg har en reduserende effekt på APSD og anbefales som alternativ til konvensjonell demensomsorg. Dette må inkludere personlige preferanser og interesser i planleggingen av intervensjonen. Det beskrives også hvordan personlige relasjoner har en reduserende effekt på depresjon og at dette viser betydningen av meningsfylte relasjoner mellom personale og pasient. Personsentrert omsorg vektlegger utviklingen slike forhold som gir mulighet for sosial interaksjon. Dette er en tidkrevende prosess som krever dedikasjon og forståelse for personsentrert omsorg. En slik tilnærming ga personellet redusert stress og utbrenthet samt økt tilfredshet i jobben og er den foretrukne måten personalet ønsker å utføre pleie. Artikkelen anbefaler at sammen med trening og opplæring bør personale oppfordres og motiveres til å arbeide personsentrert. Det må og foregå et liknende engasjement hos ledelse slik at det skapes en kultur for personsentrert omsorg.

4.4 Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood

Av Milte, Shulver, Killington, Bradlet, Ratcliffe og Crotty

Studien er en innsamling av kvalitative data via dybde- intervjuer og fokusgrupper med personer med demens og deres nærmeste gjennomført i sykehjem i Sør- Australia. Studien er fra 2016. Intervjuene var spesielt tilpasset personen med demens. Etter datainnsamlingen ble det gjennomført tematisk analyse for å indentifisere nøkkeltmaer. 15 personer med demens ble intervjuet. Hensikten med studien er å gi et bilde på hva personer med demens definerer som god pleie i sykehjem og få en dypere forståelse for god kvalitet på pleie. Resultatene viste at to hovedtema gikk igjen for god pleie: pleien anerkjenner personverd og gir mulighet for opprettholdelse av bånd til familien. Å bli behandlet med respekt for den personen du er innebar frihet til å velge selv samt retten til selvbestemmelse, en følelse av å være til nytte og å bli verdsatt, en respekt for personens private eiendeler og personlig rom. Opprettholdelse av bånd til familien var sentralt for individet.

Valg, frihet og selvbestemmelse, meningsfylte aktiviteter, å føle seg nyttig og verdsatt og respekt for personlige eiendeler og rom, å ha kontakt og nærhet med familie ble ansett som store behov for personene og vel så viktige som god kvalitet på medisinsk og fysisk pleie. Dette anbefales inkludert i fremtidige intervensjoner, for å møte behovene til personer med demens. Studien viser og at det er mulig og høyst nødvendig å inkludere stemmen til personer med demens i utviklingen av intervensjoner.

4.5 Which unmet need contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?

Av Cohen- Mansfield, Dakheel- Ali, Marx, Hein og Regier

Studien er en randomisert placebokontrollert studie av gjentatte ikke- farmakologiske intervensjoner for APSD fra 2015. Hensikten var å belyse tema uoppfylte behov hos personer med demens og hvilke implikasjoner dette har for behandling og forebygging av APSD. De undersøker 89 sykehjemsbeboere med atferdsmessige og psykologiske symptomer.

Forskningsgruppen fant i gjennomsnitt tre umøtte behov hos hver beboer; ensomhet, behov for sosial kontakt, kjedsomhet, behov for meningsfylte aktiviteter samt ubehag og smerte.

Det var en spesielt høy prevalens av uoppfylte behov knyttet til sosial kontakt og meningsfylte aktiviteter. Studien tar opp hvordan pleierne oftere hadde et fokus på fysiske og medisinske behov enn på sosiale behov og behov for aktivisering. Dette viser hvordan ulike

profesjoner har ulike fokus og viser verdien av tverrfaglig samarbeid. Dette gir et bilde på behovet for kartlegging og forståelse av uoppfylte behov. For å konkludere foreslås det at forståelsen for umøtte behov bør være basis for utvikling av intervensjoner for å redusere APSD og gi økt livskvalitet til personer med demens.

4.6 Oppsummering av hovedfunn

I de inkluderte studiene var hovedfunnene at ikke- farmakologiske intervensjoner er anbefalt som førsterekke behandling ved APSD. Dette anses som tryggere og med mindre fare for bivirkninger (Martini de Olivera, et. al, 2015) Ulike ikke- farmakologiske intervensjoner har vist seg effektive og ifølge den systematiske oversikten skrevet av Martini de Olivera, et. al (2015), var såkalte «tailored activities» og intervensjoner basert på personsentrert omsorg spesielt effektive. Dette er intervensjoner som er tilpasset den enkelte person og Travers, et. al (2016) formulerer det slik at aktiviteter som er tilpasset å være meningsfulle, møte personens interesser, preferanser og evner vil være mer effektive i å redusere neuropsykiatriske symptomer, enn de som ikke er det. Dette kan møte behov den enkelte pasient opplever. De argumenterer videre at en rekke aktiviteter kan oppleves meningsfulle og gi effekt i å redusere APSD samt økt livskvalitet for personer med demens i sykehjem Pleiernes engasjement i pasienten og den sosiale kontakten mellom pasient og pleier var en viktig faktor for at intervensjonen skulle ha effekt. Kim & Park (2017) viser gjennom sin studie at individualiserte intervensjoner basert på personsentrert omsorg hadde stor effekt i å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens. Disse inkluderer personlige preferanser og interesser og legger til grunn at personalet blir kjent med og forstår pasienten. Disse tre studiene kan ses i sammenheng med artikkelen til Milte, et al (2016) hvor det beskrives hva personer med demens i sykehjem opplever som god pleie. Her beskrives behov for å anerkjennes og bli møtt som en egen person med frihet til å velge, selvbestemmelse, opplevelsen av å være til nytte og verdsatt og respekt for personens private rom og eiendeler samt muligheten til å opprettholde kontakt med familien. Studien gir viktig innsikt i hva personer med demens anser som viktig og hvilke behov de ønsker å få oppfylt gjennom den pleien som gis dem. Cohen- Mansfield, et. al (2015) skriver så om hvordan uoppfylte behov hos personer med demens er en viktig faktor for utvikling av APSD. Ensomhet og behov for sosial kontakt, kjedsomhet, behov for meningsfulle aktiviteter samt ubehag og smerte forekom hyppig. Spesielt høy prevalens var det av behov for sosial kontakt og meningsfulle aktiviteter. Det konkluderes med at forståelsen for slike umøtte behov bør være basis for

intervensjoner som sikter på å redusere APSD.

5.0 Diskusjon

Problemstillingen jeg ønsker å besvare er hvordan sykepleier kan redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens i sykehjem.

Tre av studiene inkludert i denne oppgaven omhandler hvordan ikke- farmakologiske intervensjoner har evnen til å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens når disse er individualisert for den enkelte pasient til å oppleves som meningsfylt. Da Martini de Olivera, et. al (2015) gjennomgikk studier fra de siste 10 år, var konklusjonen at de skreddersydde aktivitetene var de mest effektive. Travers, et. al (2016) supplerer:

intervensjoner som er tilpasset den enkeltes interesser, preferanser og evner er mer effektive i å redusere APSD, fordi de oppleves som meningsfulle. Når intervensjonen var individualisert opplevdes den meningsfylt fordi den adresserte en rekke psykologiske og sosiale behov (Travers, et. al, 2016). Slik kan en argumentere for at en rekke- ikke farmakologiske intervensjoner vil ha effekt i å redusere APSD, så lenge de er spesialtilpasset den enkelte.

Dette støttes av Kitwoods personsentrerte omsorgsteori. Teorien har et fokus på det enkelte individet, hvor både personlige, sosiale og nevrologiske faktorer spiller inn for hvordan sykdommen påvirker den enkelte (Rokstad, 2014, s. 25). Denne psykososiale behandlingstilnærmingen har skapt en grunnleggende holdning hvor personen står i sentrum og hvor APSD kan forstås som umøtte behov. Effekten av en personsentrert tilnærming ved ikke- farmakologiske intervensjoner blir omtalt i studien til Kim og Park fra 2017.

Individualiserte intervensjoner, som baseres på personsentrert omsorg, hadde stor effekt i å redusere APSD og anbefales derfor som alternativ til konvensjonell behandling. Videre for oppgaven ønsker jeg å drøfte hvordan forståelse for personen med demens og relasjonen mellom sykepleier og pasient ligger til grunn for å individualisere intervensjoner slik at de oppleves meningsfulle for den enkelte, for slik å igjen kunne gjøre dem effektive i å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Dessuten vil jeg argumentere for at å møte behov og å støtte opp om personverd er sentralt i intervensjonene. Betydningen av et miljø for personsentrert omsorg vil og bli nevnt.

5.1 Å forstå personen med demens

Forståelse må ligge til grunn for intervensjoner som sikter på å redusere APSD. Hovedfunn gjennom dette litteraturstudiet tilsier at de intervensjonene som viser seg mest effektive i å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, var de som var spesialtilpasset den enkelte pasient (Martini de Olivera, et. al, 2015). Når aktiviteten var tilpasset den enkelte, opplevdes den i større grad meningsfylt fordi den møtte personlige interesser, preferanser og evner (Travers, et. al, 2016). De meningsfylte aktivitetene møtte både sosiale og psykologiske behov hos personen med demens. Intervensjoner som tar sikte på å redusere APSD kan forbedres med en tilnærming som inkluderer personlige preferanser og interesser (Kim og Park, 2017). En slik tilnærming til intervensjoner, forutsetter at sykepleier har en forståelse for de atferdsmessige og psykologiske symptomene og for pasienten som person. Milte, et. al (2016) foretok en rekke dybdeintervjuer med personer med demens. Hensikten var å få en dypere forståelse direkte fra pasienten for slik å kunne øke kvaliteten på pleien. Cohen- Mansfield, et. al (2015) konkluderer med at en forståelse for de atferdsmessige og psykologiske symptomene må danne grunnlaget for utviklingen av intervensjoner.

Når de mest effektive intervensjonene er individualisert må det ligge til grunn en forståelse for individet. Dette for at aktivitetene oppleves meningsfylte ved å møte interesser, preferanser, evner og behov slik at APSD kan reduseres.

Dette kan støttes av en personsentrert tilnærming. Kitwoods personsentrerte omsorgsteori presiserer at demenssykdom kun kan forstås når en betrakter hele personen (Rokstad, 2014, s. 25). APSD forstås som tilstander som oppstår når pasienten har behov som ikke blir møtt og dette gir atferd som er vanskelig å håndtere. Gjennom personsentrert omsorg kan man forstå denne «vanskelige» atferden som forsøk på kommunikasjon for å uttrykke behov. En forståelse for personen er helt nødvendig for å forstå atferden, og en forståelse for atferd gir grunnlag for tiltakene som igangsettes. Til sammenligning fremgår det av de faglig nasjonale retningslinjene for demens at utfordrende atferd skal tolkes og forstås som forsøk på å kommunisere behov (Helsedirektoratet, 2019). Slik oppfordres helsepersonell til å forstå årsaken til de atferdsmessige og psykologiske symptomene.

Å kartlegge atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens vil være helt nødvendig for å kunne forstå årsaken til problemet. Dette vil også gi mulighet for å løse problemet på en

hensiktsmessig måte (Engedal og Haugen, 2009, s. 320). Utfordringen med APSD er at de gjerne har en rekke årsaker og sannsynligvis består av et samspill ulike faktorer, både psykiske, sosiale og miljømessige. (Rokstad, 2009, 189). Følgelig må kartleggingen av APSD inkludere en rekke faktorer, som utgangspunktet for atferden, hvem den er rettet mot, hvordan atferden utarter seg samt intensitet og varighet (Rokstad, 2009, s. 185). Dessuten må andre faktorer som somatisk sykdom, forståelse og reaksjon på egen situasjon og demenssykdommens karakter kartlegges. Dette må ses i relasjon til pasientens tidligere liv, personlighet og mestringsevne. Miljøet rundt må også kartlegges. (Rokstad, 2009, s. 189). En kartlegging av de ulike sidene ved pasientens situasjon, kan gi en forståelse for de utfordringene som oppleves.

På bakgrunn av dette er det svært viktig å kartlegge symptomene, før iverksettelse av intervensjoner. Dette vil skape en forståelse av hva utfordringen dreier seg om, og som Cohen- Mansfield, et. al (2015) konkluderer, ligge til grunn for utviklingen av intervensjoner. For å gi en dypere forståelse vil jeg komme med et eksempel: En pasient oppleves «vanskelig», han trekker seg tilbake og tidvis oppleves han aggressiv. Hvis årsaken til dette er at personen med demens opplever smerter og på grunn av sin demenssykdom ikke lenger klarer å uttrykke dette, vil det virke mot sin hensikt med tiltak som retter seg mot for å aktivisere pasienten i fysisk aktivitet. Hvis en ved kartlegging av ulike sider ved pasientens situasjon klarer å forstå at utfordringen ligger i smerte, kan en så iverksette tiltak som sikter på å løse dette problemet.

Dette eksempelet hadde en enkel årsak, og dermed kanskje løsning. Men det kan vise hvor viktig det er å ha en forståelse før intervensjoner utvikles.

Dessuten vil det være nødvendig å ha en forståelse for hvordan en kan igangsette tiltak som sikter på å løse det aktuelle problemet. Dette kan illustreres ved nok et eksempel. En pasient virker deprimert, hun ligger mye i sengen. Gjennom kartlegging av symptomene skapes en forståelse for problemet som at hun er understimulert. En pleier snakker med datteren til pasienten, som forteller at moren er glad i musikk og har spilt både piano tidligere. På denne måten har en både skaffet en forståelse for hva problemet bunner i, og for hvordan en kan igangsette en intervensjon som sikter på å løse problemet og at det er tilpasset pasienten slik at hun opplever den meningsfylt.

Meningsfylte intervensjoner forutsetter slik at sykepleier har en forståelse for hvem pasienten er. Nøye kartlegging av APSD for eksempel gjennom kartleggingsverktøyet NPI, samt at sykepleier blir kjent med pasienten, deres livshistorie, preferanser og interesser samt hvilke utfordringer som foreligger. Dette kan skape en helhetlig forståelse for pasienten og et grunnlag for intervensjonene som sikter på å redusere de atferdsmessige og psykologiske symptomene. Å innhente informasjon og bli kjent med pasienten må inkludere et nært samarbeid med pårørende og personer rundt pasienten, men det forutsetter og at sykepleier klarer å etablere en relasjon til pasienten.

5.2 Sykepleier- pasient- relasjonen

En velfungerende relasjon må ligge til grunn for reduksjon av APSD. Kim og Park (2017) beskriver hvordan en personsentrert tilnærming for å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer, inkluderer et fokus på relasjonen mellom pasient og personell. Det beskrives hvordan personsentrert omsorg forutsetter at personalet utvikler meningsfulle relasjoner til pasienten. Det menneskelige aspektet er av stor betydning, konkluderer Travers, et. al (2016). Med dette menes at når pleier engasjerer seg i pasienten, har det terapeutisk potensiale i seg selv. Relasjonen mellom sykepleier og pasient er sentral når det gjelder å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. For å trekke inn problemstillingen vil jeg si at sykepleier- pasient-relasjonen både ligger til grunn for å forstå personen med demens og derfor for utviklingen av intervensjoner, men at relasjonen i seg selv også har terapeutisk potensiale.

Betydningen av en sykepleier- pasient- relasjon finner vi igjen i Kitwoods personsentrerte omsorgsteori. Med et fokus på person og ikke på sykdom, handler dette om å støtte personen med demens personverd (Rokstad, 2014 s. 27). Dette kan kun skje gjennom sosiale relasjoner. En relasjon mellom pasient og sykepleier vil altså være et grunnlag for å kunne støtte personen med demens som enkeltindivid. Gjennom relasjonen må sykepleier møte personen med demens som et unikt menneske og det skapes en forståelse for deres livshistorie, bakgrunn, verdier og preferanser (Rokstad, 2014 s. 27). På denne måten ligger relasjon til grunn for pleie og omsorg (Rokstad, 2014, s. 38). Resultatene fra studiene til Martini de Olivera, et. al (2015) og Travers, et. al (2016) kan i lys av personsentrert omsorgsteori forstås som at når personale og pasient utvikler meningsfulle relasjoner kan dette skape en forståelse for hvem pasienten er, og som tidligere nevnt er dette sentralt for å behandle de

atferdsmessige og psykologiske symptomene.

Her kan man trekke paralleller til Joyce Travelbee sin sykepleieteori. Hun har et mellommenneskelig aspekt og beskriver menneske- til menneskeforholdet som en måte sykepleier kan oppnå sine mål (Kristoffersen, 2016, s. 29). Hvis målet så er å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer, vil det i lys av denne teorien si at grunnlaget må ligge i relasjonen mellom sykepleier og pasient. Forholdet mellom sykepleier og pasient utvikles over tid og det vil bestå i en nær og gjensidig forståelse og kontakt mellom de to (Kirkevold, 1992, s. 105).

Både Travelbee og Kitwood vektlegger betydningen av kommunikasjon for å etablere og opprettholde relasjoner. Travelbee omtaler kommunikasjon som et av de viktigste verktøyene sykepleier har (Kirkevold, 1992, s. 106). Ofte kan det være vanskelig å kommunisere med personer med demens. Kitwood beskriver det slik at kommunikasjonsvansker i seg selv kan skape uro og frustrasjon hos pasienten og at sykepleier hele tiden må forsøke å forstå hva den enkelte pasienten forsøker å uttrykke (Rokstad, 2014, s. 39). Kitwood forstår atferd som kommunikasjon, og for å kunne igangsette tiltak må en forstå hva atferden uttrykker. Travelbee beskriver at hensikten med kommunikasjon er at sykepleier og pasient skal bli kjent for at en slik kan møte pasientens behov. Dette krever både kunnskap om kommunikasjon og evne til å anvende kunnskapen, dessuten må sykepleier benytte seg av sensitivitet og mestre kommunikasjonsteknikker (Kirkevold, 1992, s. 106). Kitwood vektlegger evnen til empati både i relasjon og i kommunikasjon for å kunne forstå den andre og å sette seg inn i deres opplevelse (Rokstad, 2014, s. 40).

For å redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens fordrer dette at sykepleier har en forståelse, ikke bare for symptomene, men også for personen med demens som menneske. Gjennom kartlegging og forståelse søker man å finne ut hva problemet består i, og intervensjonene sikter på å møte disse problemene ved å være individuelt tilpasset. Til grunn for dette må det foreligge en velfungerende relasjon mellom sykepleier og pasient som gjør at sykepleier er i stand til å forstå pasienten. På denne måten kan man kanskje omtale relasjonen mellom sykepleier og pasient som et middel for å få innsikt i pasientens interesser, preferanser, tidligere liv osv, slik at en intervensjon kan individualiseres den enkelte, for igjen å redusere APSD.

Relasjonen i seg selv kan ha reduserende effekt på APSD. Travers, et. al (2016) vektlegger at sosial kontakt fra pleierne og engasjement for pasienten var noe som gikk igjen i nesten alle intervensjonene, og det konkluderes med at dette i seg selv har terapeutisk potensiale. På denne måten kan man argumentere for at relasjonen mellom sykepleier og pasient er et mål i seg selv. Noe av forklaringen på dette kan en se i sammenheng med resultatene fra studien til Milte, et. al (2016) og Cohen- Mansfield, et. al (2015). Her fremkommer det at personer med demens både har et behov for sosial kontakt, og for å bli bekreftet som personer. Kitwood beskriver hvordan ens personverd kun kan bli bekreftet i relasjon til andre mennesker. Kanskje kan man på denne måten argumentere for at sykepleier- pasient- relasjonen i seg selv fyller et behov for sosial kontakt og at gjennom å engasjere seg i pasienten, tilbringe tid og bli kjent kan gi en bekreftelse og støtte deres personverd. Cohen- Mansfield, et. al (2015) beskriver at nettopp slike uoppfylte behov kan resultere i APSD.

Dette taler for betydningen av meningsfulle relasjoner mellom pasient og sykepleier for å redusere APSD. Både fordi det kan gi økt forståelse av pasient og av deres utfordringer og slik legge et grunnlag for å utvikle effektive intervensjoner, men også fordi relasjonen i seg selv kan ha terapeutisk potensiale. Dette betyr at sykepleier må tilstrebe å skape og opprettholde en relasjon til pasienten med sosial kontakt, oppmerksomhet, hvor en tilbringer tid og blir kjent med pasienten. Dette krever tid og dedikasjon og baserer seg i stor grad på en personsentrert tilnærming i pleien.

5.3 Å møte behovet for personverd

Martini de Olivera, et. al (2015) nevner at APSD oppstår når pasienten har umøtte behov og konkluderer med å si at intervensjoner som er tilpasset den enkelte var de mest effektive i å redusere symptomene. Travers, et. al (2016) beskriver hvordan dette synet kun nylig har blitt anerkjent innenfor demensomsorgen. Også de konkluderer med at intervensjoner som oppleves meningsfulle for personen med demens var mer effektive i å redusere APSD enn de som ikke var det. De beskriver at meningsfulle aktiviteter var de som adresserte psykologiske og sosiale behov. Disse intervensjonene var mer sannsynlige å engasjere personen og opplevdes slik mer fornøyet og meningsfylt. Kim og Park (2017) sin studie beskriver også hvordan intervensjoner basert på personsentrert omsorg anerkjenner disse behovene og at de kan være grunnlag for utvikling av APSD. En personsentrert tilnærming kan av denne grunn

gi pleiepersonellet en mulighet til å forstå og støtte opp under disse umøtte behovene hos den enkelte pasient.

Teorien om umøtte behov kom fra Kitwood hvor han vektlegger behovene for trøst, tilknytning, inklusjon, identitet og beskjeftigelse. Å møte behovene gir livskvalitet, det motsatte kan føre til atferdsmessige og psykologiske symptomer og utfordrende atferd. (Rokstad, 2014, s. 50). Behovet for personverd er et overordnet behov innen den personsentrerte omsorgsteorien og å imøtekomme dette er målet med demensomsorgen for Kitwood. Behovet for personverd bekreftes gjennom studien til Milte, et. al (2016). Deres studie sikter på å avdekke hva personer med demens opplever som god pleie. Etter min oppfatning kan dette tolkes som behov personer med demens opplever i sykehjemsettingen. Personene i studien oppga at god pleie støttet opp under personverd. De verdsatte å identifiseres og respekteres som egne personer, på tross av sin demenssykdom. Muligheten til å bli respektert og bekreftet som en person var retningsgivende for all annen diskusjon. Valg, frihet og selvbestemmelse, å føle seg nyttig og verdsatt, respekt for personlige eiendeler, opprettholdelse av bånd til familien og meningsfulle aktiviteter var viktige for å bekrefte deres personverd.

Da Cohen- Mansfield, et. al (2016) gjennomførte sin studie dette utfra det samme perspektivet om at umøtte behov kan føre til APSD. Forståelse for at disse umøtte behovene ligger til grunn for APSD må inkluderes i utviklingen av intervensjoner var konklusjonen. I snitt fant de tre umøtte behov hos personer med demens og APSD med høy prevalens av umøtte behov for meningsfulle aktiviteter og for sosial kontakt.

Ut fra Kitwoods teori om umøtte behov som grunnlag for utvikling av APSD og hvis det er mulig å generalisere funnene fra studiene til Cohen- Mansfield, et. al og Milte, et. al, kan dette gi en forklaring på hvorfor de tre oversiktsartiklene som er inkludert i denne oppgaven finner persontilpassede, meningsfulle intervensjoner så effektive i å redusere APSD. De kan dessuten ligge til grunn for forståelse av Travers, et. al (2016) funn om sykepleier-pasientrelasjonen som mulig terapeutisk. Fordi begge disse tingene fyller høyt forekommende behov hos denne pasientgruppen for sosial kontakt og meningsfulle aktiviteter og at ved å sørge for disse behovene støttes pasienten med demens personverd og blir anerkjent som person.

Innledningsvis ble opplevelsen av demenssykdommen beskrevet som en trussel mot ens identitet. Når Rokstad (2009, s. 72) beskriver kampen for å holde på seg selv er dette ytterst relevant, og betydningen av omgivelsene for å legge til rette for å bevare seg selv er av stor betydning.

5.4 Et miljø for personsentrert omsorg

For reduksjonen av APSD har jeg til nå argumentert for at en personsentrert tilnærming er sentralt. Avslutningsvis vil jeg diskutere betydningen av at sykehjems miljøet tilrettelegger for personsentrert omsorg. Studien til Kim og Park (2017) beskriver at implementering av personsentrert omsorg krever tid og dedikasjon samt klare retningslinjer og en forståelse for fordelene ved den personsentrerte omsorgen. Dessuten må det foregå en opplæring av personalet i personsentrert omsorg, samt oppfordring og motivasjon til å arbeide personsentrert. Et liknende engasjement må finne sted i sykehjemsledelsen, slik at det på overordnet nivå kan skapes en kultur som lener mot personsentrert omsorg og gir de ansatte mulighet til å arbeide personsentrert i daglige praksis.

Det kan være verdt å nevne at å arbeide personsentrert ga fordeler for pleiepersonellet, ved redusert stress, utbrenthet og økt tilfredshet i jobbsammenheng. Av egen erfaring er dette faktorer som igjen kan komme pasienten til gode. Underbemanning, mangel på kunnskap og mangel på opplæring om personsentrert omsorg var barrierer for at intervensjoner ble basert på denne tilnærmingen.

6.0 Konklusjon og avslutning

Gjennom denne oppgaven ønsket jeg å finne ut mer om atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens. Dette for å besvare problemstillingen om hvordan sykepleier kan redusere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens i sykehjem. Systematiske søk førte til inklusjon av tre systematiske oversikter og to enkeltstudier som jeg sammen med teori har benyttet for å belyse problemstillingen. For å redusere APSD hos personer i sykehjem anbefales ikke- farmakologiske intervensjoner. Intervensjoner som er skreddersydd den enkelte pasient og inkluderer preferanser, interesser og tidligere liv viste seg mest effektive i reduksjon av APSD. Sykepleiers rolle i å sørge for at intervensjonene blir effektive i å redusere APSD ligger derfor i å sørge for dette. Sykepleier må søke forståelse for både pasient og symptomer slik at behandling kan individualiseres. Dessuten ligger en god sykepleier- pasient- relasjon til grunn for forståelse og dermed

utvikling av intervensjon, sykepleier må søke å etablere og opprettholde en slik relasjon også fordi den i seg selv har terapeutisk potensiale. Videre kan det sies at noe av grunnen til at slike individualiserte og meningsfylte intervensjoner, samt det terapeutiske potensialet som ligger i relasjonen, kan være at dette fyller umøtte behov pasienten har og at en slik styrker pasientens personverd. Til grunn for dette ligger et miljø for personsentrert omsorg i institusjonen, som kan bidra til at sykepleier har muligheten til å redusere APSD.

Litteraturliste

Aldring og helse (Uten år). Behandling og oppfølging. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/>

Aldring og helse (U. å). Dementia Care Mapping. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/personsentrert-omsorg/hva-er-dementia-care-mapping-dcm/>

Aldring og helse (U. å). Medisinsk behandling. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/medisinsk-behandling/>

Aldring og helse (U. å). Miljøbehandling. Hentet fra

<https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling/milj%C3%B8behandling/>

Berentsen, V. (2008). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk Sykepleie* (s. 350- 382) Oslo: Gyldendal Akademisk

Cohen- Mansfield, J., Dakheel- Ali, M., Marx, M. S., Thein, K. & Regier, N. G. (2015).

Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?. *Psychiatry Research*, 228, s. 59-64.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.03.043>

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Eide, H. & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens: Fakta og utfordringer* (5 utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis* (2 utg.): Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

- Eriksen, S. & Grov, E. K. (U.d) Livskvalitet. Hentet fra https://www.aldringoghelse.no/e-l%C3%A6ring/palliasjon-og-demens_/modul-b-rev-nov-08_ny/livskvalitet/#0
- Folkehelseinstituttet (2019, 23.09). *Fakta om livskvalitet og trivsel*. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/livskvalitet-og-trivsel/livskvalitet-og-trivsel/>
- Folkehelseinstituttet. (2019, 10. 12). Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Helsebiblioteket (2016, 07.06) Faglige retningslinjer. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/faglige-retningslinjer>
- Helsedirektoratet (2019, 29.11). Nasjonalfaglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Hummelvoll, J. K. (2012). Helt- ikkje stykkevis og delt (7 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk
- Høgskulen på Vestlandet (20, 28.04). Forskningsetikk og personvern i forskning. Hentet fra <https://hvl.no/forskning/forskningsetikk/>
- Kim, S. & Park, M. (2017) Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Interventions in Aging*, 12. 381- 397. <https://doi.org/10.2147/CIA.S117637>
- Kim, S. K. & Park, M. (2017). Effectiveness of person- centered care on people with dementia: a systematic review and meta- analysis. *Clinical Interventions in Aging*. 12, s. 381- 397. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5322939/pdf/cia-12-381.pdf>
- Kirkevold, M. (1992). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Aurskog: Ad Notam Gyldendal

- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling- en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, E. A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Bind 3* (s. 15- 64). Oslo: Gyldendal akademisk
- Martini de Olivera, A., Radanovic, M., Homem de Mello, P., Buchain, P. C., Vizzotto, A. D. B., Celestino, D. L., Stella, F., (...) & Forlenza, O. V. (2015). Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *BioMed Research International* (2015) 1- 9.
<https://doi.org/10.1155/2015/218980>
- Milte, R., Shulver, W., Killington, M., Bradley, C., Ratcliffe, J. & Crotty, M. (2016). Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 63, s. 9- 17.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.11.007>
- Nordberg, A. (2017, 14.03). Identitetsverdighet hos personer med demens. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/identitetsverdighet-hos-personer-med-demens/>
- Norsk helseinformatikk (2020, 01.07) Demens- en kort oversikt. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/hjernenervesystem/ulike-sykdommer/demens-oversikt/>
- Norsk sykepleierforbund (2019). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Rokstad, A. M. M. (2009). Forståelse som grunnlag for samhandling. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 60- 84). Oslo: Akribe.

- Rokstad, A. M. M. (2009). Utfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 180- 204). Oslo: Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget
- Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien*, 104, s. 42- 45. Hentet fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/08/vips-praksismodell>
- Søk og skriv (2018, 06.11) Etiske retningslinjer i academia. Hentet fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/sitering-og-etikk/etiske-retningslinjer-i-akademia/>
- Søk og skriv (2019, 09. 04). Systematisk søking. Hentet fra <https://sokogskriv.no/soking/utdypende-sok/>
- Søk og skriv (U. å). Kvalitative vurderinger. Hentet fra <https://sokogskriv.no/kildebruk-og-referanser/kildevurdering/kvalitative-vurderinger/>
- Thidemann, I. J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Travers, C., Brooks, D., Hines, S., O'Reilly, M., McMaster, M, He, W., MacAnderw, M., (...) & Beattie, E. (2016) Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 14, 163- 225. Hentet fra https://journals.lww.com/jbisrir/Abstract/2016/12000/Effectiveness_of_meaningful_occupation.21.aspx
- Wogn- Henriksen, K. (2009). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 87- 112). Oslo: Akribe.

Vedlegg 1: Tabell for søkshistorikk

Epistemonikos

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ Kombinasjon	Antall treff	Leste overskrift	Leste abstract	Lest	Artikkel brukt i bacheloroppgave
25/11	1	Dementia AND anxiety AND therapy <i>Avgrensning: systematisk oversikt</i>	51	51	13	8	“Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review”
28/12	4	Behavioral and psychological symptoms and dementia AND intervention <i>Avgrensning: Systematisk oversikt, siste 5 år</i>	20	20	2	1	“Nonpharmacological interventions to reduce behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review”

Medline:

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ kombinasjon	Antall treff	Leste overskrift	Leste abstract	Lest	Artikkel brukt i bacheloroppgave
28/12	5	Dementia AND anxiety AND person- centered- care	1	1	1	1	“Effectiveness of person- centered care on people with dementia: a systematic review and meta- analysis”

Google Scholar

Søkedato	Søk nr	Søkeord/ kombinasjon	Lest	Artikkel brukt i oppgaven
26/4		What is important for people living with dementia	5	“Quality in residential care from the perspective of people living with dementia: The importance of personhood”
26/ 4		Unmet needs dementia	2	“Which unmet need contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?”

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Tittel og forfattere	Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A systematic Review Av: Martini de Oliviera, Radanovic, Homem de Mello, Buchain, Vizzotto, Celestino, Stella, Piersol og Forlenza
Tidsskrift og publiseringsår	BioMed Research International, 2015
Hensikten med studien	Å identifisere og oppsummere ikke- farmakologiske intervensjoner i behandlingen av pasienter med demens, de siste 10 årene frem til 2015.
Metode	En systematisk gjennomgang i Medline og Embase databaser fra de siste 10 år frem til juni 2015. Inkluderte artikler var skrevet på engelsk, spansk eller portugisisk.
Hovedfunn / resultater	Ikke- farmakologiske intervensjoner er anbefalt som førsterekkebehandling ved atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens da dette er tryggere og med mindre fare for bivirkninger. Flere ulike typer ikke- farmakologiske intervensjoner har effekt. «Tailored- activities» og intervensjoner basert på personsentrert omsorg var spesielt effektive for å redusere APSD
Kvalitetsvurdering	Helsebibliotekets sjekklister for oversiktsartikler Fagfellevurdert

Tittel og forfattere	<p>Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review</p> <p>Av: Travers, Brooks, Hines, O'Reilly, McMaster, He, MacAndrew, Fielding, Karlsson og Beattie</p>
Tidsskrift og publiseringsår	JBI Evidence Synthesis, 2016
Hensikten med studien	Å finnes svar på effekten av meningsfulle okkupasjoner for personer med demens i sykehjem for APSD, livskvalitet, søvn, engasjement og funksjon for personer med demens i sykehjem
Metode	<p>En systematisk oversiktsartikkel med gjennomgang av artikler i 12 ulike databaser fra 2004 til januar 2015.</p> <p>34 artikler møtte inklusjonskriteriene. Tar for seg hvilke som helst intervensjoner som oppleves meningsfylt for individet versus ordinære intervensjoner og pleie.</p>
Hovedfunn / resultater	<p>Å sørge for meningsfulle aktiviteter viser effekt i å redusere APSD.</p> <p>Meningsfulle aktiviteter er rettet mot individet og en rekke ulike aktiviteter vil av denne grunn kunne oppleves som meningsfylt og gi effekt.</p> <p>Sosial kontakt og engasjement fra pleierne gikk igjen som et sentralt tema i intervensjonene og det er uklart om det var intervensjonen i seg selv eller økt sosial kontakt som ga resultater</p> <p>Det samme gjelder at intervensjonene ble introdusert som en ny aktivitet i pasientens liv og kan ha fylt et behov for nye inntrykk</p> <p>Det mellommenneskelige aspektet ved intervensjonene var av stor betydning, betydningen av å engasjere seg, tilbringe tid med og bli kjent med pasienten.</p>
Kvalitetsvurdering	Helsebibliotekets sjekklister for oversiktsartikler Fagfellevurdert

Tittel og forfattere	Effectiveness of meaningful occupation interventions for people living with dementia in residential aged care: a systematic review Av: Kim og Park
Tidsskrift og publiseringsår	Clinical Interventions in Aging, 2017
Hensikten med studien	Å undersøke effekten av personsentrerte intervensjoner for personer med demens
Metode	Meta- analyse av data fra et systematisk litteratursøk om personsentrert omsorg. Seks databaser ble inkludert for søk. 19 studier inkludert.
Hovedfunn / resultater	Individualiserte intervensjoner basert på personsentrert omsorg hadde langt større effekt enn opplæring og undervisning av personale og har evnen til å redusere APSD Personsentrert omsorg har en reduserende effekt på APSD og anbefales som alternativ til konvensjonell behandling Intervensjoner må inkludere personlige preferanser og interesser Personsentrert omsorg legger til grunn at personalet blir kjent med pasient og bruker tid på å utvikle nære forhold Sykepleiers evne til å forstå og bli kjent med pasienten er sentral
Kvalitetsvurdering	Helsebibliotekets sjekkliste for oversiktsartikler Fagfellevurdert

Tittel og forfattere	Effectiveness of person- centered care on people with dementia: a systematic review and meta- analysis Av: Milte, Shulver, Killington, Bradlet, Ratcliffe og Crotty
Tidsskrift og publiserings år	Archives of Gerontology and Geriatrics., 2016
Hensikten med studien	Å beskrive hva personer med demens og deres pårørende definerer som god pleie i sykehjem.
Metode	Kvalitativ data innsamlet gjennom dybde- intervjuer og fokusgrupper med personer med demens og deres familiemedlemmer. Tematisk analyse var gjennomført for å identifisere nøkkeltermer. Inkluderer personer fra tre sykehjem i Sør- Australia. Semi- strukturerte intervjuer og tilpasset pasientens evne til å bli intervjuet for å sikre deltakelse.
Hovedfunn / resultater	God pleie beskrevet av pasientene: Gir anerkjennelse som egen person gjennom frihet til å velge, selvbestemmelse, følelse av å være til nytte og verdsatt, respekt for personlige eiendeler og rom. Gir mulighet til å opprettholde kontakt med familien gjennom å skape et velkommende miljø og oppfordre til kontakt Artikkelen gir viktig innsikt i hva personer med demens anser som viktig og hvilke behov de har for å leve et godt liv i sykehjem Viser betydningen av å inkludere stemmen til personer med demens
Kvalitetsvurdering	Helsebibliotekets sjekklister for kvalitative studier Uvisst om den er fagfellevurdert

Tittel og forfattere	Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A systematic Review Av: Cohen- Mansfield, Dakheel- Ali, Marx, Hein og Regier
Tidsskrift og publiseringsår	Psychiatry Research., 2015
Hensikten med studien	Å beskrive uoppfylte behov hos personer med demens som opplever atferdsproblemer.
Metode	Randomisert placebokontrollert studie av gjentatte ikke-farmakologiske intervensjoner for atferdsproblemer hos personer med demens. 89 beboere fra seks ulike sykehjem var inkludert. Pasienten måtte oppleve APSD samt demens, og personellet måtte kjenne pasienten. Både sykepleieassistenter og forskningsassistenter gjorde vurderinger.
Hovedfunn / resultater	Uoppfylte behov hos personer med demens kan ha en viktig betydning for utvikling av APSD I gjennomsnitt ble det funnet tre uoppfylte behov per beboer Ensomhet og behov for sosial kontakt, kjedsomhet, behov for meningsfylte aktiviteter samt ubehag og smerte var hyppig rapportert Spesielt høy prevalens av uoppfylte behov knyttet til sosial kontakt og meningsfylte aktiviteter Forståelsen for umøtte behov bør være basis for utviklingen av intervensjoner og forebyggende programmer for å redusere APSD og gi økt livskvalitet til personer med demens.
Kvalitetsvurdering	Benyttet spørsmålene: - Har artikkelen en klart problemstilling? - Er designet velegnet for å svare på problemstillingen? - Kan du stole på resultatene? - Hva er resultatene? Fagfelleverdert