



Høgskulen på Vestlandet

SYKHB3001 Sykepleie, forskning og fagutvikling (Bacheloroppgave)

SYKHB3001-PRO1-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	22-02-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Slutt dato:	21-04-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F + Bestått)
Eksamensform:	Sykepleie, forskning og fagutvikling, Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 SYKHB3001 1 PRO1 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	281
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7925
Engelsk tittel *:	Dementia and challenging behaviour

Egenerklæring *: Ja

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

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 37

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

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

Nei

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

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Demens og utfordrende atferd

Dementia and challenging behaviour

Kandidatnummer: 281

Bachelor i sykepleie,
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Innleveringsdato: 21.04.2021

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

- Bakgrunn:** I dag er det over 100 000 mennesker i Norge som lever med demens. Eldrebølgen har ført til at vi blir stadig eldre, og man kan anta at antall innbyggere med demens i Norge vil doubles innen 2050. Resultatet av eldrebølgen og utbredelsen av utfordrende atferd hos personer med demens skaper utfordringer for oss i helsevesenet, og det må sørges for tilstrekkelig kunnskap for at vi skal kunne håndtere og forebygge utfordrende atferd.
- Problemstilling:** Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem?
- Metode:** Fire artikler ble inkludert i denne litteraturstudien. Avanserte søk ble utført i CINAHL, MEDLINE, PubMed, EBSCOhost og SveMed+. En tematisk analyse av artiklene ble utført, noe som resulterte i fire underkategorier: Implementering av personsentrert omsorg, kompetanse, forståelse av utfordrende atferd og musikkterapi.
- Resultat:** Å utvikle en mer personsentrert pleiekultur viser å ha god effekt på å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Utfordrende atferd må ses som et forsøk på kommunikasjon, relatert til behov som ikke er møtt. Økt kompetanse hos personalet viser seg å ha sammenheng med hvordan atferden håndteres og forebygges. Musikk brukt i demensomsorgen viser seg til å ha god effekt på utfordrende atferd.
- Konklusjon:** Implementering av personsentrert omsorg, forståelse av utfordrende atferd, kompetanse og musikkterapi er gode tiltak i forebyggingen av utfordrende atferd hos personer med demens.

Abstract

Background: More than 100 000 people in Norway is living with dementia today. It is assumed that this number will double by 2050 as a cause of the age wave. Dealing with agitated or aggressive behaviour amongst people with dementia seems to be challenging, and a higher understanding of how challenging behaviour can be prevented in people with dementia is needed to meet the patient's needs.

Research question: How can nurses prevent or reduce challenging behaviour in patients with dementia in nursing homes?

Method: In this literature study four articles were included. An advanced search was conducted in CINAHL, MEDLINE, PubMed, EBSCO*host* and SveMed+. A thematic analysis was used to find the main themes from the articles, which was divided into four categories; Implementation of person-centered care, competence, understanding challenging behaviour, and music.

Results: Developing a more person-centered care culture shows a good effect on preventing challenging behaviour in people with dementia. Challenging behaviour must be seen as an attempt at communication, related to unmet needs. The education and competence level of the nursing staff seem to have an impact on how to prevent challenging behaviour. Music used in dementia care seems to have a good effect on challenging behaviour.

Conclusion: Implementation of person-centered care, understanding challenging behavior, competence and music therapy are great measures in the prevention of challenging behavior in people with dementia.

Innholdsfortegnelse

1.0	BAKGRUNN	5
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	5
1.2	TIDLIGERE FORSKNING	6
1.3	TEORETISK PERSPEKTIV.....	6
1.3.1	<i>Demens</i>	6
1.3.2	<i>Utfordrende atferd</i>	7
1.3.3	<i>Forebyggende arbeid</i>	8
1.3.4	<i>Tom Kitwoods omsorgsteori</i>	8
1.3.5	<i>Kommunikasjonsprinsipper i demensomsorgen</i>	10
1.3.6	<i>Lovgivning om tvang</i>	11
1.4	HENSIKT OG PROBLEMSTILLING.....	12
2.0	METODE	13
2.1	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	13
2.2	INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER	14
2.3	LITTERATURSØK	14
2.4	ETISKE VURDERINGER	16
2.5	KILDEKRITIKK.....	17
3.0	FUNN	18
3.1	PRESENTASJON AV HOVEDFUNN	18
3.2	ANALYSE AV FUNN	19
3.2.1	<i>Implementering av personsentrert omsorg</i>	19
3.2.2	<i>Kompetanse</i>	20
3.2.4	<i>Forståelse av atferd</i>	20
3.2.5	<i>Musikkterapi</i>	20
4.0	DISKUSJON	21
4.1	<i>Implementering av personsentrert omsorg</i>	21
4.2	<i>Kompetanse</i>	23
4.3	<i>Forståelse av atferd</i>	25
4.4	<i>Musikkterapi</i>	27
5.0	OPPSUMMERING OG IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS	29
	REFERANSELISTE	30
	VEDLEGG 1 – SØKEPROSESS, S. 1-2	33
	VEDLEGG 2 – SJEKKLISTE FOR VURDERING AV EN KVALITATIV STUDIE, S. 1-7	35

Tabelloversikt

TABELL 1 – OVERSIKT OVER FUNN.....	18
TABELL 2 – SØKEPROSESS	33

1.0 Bakgrunn

Dette prosjektet har som tema i å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Ifølge nasjonalforeningen for folkehelsen (2021) er det over 100 000 mennesker i Norge som lever med demens i dag. Eldrebølgen har ført til at vi blir stadig eldre, og man kan anta at antall innbyggere med demens i Norge vil dobles innen 2050. Demens er en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Det kliniske sykdomsbildet karakteriseres ved en gradvis forverring av kognitiv og praktisk svikt, samt økende forekomst av nevropsykiatriske symptomer som depresjon, angst, psykotiske symptomer og atferdsforandringer som agitasjon og apati (Rokstad, 2014, s. 10-11). Utfordrende atferdsforandringer er ofte årsaken til innleggelse på institusjon med døgnbemanning, da omsorgsbyrden og de følelsesmessige påkjenningene ofte blir for store for de pårørende (Rokstad, 2008, s. 182). Resultatet av eldrebølgen og utbredelsen av utfordrende atferd hos personer med demens skaper utfordringer for oss i helsevesenet, og det må sørges for tilstrekkelig kunnskap for at vi skal kunne yte god omsorg til pasientene. Demens og utfordrende atferd knyttet til sykdommen er derfor et meget aktuelt tema som trenger økt fokus.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Bakgrunnen for valg av temaet ligger i egne erfaringer knyttet til uro og agitert atferd hos personer med demens - både fra jobb og praksis. Denne pasientgruppen har flere problemområder, og én av disse som jeg synes er spesielt utfordrende er uro og utagerende atferd. Det kan finnes flere bakgrunnsfaktorer som kan være med på å medvirke atferden vi observerer (Rokstad, 2008a, s. 185). Det kan være hjerneorganiske forandringer ved demenssykdommen, kognitive endringer, andre helsemessige faktorer, psykososiale faktorer, personlige forhold som trivsel, dagsform og opplevelse av situasjonen. Omgivelsene i pasientens nivå kan også ha betydning. Av personlige erfaringer har jeg lagt merke til at uroen bygger seg opp gradvis, noe som mange ganger fører til uro på kveldstid. Noen pasienter vandrer fram og tilbake i en lukket avdeling for å finne veien ut, noen vil hjem, noen leter etter sin mor, ektefelle, eller barn. Jeg har opplevd pasienter som roper, slår, sparker og biter mot personal og andre beboere. Denne atferden skaper frykt hos personalet og andre beboere, og ikke minst skaper

ubehag hos pasienten. Av min erfaring er flere sykepleiere og andre helsearbeidere usikre på hvordan utfordrende atferd kan forebygges.

1.2 Tidligere forskning

Per dags dato finner jeg lite forskning om forebygging av utfordrende atferd hos personer med demens. Dette kunnskapsgapet kan konkluderes med at forskningen som finnes på området ikke gir klare retningslinjer for anbefalt behandling da det er vanskelig å sammenlikne studier da pasientgruppene, metodene og rammende rundt forskningsprosjektene har vært varierende (Rokstad, 2008a, s. 190). Det er spesielt lite fokus på ikke-medikamentelle intervensjoner og implementering av personsentrert omsorg. Holdningen til demensomsorgen må oppjusteres, noe som krever høy grad av ferdigheter, kreativitet og innsikt (Rokstad, 2008b, s. 342). En felles forståelse i personalgruppen som arbeider med personer med demens er nødvendig for videre arbeid. Ny viten på området utvikles stadig, og fokus på fagutvikling og forskning knyttet til personer med demens vil bidra til økende kunnskap om gode tiltak (Rokstad, 2008b, s. 348).

1.3 Teoretisk perspektiv

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for relevant teori som skal bidra til å belyse tematikken i dette prosjektet. Vil jeg bruke teori om demens, sykepleierens forebyggende funksjon, gjøre rede for utfordrende atferd og presentere de grunnleggende kommunikasjonsprinsippene i demensomsorgen. I tillegg har jeg valgt ta med omsorgsteorien til sosialpsykologen, Tom Kitwood, og hans arbeid med implementering av personsentrert omsorg i demensomsorgen. Til slutt skal jeg presentere lovgivning som omhandler bruk av tvang og makt i demensomsorgen.

1.3.1 Demens

Demens er en samlebetegnelse på flere sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). Jeg ønsker i hovedsak å ta for meg Alzheimer sykdom, som er den vanligste formen for demens (Engedal & Haugen, 2018, s. 60). Alzheimer sykdom utvikler seg vanligvis langsomt, og det kan derfor ta flere år før problemene blir så tydelige at personen selv eller pårørende begynner å mistenke at noe er galt. Årsaken til sykdommen er trolig at et

protein i hjernen klumper seg sammen og danner plakk, og som angriper nervecellene og fører til at de dør. Tidlig i sykdomsforløpet finner man symptomer som redusert hukommelse og konsentrasjon, og etterhvert som sykdommen har utviklet seg kan det oppstå problemer med å forstå abstrakte forhold som å tolke sanseintrykk. Senere i sykdomsutviklingen kan det oppstå atferdsendringer som irritabilitet, følelsesmessig labilitet og forandringer i døgnrytmen. Sykdommen fortsetter å utvikle seg helt til personen blir totalt avhengig av hjelp når det gjelder alle praktiske gjøremål, og evnen til å uttrykke seg og evnen til å forstå kan forsvinner helt (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 413).

1.3.2 Utfordrende atferd

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av symptombildet man finner hos personer med demens. Vanskelig atferd, aggressiv atferd og voldelig atferd er ulike betegnelser som har blitt brukt om atferdsforandringene knyttet til demensutviklingen, og betegnelsen «utfordrende atferd» vil bli brukt for å understreke at de atferdsendringene som observeres ikke blir oppfattet som unormale eller avvikende (Rokstad, 2008a, s. 182).

Utfordrende atferd kan forstås som en form for kommunikasjon hvor pasienten prøver å meddele seg til omgivelsene når språket forsvinner. Atferden kan også skyldes udekkede behov, eller en reaksjon på omgivelsenes urimelige reaksjoner eller krav. Dersom man ser atferden ut ifra pasientens perspektiv og forutsetninger kan man ikke betrakte utfordrende atferd som avvik, men som normale reaksjoner. I nyere litteratur og forskning har begrepet *responsiv atferd* blitt brukt i stedet for utfordrende atferd, da atferden kan forstås som en respons og reaksjon til indre og ytre stimuli (Rokstad, 2008a, s. 183). Jeg kommer til å bruke begge begrepene videre i prosjektet.

Utfordrende atferd kan også beskrives som en lært sammenheng mellom pasientens atferd, forutgående begivenheter og reaksjonene atferden vekker i omgivelsene. Den utfordrende atferden kan ha blitt lært gjennom forsterkning som oppmerksomhet og kontakt ved uønsket

atferd. Eksempelvis kan en pasient som kun får oppmerksomhet fra personalet ved å rope, fortsette å rope for å få kontakt (Rokstad, 2008a, s. 184).

Utfordrende atferd kan også forstås i sammenheng med økt sårbarhet og redusert toleranse for stress. Dersom stressterskelen er lav og omgivelsenes krav ikke mestres kan dette føre til økt stress, angst og uro når omgivelsenes krav overstiger pasientens mestringsevne (Rokstad, 2008a, s. 184).

1.3.3 Forebyggende arbeid

En sykepleier har flere funksjons- og ansvarsområder. Av disse er det helsefremming og forebygging, behandling, lindring, rehabilitering, undervisning og veiledning som er rettet mot pasient og pårørende. Denne oppgaven berører sykepleierens forebyggende funksjon. Forebygging tar utgangspunkt i å identifisere potensielle og reelle problemer og omfatter tiltak rettet mot den enkelte pasient (Kristoffersen et al., 2016, s. 17). Tiltak som kan forebygge og moderere utfordrende atferd må bygge på informasjonsinnhenting og på antakelser om hva som ligger til grunn for den atferden vi ser, noe som vil variere for hver enkelt pasient (Rokstad, 2008a, s. 190). Dersom helsepersonellet ikke klarer å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens kan det ofte resultere i bruken av tvang.

1.3.4 Tom Kitwoods omsorgsteori

Tom Kitwood var en britisk sosialpsykolog og grunnleggeren av personsentrert omsorg til personer med demens. Kitwood var særlig opptatt av at det er personen som er i sentrum, og ikke sykdommen (Kitwood, 2003, s. 7). I følge Kitwood er det fem psykologiske behov hos personer med demens: trøst, tilknytning, inklusjon, bekreftelse og identitet. Kitwood beskriver disse behovene som overlappende, og at de samles til et sentralt behov: Kjærlighet. Dersom én av de psykologiske behovene oppfylles, vil de andre behovene også oppfylles i noen grad (Kitwood, 2003, s. 89-90).

Kitwood beskriver det han kaller «ondartet sosialpsykologi», som signaliserer et skadelig omsorgsmiljø som truer den personlige identitet og det fysiske velbefinnende. Ved en ondartet sosialpsykologi blir personen blant annet utsatt for tvang, umyndiggjøring, stigmatisering, latterliggjøring, neglisjering og ignorering. Kitwood mener ondartheten sjeldent har et ønske om å krenke, men at den er en del av vår kulturelle arv i pleiekulturen (Kitwood, 2003, s. 54-58). Ved å utarbeide en personsentrert pleiekultur vil fokuset være rettet mot den enkeltes egenart, respekt for personen, og medfølelse over det personen har gjennomgått stå sentralt (Kitwood, 2003, s. 145). Personsentrert omsorg dreier seg primært om vedlikehold og styrkelse av personidentiteten. Å sørge for trygge omgivelser, oppfylle basale behov og gi fysisk pleie er essensielt, men kun en liten del av omsorgen for hele personen. Å ha forståelse av personens evner, smaker, interesser, verdier og åndelige behov står sentralt i den nye pleiekulturen. Utfordrende atferd bør ses som et forsøk på kommunikasjon, relatert til behov som ikke er møtt. Det er nødvendig å forsøke å forstå budskapet og oppfylle behovet framfor å håndtere atferden (Kitwood, 2003, s. 144).

Kitwoods omsorgsteori har senere blitt videreutviklet til et rammeverk for praksis, VIPS-modellen:

V står for *verdier*. Verdigrunnet anerkjenner menneskets absolutte verdi, uavhengig av alder eller kognitiv funksjon.

I står for *individuell tilpasning*. Dette innebærer å sette fokus på individuell omsorg, hvor det etableres en plan for hver enkelt pasient der ressurser og sårbarhet identifiseres og tiltak for å dekke grunnleggende behov beskrives. Planene må evalueres kontinuerlig da pasientens tilstand og behov endrer seg. For å sikre en individuell tilnærming må det være gode rutiner for samarbeid med pasienten og ovenfor pårørende for å sikre gjensidig informasjonsutveksling.

P står for *perspektivet* til personen med demens. Å innta pasientens perspektiv innebærer kommunikasjon og evne til empati med pasienten. Omsorgsmiljøets evne til å ta pasientens perspektiv kommer særlig til uttrykk ved i hvilken grad pasientens utfordrende atferd blir håndtert.

S står for et *støttende sosialt miljø*. Å etablere et støttende sosialt miljø baserer seg på erkjennelsen av mellommenneskelige relasjoner som grunnleggende. Et berikende sosialt miljø kan kompensere for svakheter og gi mulighet for personlig vekst. Et støttende sosialt miljø preges av varme, respekt, det å bli tatt på alvor, få nødvendig assistanse etter behov og oppleve å være en del av nærmiljøet (Rokstad, 2014, s. 91-94).

1.3.5 Kommunikasjonsprinsipper I demensomsorgen

Demens utfordrer kommunikasjonsprosessen gjennom de generelle kognitive og spesifikke språklige sviktene som sykdommen innebærer (Wogn-Henriksen, 2008, s. 93). Selv om språket som redskap ikke lenger er effektivt og presist, er det ingenting som tyder på at kommunikasjonsbehovet blir mindre under demensutviklingen. Ved langtkommen demens kan kommunikasjonen være så fattig og fragmentert at det blir vanskelig for personen med demens å formidle egne behov og ønsker (Wogn-Henriksen, 2008, s. 96). Ikke-verbal kommunikasjon som blikk, mimikk, kroppsholdninger og bevegelser, berøring, stemmebruk og avstand er vanligvis fortsatt funksjonelle og blir viktigere i denne fasen av demensutviklingen. Det er viktig at en snakker tydelig, artikulert og ikke for fort, og at man tilpasser kommunikasjonen til personen og situasjonen. Personer med demens trenger ofte hjelp til å holde orden på tid og sted. Mange glemmer hva gjenstander heter eller hva de skal brukes til, og det er derfor viktig å strukturere miljøet rundt personen slik at det er lett å orientere seg og bruke en kommunikasjonsstil som er informerende og tydelig. Dette innebærer også å sørge for at personen ikke overveldes av inntrykk, men samtidig sørge for at hverdagen er stimulerende nok (Eide & Eide, 2018, s. 332).

Reminisens (minnearbeid)

Ved demens har er ofte langtidshukommelsen mer intakt, og minnearbeid tar utgangspunkt i denne evnen til å hente frem personlige og meningsfulle hendelser fra tidligere i livet. Å gjenopplive nøkkelhistorier fra livet kan gi ny kontinuitet og sammenheng og tydeliggjøre hvem en er. Minnearbeid kan brukes for å minne mennesket om deres tidligere selvtillit og kompetanse, som kan innvirke positivt på deres selvfølelse i dag (Wogn-Henriksen, 2008, s. 103-104).

Realitetsorientering

Orienteringssvikt og svekket korttidshukommelse gjør at personen med demens ikke alltid er oppdatert med hensyn til tid og situasjon, og personen kan tidvis miste oversikten eller erstatte manglende oversikt med egne antakelser, som i noen tilfeller kan være feil. For noen kan det oppleves som en stor trygghet at personalet formidler eller er en slags garantist for den kunnskapen de selv har vansker med å lagre og hente frem. For mange kan det være en støtte at personalet aktivt minner dem om tid, sted og navn, eller hva som skjer under for eksempel morgenstellet. Realitetsorientering kan bidra til å forebygge mulige forvirringsepisoder, forutsett at metoden blir brukt riktig (Wogn-Henriksen, 2008, s. 104-105).

Validering

I motsetning til realitetsorientering er denne innfallsvinkelen ikke så opptatt av hva som er reel og sann informasjon, men hva som er pasientens fokus og opplevelse. I stedet for å korrigere personen går validering ut på å bekrefte og anerkjenne personens meddelelser. Her kan man bruke utforskende spørsmål som hvem, hva, hvor, når og hvordan for å gyldiggjøre de følelsesmessige aspektene ved pasientens kommunikasjon. Det viktigste er å lytte til personens emosjonelle uttrykk uten å henge seg opp i faktaopplysninger. Denne metoden åpner for forståelse og nærhet (Wogn-Henriksen, 2008, s. 105- 106).

1.3.6 Lovgivning om tvang

Ettersom personer med demens gradvis mister evnen til å ta vare på seg selv og innsikt i egen situasjon, fører dette ofte at personen mister samtykkekompetansen (Engedal et al., 2001, s. 10). Uten samtykkekompetanse kan det oppstå problemer og etiske dilemmaer som kan være vanskelige å løse. Personer med demens kan utsette seg selv eller andre for skade, eller lide overlast dersom de motsetter seg nødvendig helsehjelp. Helsepersonell må i enkelte situasjoner utøve tvang for å kunne gi personen et verdig liv og nødvendig omsorg. I pasient og brukerrettighetsloven (1999, § 4-3) står det at samtykkekompetansen kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller

psykisk utviklingshemming åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket omfatter. Pasient og brukerrettighetsloven (1999, §4A) har som formål å yte nødvendig helsehjelp for å hindre helseskade og forebygge bruk av tvang. Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet, og samsvare med pasientens rett til selvbestemmelsesrett så langt det er mulig. De etiske konfliktene ved bruk av tvang handler om respekt for pasientens autonomi og integritet (Nordtvedt, 2012, s. 165).

1.4 Hensikt og problemstilling

Hensikten med dette prosjektet er å finne tiltak som kan bidra til at utfordrende atferd hos personer med demens forebygges, og at bruk av tvang i demensomsorgen reduseres. Jeg vil ha fokus på relasjonelle og tillitskapende tiltak. Siden Alzheimer sykdom er den vanligste demensformen vi har i dag, er det Alzheimer jeg ønsker å ha fokus på. Utfordrende atferd resulterer ofte i innleggelse på skjermet avdeling på sykehjem, og prosjektet er derfor avgrenset til dette området. På bakgrunn av den teoretiske kunnskapen presentert i forrige kapittel har jeg kommet fram til følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleiere bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem?»

2.0 Metode

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for hvilken metode som er brukt i prosjektet, presentere inklusjons- og eksklusjonskriterier for søkene, beskrive søkeprosessen, etiske vurderinger til prosjektet og redegjøre for kildekritikk.

2.1 Litteraturstudie som metode

Dette prosjektet har litteraturstudie som metode. Kravet om kunnskapsbasert praksis i sykepleien har gjort at behovet for oversikter og egnende artikler på ulike områder har økt (Christoffersen et al., 2015, s. 63). En litteraturstudie systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder, og går ut på å samle inn litteratur, gå kritisk gjennom den og diskutere resultatene (Thidemann, 2019, s. 77). Hensikten med denne metoden er å gi leseren en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som allerede finnes på området som problemstillingen etterspør, og beskrive hvordan man har kommet frem til denne kunnskapen (Thidemann, 2019, s. 78).

I litteraturstudien brukes i hovedsak kvantitative og kvalitative data. Studien til Gills et al. (2017) er en kvantitativ studie. Kvantitative studier benytter målbare data, hvor data samles inn ved bruk av for eksempel spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon og eksperiment (Thidemann, 2019, s. 75-76). Metoden gir mulighet for god breddekunnskap hvor man får et lite antall opplysninger fra mange undersøkelsesenheter.

Kvalitative studier har som hensikt i å få kunnskap om menneskelige egenskaper som meninger, opplevelser, erfaringer, tanker, forventninger, motiver og holdninger, og å få frem nyanser (Thidemann, 2019, s. 76). Studien til Clifford & Doody (2018) er en kvalitativ studie.

Datainnsamlingen i kvalitative studier består ofte av intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse. Kvalitativ metode gir dybdekunnskap, det vil si at man får mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter.

Studien til Jacobsen et al. (2017), bruker «mixed method» som metode, hvor både kvantitativ og kvalitativ data ble brukt. Fordelen med en slik studie er at den kvalitative undersøkelsen utdyper

og utfyller uklarheter og overraskende resultater fra den kvantitative undersøkelsen, og gir en mer helhetlig tilnærming (Thidemann, 2019, s. 77).

Studien til Pedersen et al. (2017), er en metaanalyse, som er en systematisk metode som sammenstiller kvalitativ forskning på et bestemt emne og sammenligner og analyserer tekstene fra de individuelle studiene for å utvikle nye tolkninger (Christoffersen et al., 2015, s. 64). Fordelen med en slik studie er at man klargjør hva man vet og ikke vet, avdekker kunnskapshull og viser vei for videre forskning (Thidemann, 2019, s. 79).

2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Jeg definerte inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier for å tydeliggjør litteratursøket og for å avgrense mengde litteratur (Thidemann, 2019, s. 82). Jeg har brukt fagfelleverderte artikler og alle typer studiedesign som inklusjonskriterier. Siden personer med langtkommen demens ofte bor på sykehjem, vil min oppgave bli avgrenset til dette området. Artikler som er eldre enn 5 år, artikler på andre språk enn norsk, engelsk, dansk eller svensk, ble ekskludert. Jeg har hatt hovedfokus på Alzheimer sykdom, men siden utfordrende atferd ikke er rettet mot én demenssykdom vil jeg ikke ekskludere artikler som omhandler andre demenssykdommer.

2.3 Litteratursøk

I søkeprosessen benyttet jeg meg av PICO-modellen. PICO er et verktøy med å operasjonalisere problemstillingen slik at den blir presis og søkbar.

«P» står for pasient/problem, her har jeg brukt «demens» og «utfordrende atferd».

«I» står for intervensjon, hvilket tiltak som skal undersøkes, her har jeg brukt ordene «forebygging/reduksjon av utfordrende atferd», «kommunikasjon» og «miljøtiltak».

«C» står for comparicon, og har ikke blitt tatt med da jeg ikke skal sammenligne tiltak.

«O» står for outcome, og jeg har tatt med resultater som «reduksjon i utfordrende atferd», «økt livskvalitet» og «reduksjon av tvangsbruk». (Thidemann, 2019, s. 82).

Jeg har bevisst brukt databaser som er medisinsk- og sykepleiefaglige for å kvalitetssikre at artiklene er relevante for sykepleieutøvelsen. Gjennom skolebiblioteket har vi tilgang til Ovid, som er et grensesnitt for flere databaser som for eksempel Medline og Cinahl. Andre databaser jeg har brukt er PubMed, EBSCOhost og SveMed+. Jeg har brukt ulike søkeord og emneord i de ulike databasene med forskjellige kombinasjoner som «AND» og «OR» for å forsikre meg at jeg kommer over flest mulige artikler som kan være relevante for min problemstilling. Jeg har søkt i samme databaser på ulike datoer i tilfelle det har kommet ny forskning på området, eller fordi jeg hadde kommet over nye søkeord. Tilsammen fant jeg 13 artikler fra søkeprosessen, og 4 av dem ble tatt med i denne litteraturstudien. Søkeprosessen er systematisert i tabell 2 (Vedlegg 1), og artiklene jeg har inkludert er merket med grønn fargeskrift.

Medline

Den 10.12.20 søkte jeg først i Medline med å kombinere søkeordene «Dementia OR Alzheimer OR Alzheimer disease» med «Agitated OR aggressive OR challenging behaviour», og fikk 13 treff. Etter å ha lest abstraktene til alle treffene, valgte ut artikkelen til Gills et al. (2019), som undersøkte ikke-medikamentelle tiltak for å forebygge utagerende atferd.

Den 12.03.21 gjorde jeg et nytt søk i Medline ved å kombinere søkeordene «agitation OR aggression OR behaviour OR agitation reduction» med «alzheimer disease OR «dementia OR alzheimer» og «patient-centred care OR person centred». Dette søket gav meg 53 treff. Jeg leste først overskriftene, deretter leste gjennom abstraktene til de artiklene som virket relevante for min problemstilling. Jeg valgte ut artikkelen til Clifford & Doody (2018), som undersøker viktigheten av personsentrert omsorg i demensomsorgen og hvordan dette kan bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens.

EBSCOhost

Den 11.03.21 gjorde jeg et søk i EBSCOhost med søkeordet «restraint» kombinert med «Dementia» og fikk 86 treff. Etter å ha lest gjennom overskrifter og noen abstrakt valgte jeg å ta med artikkelen til Jacobsen et al. (2017). Denne studien undersøkte faktorer som hindret eller økte personalets kompetanse knyttet til tillitsskapende tiltak basert på personsentrert omsorg, og som et alternativ til bruk av tvang i demensomsorgen.

PubMed

Den 15.03.21 utførte jeg et søk i PubMed og kombinerte søkeordene «music», «agitation» og «dementia» som resulterte i 72 treff. Ut ifra overskriftene var det noen artikler jeg leste abstraktet til, og av disse valgte jeg artikkelen til Pedersen et al. (2017), som undersøker effekten av musikkterapi for å forebygge agitasjon hos personer med demens.

2.4 Etiske vurderinger

Når det utføres forskning innen helsefag må det gjøres etisk forsvarlig. Etisk deklarasjon inneholder veiledende regler i studier som omfatter mennesker og har som formål med å beskytte pasienter mot farer som følge av forskningen, og det informerte samtykke står sentralt. I Norge er det regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). All medisinsk og helsefaglig forskning som involverer vitenskapelig metodikk for å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom hos mennesker, menneskelig biologisk materiale eller helseopplysninger må søke REK om forhåndsgodkjenning for å sikre at forskningsprosjektet er etisk forsvarlig å gjennomføre (Christoffersen et al., 2015, s. 43). Etersom dette er en litteraturstudie hvor personopplysninger og annen sensitiv informasjon ikke blir behandlet, er kriteriene om taushetsplikt, anonymisering og samtykke ikke relevant. Forskningsartiklene som er valgt, derimot, skal overholde disse kriteriene. MEDCED-studien til Jacobsen et al. (2017), som er den eneste norske studien jeg har inkludert i prosjektet. Studien er godkjent av REK. De andre studiene er utført i Irland, Storbritannia og Sveits, og har fulgt Helsinkideklarasjonen. Helsinkideklarasjonen erklærer etiske prinsipper for medisinsk forskning, og slår fast at forskning som involverer mennesker, skal ta hensyn til personens velferd foran vitenskapens og

samfunnets interesser (WMA, 2013; Ot.prp. nr. 58 (2005-2006), s. 11-13). I tillegg har fulgt redaksjon for norsk APA-stil (2020) for fagtekster og kunnskaper jeg bygger på, for å kreditere de som har produsert kunnskapen.

2.5 Kildekritikk

Når jeg skulle gå grundig gjennom de 13 artiklene fant jeg ut at noen av artiklene ikke fulgte IMRaD-strukturen, noe som gjør det svært vanskelig å benytte sjekklister for å kvalitetssikre dem (Thidemann, 2019, s. 90-92). Disse ble derfor ikke tatt med videre i studien. To av artiklene var eldre enn 5 år, og siden jeg ønsker å svare på problemstillingen min med den nyeste kunnskapen ble disse ekskludert. Jeg søkte opp tidsskriftene som artiklene var publisert igjennom registeret over vitenskapelige publiseringskanaler (NSD, u.å.), og ekskluderte artikler som manglet fagfelle vurdering. Etter å ha gått kritisk gjennom artiklene ved hjelp av sjekklister fra Helsebiblioteket (2016), satt jeg igjen med 4 forskningsartikler for å belyse problemstillingen min.

Kunnskapspyramiden viser ulike grader av oppsummering og kvalitetsvurdering av helsefaglig forskningslitteratur. Kunnskapsbaserte oppslagsverk og retningslinjer finnes høyt oppe i pyramiden, videre nedover finner vi systematiske oversikter og kvalitetsvurderte enkeltstudier. Nederst i pyramiden ligger primærstudier, hvor det ikke er foretatt noen oppsummering eller kvalitetsvurdering utover tidsskriftets fagfelle vurdering (Strømme, 2019). På bachelornivå tas det som oftest høyde for at relevante kilder med ulike metodiske tilnærminger aksepteres, og at man ikke bare kan benytte artikler med en type metode (Thidemann, 2019, s. 99). Å inkludere artikler av 4 ulike studiedesign i prosjektet gir meg muligheten til å svare på problemstillingen min fra ulike perspektiver, og sammen med annen type litteratur bidrar dette til å få en helhetlig oversikt over hvordan utfordrende atferd kan forebygges hos personer med demens. Det må tas hensyn til at det er vanskelig å sammenlikne studier når studiedesignene er varierende.

Når jeg har valgt ut pensum og annen litteratur for å belyse problemstillingen min har jeg konsekvent forsøkt å benytte den nyeste litteraturen. Jeg har valgt å basere prosjektet på Tom Kitwoods omsorgsteori, og har brukt boka «revurdering af demens – personen kommer i første

række». Teorien er like relevant i dag, til tross for at den originalt ble utgitt i 1997. Boka er oversatt til dansk, noe som gir mulighet for mistolkning av hva som står skrevet i den opprinnelige utgaven av boka.

3.0 Funn

3.1 Presentasjon av hovedfunn

Tabell 1 – Oversikt over funn

Tabellen under presenterer forskningsartiklenes forfattere, hvilket land studien ble utført i, metode, kontekst og hovedfunn.

Forfattere, land	Metode	Kontekst	Hovedfunn
Gillis, Lahaye, Dom, Lips, Arnouts, & Van Bogaert. Storbritannia	Kvantitativ metode. En team-basert tilnærming. ABC-metoden og Senses Framework ble brukt for å tilpasse intervensjonen til hver enkelt pasient.	65 beboere med demens som opplever uro/ utagerende atferd. Utført på 3 forskjellige sykehjem, 6 forskjellige avdelinger hvor 5 av dem var lukket avdelinger. Studien hadde varighet på 4 mnd.	Intervensjonen gav reduksjon på 26% i prevalens av aggresjon / agitasjon, 15% reduksjon i tap av dekorum, og en 12% reduksjon i prevalensen av depresjon. Den gjennomsnittlige alvorlighetsgraden av alle nevropsykiatriske symptomer reduserte. terapeutisk berøring og musikkøker gruppemusikkøker hadde gode effekter på nevropsykiatriske symptomer, men det ble ikke funnet noen forskjell hos beboere som fikk individuelle aktiviteter.
Clifford & Doody. Irland	Kvalitativ studie. Intervjuene ble lydinnspilt. Et pilotintervju ble brukt før studien for å sikre at intervjuguiden var passende	For å få varians fra utvalg ble det valgt ut sju steder i Irland som tillot et tverrsnitt av sykepleierpersonell i både offentlige og private langvarige fasiliteter. Alle som deltok i denne studien var kvinner. 9 sykepleiere rekruttert fra private og offentlige sykehjem ble intervjuet.	Forståelse av årsakene til responsiv atferd hos mennesker med demens var tydelig blant alle deltakerne i studien, der deltakerne beskrev responsiv atferd "som en måte å kommunisere på", og at de trengte å tolke denne formen for kommunikasjon. Mangel på finansiering, manglende utdanning og personalets holdninger ble sett på som barrierer for personsentrert omsorg. Relasjonsbygging, aktiviteter i hverdagen og en teambasert tilnærming ble framhevet for å støtte personer med demens. En positiv omsorgskultur som anerkjente god kommunikasjon og deling av informasjon ble også sett på som et viktig aspekt ved demensomsorg.
Jacobsen, Mekki, Førland, Folkestad, Kirkevold, Skår, Tveit & Øye. Norge	Kvalitativ og Kvantitativ studie (Mixed Method). Spørreundersøkelser, fokusgruppeintervjuv og etnografisk feltarbeid.	Studien ble utført blant ansatte på 24 sykehjem på Vestlandet. 12 av sykehjemmene var med i intervensjonsgruppen og 12 av sykehjemmene som kontrollgruppe.	Når det gjelder mulig sammenheng mellom personalets kunnskap og handling, virker kvantitative data fra studien ikke avgjørende mens kvalitative data var mer belysende. De kvalitative dataene indikerte en utvikling mot mer personsentrert omsorg sammenliknet med situasjonen før utdanningsintervensjonen. Dette førte til redusert bruk av tvang i sykehjemmene. Engasjement av ledere så ut til å være et sentralt tema for å legge til rette for vellykket implementering.
Pedersen, Andersen, Lugo, Andreassen & Sütterlin. Sveits	Metaanalyse	12 engelskspråkelige studier ble inkludert med et søk gjort i 6 ulike databaser. Søkeordene som ble brukt var «Music AND dementia, Music AND Alzheimer's kombinert med music therapy OR music intervention AND agitation».	Musikkintervensjon hadde en samlet total effekt på agitasjon i demensomsorgen, noe som antydnet robust klinisk relevans. Åtte studier brukte en kombinasjon av metoder, inkludert sang, tøyning og klapping (aktiv musikkintervensjon). Seks studier brukte passiv intervensjonsterapi som intervensjonskontekst. Aktive og passive intervensjoner ga nesten identiske resultater.

3.2 Analyse av funn

Ut ifra hovedfunnene presentert i forrige tabell, har jeg laget et systematisk oppsett med tematikker som går igjen. Jeg valgte å bruke Aveyard sin tematiske analysemodell (2018, s. 141-143), som går ut på å identifisere hovedtemaene ut ifra de ulike artiklene for å finne likheter og ulikheter fra hovedfunnene. Jeg fant fire hovedtemaer: implementering av personsentrert omsorg, kompetanse, forståelse av atferd og musikkterapi. Denne tematiske analysen danner et grunnlag for drøftingen i neste kapittel.

3.2.1 Implementering av personsentrert omsorg

Studien til Gills et al. (2017) brukte Senses Framework og ABC-modellen for å implementere personsentrert omsorg, som gikk ut på å tilpasse intervensjonen til den enkelte pasient basert på pasientens udekkede behov. Resultatet av intervensjonene viste reduksjon av utfordrende atferd blant pasientene. Sykepleierne intervjuet i studien til Clifford & Doody (2018) framhevet at mangel på finansiering og utdanning var barrierer for personsentrert omsorg. Behov for tid og tilgjengelighet av personalet for å skape en god relasjon med pasientene ble sett på faktorer som kan bidra til en personsentrert omsorg. Et samarbeid mellom sykepleiere og aktivitetskoordinator muliggjorde en mer personsentrert tilnærming og integrering av aktiviteter i hverdagen til pasientene. I studien til Jacobsen et al. (2017) kommer det fram at personsentrert omsorg kan bidra til unngåelse av bruk av tvang i demensomsorgen. Studien hadde utvikling mot en mer personsentrert omsorg sammenlignet med situasjonen før utdanningsintervensjoner, med fokus på å forstå at pasientens atferd var en reaksjon på manglende evne til å uttrykke udekkede behov. I intervjuene kom det også fram at ulike lederstiler hadde innvirkning i å fremme eller hindre implementeringen av beslutningsmodellen for å finne alternativer til bruk av tvang på sykehjemmene.

3.2.2 Kompetanse

Flere av deltakerne i studien til Clifford og Doody (2018) fremhevet den positive effekten videreutdanning har på pasientene, ansatte, omsorg og miljø. Opplæringen ble sett på som et verktøy for å håndtere personer med demens og for å håndtere utfordrende atferd. Deltakerne i studien mente videreutdannelsen var svært viktig i demensomsorg, og la vekt på at også annet helsepersonell må få tilgang til videreutdanning for å få høyere kompetanse i teamet.

Viktigheten av kompetanse og utdanning ble også fremhevet i studien til Jacobsen et al. (2017). Personalet som hadde fullført utdanning på universitets- eller høyskolenivå og som fikk delta i kurs og annen videreutdanning innen demensomsorg oppnådde mer kunnskap til en rekke tillitsskapende tiltak som alternativer til bruk av tvang.

3.2.4 Forståelse av atferd

I stedet for å forsøke å håndtere selve atferden, fokuserte studien til Gills et al. (2017) å tilpasse intervensjonen til hver enkelt pasient basert på de underliggende årsakene. Sykepleierne i studien til Clifford og Doody (2018) viste tydelig forståelse av utfordrende atferd hos pasientene og beskrev atferden som en måte å kommunisere på, og at denne type kommunikasjon måtte tolkes blant personalet. De mente også at personalets holdninger kan påvirke omsorgsmiljøet. God kommunikasjon, både med pasient og med kollegaer, ble ansett som viktig av deltakerne. Erfaring, kompetanse og relasjon til pasienten framhevet forståelse av ikke-verbal kommunikasjon og hvordan man skal reagere i ulike situasjoner.

3.2.5 Musikkterapi

Musikkintervensjon hadde en samlet total effekt på agitasjon hos personer med demens i metaanalysen til Pedersen et al. (2017). Både aktiv musikkintervensjon som sang, tøyning og klapping, og passiv intervensjonsterapi hvor pasienten lyttet til musikk uten å være aktivt engasjert. Disse ga nesten identiske resultater. Gruppemusikkøker ble brukt som intervensjon for pasientene som hadde behov for følelse av tilhørighet i studien til Gills et al. (2017), noe som resulterte i reduksjon av nevropsykiatriske symptomer.

4.0 Diskusjon

På bakgrunn av teori og forskningsfunn viser det seg at flere personsentrerte tiltak har god effekt med å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Forståelse av atferd er grunnleggende dersom utfordrende atferd skal forebygges, og omsorgsgivernes kompetanse kan ses i sammenheng med hvordan atferden forstås. Videre skal jeg drøfte betydningen av musikk som et personsentrert miljøtiltak, og hvilken effekt dette har på utfordrende atferd.

4.1 Implementering av personsentrert omsorg

Mennesker med demenssykdom er forskjellige. Et viktig element i personsentrert omsorg handler derfor om å behandle personer som enkeltindivider (Brooker, 2013, s. 34). Tom Kitwood (2003, s. 17-18) var opptatt av at alle mennesker er unike med en absolutt verdi, uavhengig av graden av kognitiv svikt. På bakgrunn av Kitwoods omsorgsteori vil en individuell tilnærming bidra til en mer personsentrert praksis ettersom omsorgen blir individuelt tilpasset den enkelte pasient, basert på de individuelle behovene. I følge Brooker (2013, s. 40) er det svært krevende å yte personsentrert omsorg som virkelig er individuell. Man må ha en plan for hver enkelt person, hvor ressurser og sårbare sider knyttes til et bredt behovsspekter. Gills et al. (2017) brukte ABC-modellen til å systematisk identifisere, analysere og kvantifisere vedvarende eller utfordrende atferd blant pasientene. Hvilken intervensjon som ble innført hos den enkelte pasient var basert på de individuelle behovene. I følge Brooker (2013, s. 43) er kjennskap til de individuelle preferansene til personer med demens et viktig element for å gi individuell omsorg. Mat, drikke, musikk og rutiner som personen kjenner fra før bidrar til å skape trygghet, tillit og ro. Gotfredsen (2011, s. 143) understreker at jo bedre medarbeiderne kjenner den enkeltes bakgrunn og funksjonsevne, desto bedre kan man sette seg inn i behovene og skreddersy pleien man gir. Avdelingsleder Forbond (2020) legger vekt på kartlegging av hver enkelt pasient for å gi ansatte et godt grunnlag for å fremme god kommunikasjon og tilrettelagt aktivitet i hverdagen. Aktivitetene er strukturert inn i ukeplaner, og evalueres én gang i måneden. Forbond (2020) hevder at slike ukeplaner også kan bidra til å begrense bruk av tvang i demensomsorgen. I tillegg til ukeplaner benyttes det individuelle tiltaksbeskrivelser som beskriver tiltakene detaljerte slik at de ansatte har tilstrekkelig informasjon til å utføre bistand på en hensiktsmessig måte for

pasienten. Slike tiltaksplaner blir også brukt i sykehjemmene jeg har jobbet i. Her blir de ulike behovsområdene til hver enkelt pasient beskrevet detaljer, på slik måte som Forbond (2020) forklarer. Imidlertid er ikke tiltaksplanene alltid like oppdatert. Siden behovsområdene til den enkelte forandrer seg kontinuerlig bør vi ha større fokus på rutiner som sikrer at tiltaksplanen alltid er oppdatert. Jeg har fått inntrykk av at mine kollegaer ønsker å benytte en personsentrert tilnærming i samhandling med pasientene, og oppdaterte tiltaksplaner vil, etter min mening, bidra til dette.

Dessverre er det flere faktorer som påvirker og utfordrer helhetstenkning og personsentrert omsorg på det praktiske nivået. Økende vektlegging av måloppnåelse, jaget etter effektivitet, effekt og budsjettbalanse er blant disse (Rokstad, 2014, s. 23). Av egen erfaring vil jeg påstå at det er umulig å yte personsentrert omsorg uten at jeg kjenner pasienten. Imidlertid krever relasjonsbygging at man har tilstrekkelig tid og bemanning. Dette støttes i forskningen til Clifford og Doody (2018), hvor deltakerne hevder at utilstrekkelig bemannings hindrer dem i å tilbringe tid med pasientene. Sykepleierne poengterte viktigheten av å bli kjent med den enkelte, kjenne til personens tidligere liv, historien og den enkeltes interesser. På den andre siden synes sykepleierne at dette vanskelig å oppnå med det lave bemanningsnivået (Clifford & Doody, 2018). Dessuten følte sykepleierne på en frustrasjon over mangelen på tid de kunne gi til pasienter for å etablere en relasjon, og at dette hindret dem til å være i stand til å finne årsaken til utagering hos pasientene. Dette er noe jeg selv har erfart, og som jeg tror de fleste vil kjenne seg igjen i. I tillegg synes jeg det er vanskelig å anvende kommunikasjonsprinsippene reminisens, validering og realitetsorientering uten å ha en god relasjon til pasienten. I studien til Clifford og Doody (2018) kommer det også frem at sykepleierne ønsket å benytte seg av ikke-farmakologiske tiltak i forebygging av utfordrende atferd, da dette kan bidra til å opprettholde personens verdighet og personlighet. På den andre siden syntes de det var vanskelig å unngå medisiner i praksis, på grunn av underbemanning. Jeg har flere ganger opplevd pasienter har behov for en-til-en kontakt, men på grunn av oppgaver som skal gjøres, og andre pasienter som også trenger hjelp, er ikke dette alltid mulig. Imidlertid har jeg opplevd at det generelt finnes

mindre uro, utagering og vandring dersom jeg og kollegaene mine bevarer roen og bruker tiden sammen med pasientene.

Ledelsen har et stort ansvar for å legge til rette for personsentrert omsorg i pleiekulturen.

Jacobsen et al. (2017) fant ut at engasjement blant lederne står sentralt for å legge til rette for en vellykket implementering av personsentrert omsorg. De kvalitative dataene antydte at ulike lederstiler fremmet eller hindret implementeringen av personsentrert omsorg, og for å finne alternativer til bruk av tvang. På den ene siden viste det seg at ledere med mye fravær, eller som ikke arbeidet tett nok med resten av personalet, hindret implementeringen av personsentrert omsorg. På den andre siden hadde ledere som var engasjert, og som inkluderte og respekterte sine ansatte, en positiv innvirkning på personsentrert omsorg i institusjonen. Dette kan også gjenspeiles i omsorgsteorien til Kitwood. Kitwood (2003, s. 112-117) fremmet behovet for personsentrert personalbehandling som en forutsetning for utvikling av en ønsket pleiekultur. Ifølge Rokstad (2014, s 31) innebærer en personsentrert tilnærming også at det etableres systemer i organisasjonen som sikrer at personalet føler seg verdsatt av arbeidsgiver.

Arbeidsforholdet må bygge på gjensidig tillit mellom arbeidstaker og leder for å sikre ansattes individualitet der hver enkelt gis mulighet for å bruke hele sitt spekter av erfaringer, kunnskaper og personlige ressurser. På denne måten vil lederen også stimulere til personlig vekst hos sine ansatte.

4.2 Kompetanse

Funnene til Jacobsen et al. (2017) peker mot en sammenheng mellom personalets kompetanse og personalets evner til å finne en rekke tillitsskapende tiltak som alternativer til bruk av tvang. Videre indikerte økt kompetanse hos personalet en utvikling mot mer personsentrert tilnærming sammenlignet med situasjonen før utdanningsprogrammet. Deltakerne i studien til Clifford og Doody (2018) framhevet også den positive effekten videreutdanningen har på pasientene, ansatte, omsorg og miljø. En av deltakerne i studien beskrev opplæringen som et verktøy for å håndtere utfordrende atferd hos personer med demens (Clifford & Doody, 2018). Imidlertid mente deltakerne at behovet for videreutdanning og opplæring ikke bare må tilbys sykepleiere,

men også annet helsepersonell med hensikt i å gi kompetanseheving hos hele teamet. Selv om en pasient har et tvangsvedtak, skal man ifølge lovverket forsøke en rekke tillitsskapende tiltak før det benyttes tvang (Pasient og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). Dette krever imidlertid at sykepleiere og annet helsepersonell har gjort seg godt kjent med lovverket, og har kunnskap om hvordan man kan forsøke tillitsskapende tiltak. Som sykepleier skal man alltid ta hensyn til pasientens beste. Noen ganger vil moderat bruk av tvang bidra til pasientens ve og vel, mens det å la pasienten forekomme eller få komplikasjoner i form av infeksjoner, sår og smerter vil være ansvarsløst. Manglende respekt for pasientens valg kan resultere i krenkelse av pasientens selvbestemmelse og integritet (Nordtvedt, 2012, s. 166). I følge Gotfredsen (2011, s. 143) kan man hjelpe de fleste personer med demens til å få en god livskvalitet dersom personalet har den kunnskapen som kreves, og er innstilt på å tilpasse omsorgen til den enkeltes behov. Gotfredsen hevder at pasientens tillit til personalet, kontinuitet i innsatsen, og at personalet behersker kommunikasjonsstrategier er avgjørende for at pasienten samarbeider om praktiske oppgaver.

Å reflektere over egne erfaringer sammen med resten av pleieteamet kan bidra til økt kompetanse. Deltakerne i studien til Clifford og Doody (2018) framhevet viktigheten av medarbeidere som støttepersonell, og de henvender seg til hverandre for støtte og uformell refleksjon for å bli mer bevisst på egne handlinger, tanker, holdninger og reaksjoner. Rokstad (2008b, s. 342) hevder at bred satsing på kompetanseutvikling av personalet som møter personer med demens en viktig forutsetning for å kunne gi dem et kvalitativt godt tilbud. Å legge opp til kompetanseutvikling i en personalgruppe innebærer anledning til å reflektere over sin samhandling med pasientene (Rokstad, 2008b, s. 341-342). Utvikling av kunnskap i praksis forutsetter refleksjon over handlinger vi utfører i møtet med pasienten. Viten-i-handling innebærer å vite hva man skal gjøre – ofte ubevisst, spontant, basert på rutiner og uten bevisst overveielse. Refleksjon-i-handling innebærer at man parallelt med det vi gjør, stiller oss selv spørsmål og gir oss selv svar. Det kan medføre at vi korrigerer eller endrer en samhandling med pasienten underveis, ut fra en indre dialog med oss selv. Refleksjon-over-handling innebærer en gjennomgang og revurdering av egne handlinger i ettertid, ved spørsmålstillinger som «Hva skjedde?», «Hvordan reagerte pasienten da jeg gjorde det?» og «Hvilke alternative måter kunne

jeg ha handlet på?» (Rokstad, 2008b, s. 342). Forbond (2020) satser også på refleksjon. I fagmøtene analyserer og diskuterer ansatte enkeltsituasjoner, med utgangspunkt i pasientens opplevelser (Forbond, 2020). Målet med refleksjonsmøtene er å komme fram til tiltak som ansatte kan bruke for at personen med demens skal oppleve dagene som gode og meningsfylte. I forbindelse med praksis har jeg skrevet flere refleksjonsnotater knyttet til ulike situasjoner som har oppstått, og jeg må si meg enig i at refleksjon er et godt verktøy til å bli mer bevisst på egne handlinger. Jeg har deltatt på fagmøter rettet mot en enkelt pasient, hvor alle ansatte på avdelingen fikk dele sine refleksjoner og sammen skape ideer om hvordan pleien som gis kan forbedres. Jeg oppfatter disse fagmøtene som svært lærerike, og jeg synes det enkelt å overføre kunnskapen til praksis.

4.3 Forståelse av atferd

Når man skal prøve å forstå utfordrende atferd, er det viktig å ha en bred og åpen innfallsvinkel (Rokstad, 2008a, s. 182). Kitwood (2003, s. 42) hevder at utfordrende atferd må møtes og tolkes som kommunikasjon og reaksjoner på behov som ikke er møtt. Ifølge Brooker (2013, s. 57) kan personer med demens ha problemer med å si i fra når de kjenner ubehag, og mange ganger er de ikke i stand til å finne ut hvordan situasjonen kan løses selv. Vi kan se på atferden som et uttrykk for en lite tilfredsstillende livssituasjon, umøtte behov, kjedsomhet, over- eller understimulering eller som en reaksjon på urimelige krav fra omgivelsene. Videre kan det dreie seg om lært atferd, eller det kan forstås på bakgrunn av økt sårbarhet og redusert toleranse for stress. I mange tilfeller vil atferden være direkte påvirket av omgivelsene, for eksempel i form av sosial utrygghet og det å bli utsatt for mange og sammensatte stimuli som ikke kan sorteres og håndteres på grunn av den kognitive svikten (Rokstad, 2014, s. 42-43). På et sykehjem kan det være mye uro fra radio eller tv i fellesarealet, og siden personer med demens ofte har bruk for mer ro, kan dette ifølge Lork & Hørning (2011, s. 81) trigge utfordrende atferd. På bakgrunn av dette er det viktig å passe på at pasienten ikke blir overstimulert og begrense pasientens stressopplevelse (Rokstad, 2008a, s. 184).

Senses Framework og ABC-modellen brukt i studien til Gills et al. (2017) er et eksempel på en intervensjon som fokuserer på de underliggende årsakene til atferden. Pasienter med behov for trygghetsfølelse fikk terapeutisk berøring. Pasienter med behov for følelse av tilhørighet fikk delta på gruppemusikkøker. Pasienter med behov for kontinuitet eller betydningsfull hverdag fikk individualisert meningsfull aktivitet som for eksempel tegning, strikking, gåturer og individuell musikkterapi. Resultatet viste nedgang i agitasjon, depresjon og tap av deorum hos pasientene (Gills et al., 2017). Viktigheten av forståelse av atferden kan også gjenspeiles i forskningen til Clifford og Doody (2018). Å forstå atferden som et udekket behov eller en måte å uttrykke behov ble fremhevet av sykepleierne. Sykepleierne hevder at man må se på årsaken for atferden for å kunne forebygge og redusere forekomsten av utfordrende atferd. Sykepleierne kommenterer også sin egen rolle fra et personlig perspektiv hvor behovet for å vise empati i deres omsorg og tenkning står sentralt. Deltakerne så på mennesker med demens fra et personsentrert perspektiv, og søkte etter mening i responsiv atferd og i stedet for knytte atferden opp mot symptomer på demens eller på grunn av skade på hjernen (Clifford & Doody, 2018). I følge Brooker (2013, s. 60) vil forståelse av årsaken til atferden gi færre episoder med utfordrende atferd. Derimot må tvangstiltak, atferdskontroll eller medisinerung unngås, da disse ikke er personsentrerte. Rokstad (2014, s. 26-27) hevder at kjennskap til personens livshistorie er viktig for å kunne forstå og møte vedkommende på en god måte. Videre vil kjennskap til pasientens historie møte eventuell utrygghet, fortvilelse og sorg.

Eldre personer med demens har ofte andre helseproblemer i tillegg til demenssykdommen. Rokstad (2014, s. 23) understreker omsorgsgivernes ansvar med å være på vakt ovenfor endringer og utfordrende atferd som kan tyde på ubehag, smerte, sult, tørst eller somatisk sykdom. Man kan gjerne sammenlikne det med en detektivoppgave, hvor man stiller seg spørsmål som: Kanskje pasienten ikke føler seg sett? Er det for mye støy fra fjernsynet i fellesstuen? Må pasienten på toalettet? Opplever pasienten smerter eller annet ubehag? På denne måten kan man forsøke å løse problemene som ligger til grunn for atferden, slik at atferden ikke utvikler seg. På grunn av den nedsatte hjernefunksjonen som skyldes demensutviklingen er personer med demens mer utsatt for delirium enn andre. Hjernen er

mer sårbar og tåler mindre belastninger enn tidligere. Rokstad (2008a, s. 189) hevder at påkjenninger som somatisk sykdom, sansesvikt og legemidler lettere kan gi delirium med påfølgende uro. Videre kan andre somatiske forhold som smerter, hudirritasjon, obstipasjonsplager og urinretensjon gi store atferdsforandringer og utagering (Rokstad, 2008a, s. 189). Dersom årsaken til delirium eksempelvis ligger i at pasienten har pådratt seg en urinveisinfeksjon, er det viktig at infeksjonen behandles og at pasienten er i rolige omgivelser.

4.4 Musikkterapi

Funnene til Pedersen et al. (2017) tyder på at musikkterapi et godt tiltak for å redusere utfordrende atferd hos personer med demens. Ifølge Rokstad (2014, s. 45) er det viktig at personalet bidrar til å hjelpe personer med demens til å slappe av, redusere intensiteten av tilstedeværelsen med andre og senke tempoet. Rokstad hevder at personer med demens kan ha behov for hjelp til å finne denne avspenningen, som for eksempel ved hjelp av musikk. Gjerstad et al. (2013, s. 169) beskriver musikkterapi som en type psykologisk intervensjon som kan ha effekt på en rekke atferdssymptomer hos personer med demens, dersom det er direkte samhandling mellom musiker og publikum. Musikkintervensjonen brukt i studien til Pedersen et al. (2017) ble utført av enten autoriserte musikkterapeuter, sykepleiere med musikkterapikurs eller andre omsorgsarbeidere. Rokstad (2014, s. 45) mener et positivt personarbeid ikke behøver å være komplisert eller ressurskrevende, og at det er gjennomført for alle. Videre hevder hun at det bygges en god og terapeutisk relasjon mellom pleier og pasient, og at denne relasjonen bidrar til å skape gode øyeblikk i hverdagen. Selv om studien til Pedersen et al. (2017) tar utgangspunkt i musikk brukt av utdannede musikkterapeuter mener jeg at musikk også kan tas i bruk av sykepleierne, forutsett at man har kunnskaper om personens preferanser og hva man ønsker å oppnå.

Musikk, sang og dans er vanlige aktiviteter i de fleste sykehjem. Denne typen stimulering kan brukes på mange måter. Den kan dreie seg om å bare lytte til sang og musikk, eller aktiv deltakelse med å synge, spille et instrument eller danse til musikk. Resultatene til Pedersen et al. (2017) viste at både aktive og passive musikkintervensjoner har god effekt på utfordrende atferd. Imidlertid mangler det bevis på langtidseffekter og effektiviteten av behandlingen med musikk i

demensomsorgen. Pedersen et al. (2017) hevder at manglende bevis på langtidseffekter derimot ikke har betydning så lenge musikkterapien blir brukt kontinuerlig. I praksis har jeg sett hvilken betydning musikk har for personer med demens. En person som har tendens til å motsette seg helsehjelp ved morgenstell, ble rolig og samarbeidet i mye større grad dersom jeg satte på musikk med melodier som var kjent og likt av pasienten. På denne måten unngikk jeg også bruk av tvang, og pasienten fikk en bedre helhetsopplevelse både under- og etter stellet.

Når det gjelder hvilken type aktivitet som er mest hensiktsmessig, må man først og fremst ta utgangspunkt i den enkeltes interesse, men også tilpasse aktiviteten til personens øvrige funksjoner. Pasienter med redusert verbal språkevne vil ha effekt av de språklige stimuli som fins i musikken. Gjennom å knytte musikk til minner vil pasienten få styrket sin identitet og sin opplevelse av egenverdi (Rokstad, 2008c, s. 163). Fordelen med musikk er at graden av aktiviteten er enkel å tilpasse, og alle som ønsker kan delta. Musikken kan påvirke på forskjellige måter. Man kan bli roligere, mer våken og gladere. Musikken bør bestå av kjente melodier slik at pasientene stimuleres til å nynne eller synge med. I tillegg kan man bruke samme musikk hver gang for å skape gjenkjenning (Rokstad, 2008c, s. 164). Vi har en egen aktivitør som inviterer til musikk og dans en gang i uken på sykehjemmet jeg jobber i. Dette er noe pasientene gir uttrykk for å glede seg til. Under musikkøktene observerer jeg god stemning hos pasientene, og humøret vedvarer ofte i tiden etter økten.

På en annen side kan også musikken framkalle ubehagelige følelser (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 431). Det er derfor viktig å innhente informasjon om den enkeltes forhold til musikk, slik at man tilpasser musikken til situasjonen. Dersom man ikke vet hvilken musikk pasienten foretrekker, kan man risikere å bruke noe som pasienten opplever som støy og vil føre til økt uro og irritasjon (Rokstad, 2008c, s. 166). Samtidig kan overstimulering medføre økt frustrasjon med uro og utagering som følge. Fra praksis har jeg erfart at lange intervaller med musikk, eller for høyt volum fører til at pasientene opplever det som støy som resulterer i økt uro og stress. På bakgrunn av dette er det viktig at bruken av musikken ikke blir for «overdrevet», og at stimuli reguleres ut ifra omgivelsene. Målet med musikk brukt i demensomsorgen er å stimulere til

sosial aktivitet, redusere stress og angst, stimulere positive opplevelser samt framkalle minner og kjenne tilhørighet (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 431-432). Her er det viktig å poengtere at alle har ulike behov, og tiltak som har god effekt på noen, ikke nødvendigvis vil fungere like godt for alle. Ved å tilpasse musikkterapien til den enkeltes preferanser, og finne en balanse mellom under- og overstimulering vil mange personer med demens ha glede av musikk i sin hverdag.

5.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

Å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens altså krevende, men ikke umulig. Ut ifra forskning og litteratur har jeg funnet flere personsentrerte tiltak som kan bidra til å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Dersom vi følger rådene til Kitwood om å se alle som unike enkeltindivider, fokusere på personen og ikke sykdommen, har vi kommet langt. Dette gir grunnlaget for å se de ulike behovene til den enkelte, slik at pleien kan skreddersys. Utfordrende atferd må forstås som en form for å kommunisere på. Dette krever at sykepleier har kunnskap og kompetanse, og har forståelse over årsaker som kan utløse atferden. Til slutt finnes det gode argumenter på at musikkterapi kan ha positiv innvirkning på å forebygge utfordrende atferd hos personer med demens. Musikk kan bidra til avslapning, reduksjon av stress og uro, vekke gode minner, og stimulere pasienten til meningsfylt aktivitet i hverdagen.

Ut ifra funnene ser jeg at personsentrert omsorg har stor betydning for sykepleiepraksisutøvelsen ved å forebygge utfordrende atferd. Jeg vil derfor anbefale sykepleieledere til å engasjere sykepleierne og annet helsepersonell på arbeidsplassen til å implementere en mer personsentrert omsorg i pleiekulturen. I tillegg anbefaler jeg at sykepleierens kompetanse økes, med satsing på videreutdanning, fagkurs og refleksjon. Videre oppfordrer jeg sykepleiere å ta i bruk musikkterapi i sykepleiepraksisutøvelsen, da forskningsfunnene og mine egne erfaringer antyder at musikk har god effekt på å forebygge utfordrende atferd, samt redusere bruk av tvang i demensomsorgen.

Referanseliste

- Aveyard, H. (2018). *Doing a literature review in health and social care: A practical guide* (4. utg.). Open University Press.
- Christoffersen, K., Johannessen, A., Tufte, P. A. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt forlag.
- Clifford, C. & Doody, O. (2018). Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 25, 26-36. <https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12436>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Engedal, K. & Haugen, O. K. (2018). Alzheimers sykdom – den hyppigste årsaken til demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 60-89). Forlaget Aldring og helse – akademisk.
- Engedal, K., Kirkeveld, Ø., Eek, A. & Nygård, A-M. (2001). *Skal, skal ikke... – Rettighetsbegrensninger og bruk av tvangstiltak i behandling og omsorg av personer med demens*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Forbord, I. S. (2020, 6. Februar). *Hvordan kan vi med personsentrert omsorg forebygge og redusere bruken av makt og tvang?* Aldring og Helse. <https://www.aldringoghelse.no/hvordan-kan-vi-med-personsentrert-omsorg-forebygge-og-reducere-bruken-av-makt-og-tvang/>
- Gillis, K., Lahaye, H., Dom, S., Lips, D., Arnouts, H. & Van Bogaert, P. (2019). A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework. *International journal of older people nursing*, 14(4), 1-9. <https://doi.org/10.1111/opn.12269>
- Gjerstad, L., Fladby, T. & Andersson, S. (2013). Forebygging og behandling av demens. I L. Gjerstad, F. Tormod & S. Andersson (Red.), *Demenssykdommer – årsaker, diagnostikk og behandling* (s. 157-169). Gyldendal Norsk Forlag.
- Gotfredsen, K. (2011). Plejepersonalets hjelp til mennesker der lever med demens. I M. Schilling (Red.), *Forstå demens* (s. 143- 152). Hans Reitzels Forlag.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie*. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekkliste>

- Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Fjørland, O., Folkestad, B., Kirkevold, Ø., Skår, R., Tveit, E. M., & Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes. *BMC Nursing, 16*, 1–11. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1186/s12912-017-0244-0>
- Kitwood, T. (2003). *En revurdering af demens – personen kommer I første række*. (N. Johnsen, Overs.). Munksgaard Danmark. (Opprinnelig utgitt 1997).
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. Skaug, E-A., & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s. 15-27). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s. 267-304). Gyldendal Akademisk.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E.A. (2016). Om sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende Sykepleie Bind 1* (s. 15- 28). Gyldendal Akademisk.
- Lork, A. & Hørding, M. (2011). Psykiatriske symptomer og adfærdsforstyrrelser hos demente. I M. Schilling (Red.), *Forstå demens* (s. 81-90). Hans Reitzels Forlag.
- Nasjonalforeningen for folkehelsen. (2021, 19. februar). *Hva er demens?*
<https://nasjonalforeningen.no/demens/hva-er-demens/>
- NSD. (u.å). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Ot.prp. nr. 58 (2005-2006). *Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-58-2005-2006-/id187808/?ch=3>
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, S., Andersen, P. N., Lugo, R. G., Andreassen, M., & Sütterlin, S. (2017). Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis. *Frontiers in psychology, 8*, 742.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00742>
- Redaksjonen for norsk APA-stil. (2020). *Norsk APA-manual: En nasjonal standard for norskspråklig APA-stil basert på APA 7th* (Versjon 1.0). Unit.
<https://www.unit.no/tjenester/norsk-apa-referansestil>

- Rokstad, A. M. M. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Universitetsforlaget.
- Rokstad, A. M. M. (2008a). Utdfordrende atferd. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 180-206). Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008b). Kompetanseutvikling hos personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 340-349). Akribe.
- Rokstad, A. M. M. (2008c). Miljøbehandling hos personalet. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 152-177). Akribe.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, S. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten* (418-437). Gyldendal Norsk Forlag.
- Strømme, H. (2017, 27. Februar). *Litteratursøking i kunnskapsbasert praksis og forskning*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/forskning/2017/02/litteratursokning-i-kunnskapsbasert-praksis-og-forskning>
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter – den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Wogn-Henriksen, K. (2008). Kommunikasjon. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens – møte og samhandling* (s. 87-112). Akribe.
- World Medical Association. (2018, 9. Juli). *WMA declaration of Helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Vedlegg 1 – Søkeprosess, s. 1-2

Tabell 2 – Søkeprosess

Søkedato	Database	Søkeord	Avgrensninger	Antall treff	Tittel på lest artikkel. Artikler markert i grønt er inkludert i prosjektet.	
10.12.20	Medline	S1	Dementia OR Alzheimer OR Alzheimer Disease	Siste 5 år, Full text	13	Gillis et al. (2019). A person-centred team approach targeting agitated and aggressive behaviour amongst nursing home residents with dementia using the Senses Framework.
		S2	Agitated OR Aggressive OR Challenging Behaviour			
		S3	S1 AND S2			
10.12.20	Cinahl	S1	Agression OR challenging behaviour OR agitated OR irritability	Siste 5 år	646	Gilmore et al. (2020). Development and treatment of aggression in individuals with dementia.
		S2	Dementia OR Alzheimer Disease			
		S3	S2 AND S3			
10.12.20	SveMed+	S1	Atferd	Siste 5 år, Norske artikler	15	Stöback. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet "Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom".
		S2	Demens			
		S3	S1 AND S2			
25.02.21	Medline	S1	Coercion	Siste 10 år	5	Gjerberg et al. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: a qualitative study.
		S2	Dementia			
		S3	S1 AND S2			
25.02.21	Cinahl	S1	Coercion	Siste 10 år	6	Lejman et al. (2013). The ethics of coercive treatment of people with dementia.
		S2	Dementia			
		S3	S1 AND S2			
11.03.21	EBSCOhost	S1	Restraint	Siste 5 år	86	Jacobsen et al. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centered dementia care in nursing homes.
		S2	Dementia			
		S3	S1 AND S2			
12.03	EBSCOhost	S1	Dementia or alzheimers	Siste 5 år	1	Millán-Calenti et al. (2016) Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions.
		S2	nonpharmacological interventions			
		S3	Managing agitation			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
12.03.21	Medline	S1	agitation or aggression or behaviour or agitation reduction	Siste 5 år	53	Clifford & Doody. (2018). Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities.
		S2	Alzheimer Disease or Dementia or Alzheimer			
		S3	Patient-centred care or person centred			
		S4	S1 AND S2 And S3			

12.03.21	Medline	S1	Non-pharmacological	Siste 5 år	74	Leng et al. (2020). Comparative efficacy of non-pharmacological interventions on agitation in people with dementia: a systematic review and bayesian network meta-analysis.
		S2	agitation or aggression or behaviour or agitation reduction			
		S3	Alzheimer Disease or Dementia or Alzheimers			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
12.03	Medline	S1	Comfort or inclusion or attachment or identity	Siste 5 år	31	Erdmann & Schnepf. (2016). Conditions, components and outcomes of integrative validation therapy in a long-term care facility for people with dementia. a qualitative evaluation study.
		S2	Alzheimer Disease or Dementia or Alzheimers			
		S3	Aggression or agitated or psychomotor agitation			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
13.02.21	Medline	S1	Patient-Centred care	Siste 5 år	23	Holst & Skar. (2017). Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: a systematic review.
		S2	Alzheimer Disease or dementia or alzheimer			
		S3	Psychomotor agitation or agitation or challenging behavior or aggressive behavior or aggression or irritable mood or irritability or violence or violent			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
15.03.21	PubMed	S1	Music	Siste 5 år	72	Pedersen et al. (2017). Effects of Music on Agitation in Dementia: A Meta-Analysis.
		S2	Agitation			
		S3	Dementia			
		S4	S1 AND S2 AND S3			
15.03.21	PubMed	S1	Reduce agitation	Siste 5 år	212	Kyung & Myonghwa. (2017). Effectiveness of person-centered care on people with dementia: a systematic review and meta-analysis
		S2	Dementia			
		S3	S1 AND S2			

Vedlegg 2 – Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie, s. 1-7

Kritisk vurdering av:

[Clifford, C. & Doody, O. (2018). Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 25, 26-36.

<https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12436>

Del A: Innledende vurdering

1. Er formålet med studien klart formulert?

Ja – Nei – Uklart

- Hva ville forskerne finne svar på (problemstilling)?

Å undersøke sykepleiernes erfaringer med utfordrende atferd hos personer med demens på sykehjem.

- Hvorfor ville de finne svar på det?

Å gi omsorg for personer med demens med utfordrende atferd kan være utfordrende for sykepleiere. Det finnes lite informasjon om hvordan sykepleierne håndterer dette. I tillegg ønsker forskerne å løfte fram viktigheten av å være bevisst på egne handlinger, tanker og holdninger, og viktigheten av personsentrert omsorg i møte med personer med demens.

- Er problemstillingen relevant?

Ja. Problemstillingen samsvarer med temaet jeg ønsker å undersøke.

2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- Er valg av forskningsdesign begrunnet? Har forfatterne diskutert hvordan de bestemte hvilken metode de skulle bruke?

Kvalitativ studie med intervju av 9 sykepleiere fra både private og offentlige sykehjem. Ut ifra resultatene kom det fram hovedtema for å belyse problemstillingen. Metoden ifølge forskerne godt egnet da de fikk mulighet til å få fram egne tanker, idéer og erfaringer som de fikk beskrevet med egne ord.

4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?

Ja – Nei – Uklart

- Er det gjort rede for hvem som ble valgt ut og hvorfor?

Det ble sendt ut invitasjonsbrev og interessekobling til deltakerne. For å få varians ble deltakerne valgt ut fra 7 private/offentlige institusjoner i Irland.

- Er det gjort rede for hvordan de ble valgt ut (utvalgsstrategi)?

Utvalget var basert på deltakere som jobbet med personer med demens og utfordrende atferd på sykehjem, som hadde minst 1 års erfaring med pasientgruppen og var autoriserte sykepleier.

- Er det diskusjon omkring utvalget, for eksempel hvorfor noen valgte å ikke delta?

Forskerne hadde et mål på 14 deltakerne. 5 av deltakerne som ønsket å være med, bidro ikke på grunn av arbeid og personlige forpliktelser. Det ble ikke rekrutert flere deltakere ettersom datametningen var oppnådd.

- Er det begrunnet hvorfor akkurat disse deltagerne ble valgt?

Ja, deltakerne ble utvalgt på bakgrunn for utvalgsstrategien.

- Er karakteristika ved utvalget beskrevet (for eksempel kjønn, alder, sosioøkonomisk status)?

Alle deltakerne i studien var kvinner.

5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?

Ja – Nei – Uklart

- Ble valg av setting for datainnsamlingen begrunnet?

intervjuer ble gjennomført i arbeidstiden med tillatelse fra tjenesteleverandøren for å unngå å forstyrre familie- og fritidstid.

- Går det klart frem hvilke metoder som ble valgt for å samle inn data? For eksempel intervjuer (semistrukturerte dybdeintervjuer, fokusgrupper), feltstudier (deltagende eller ikke-deltagende observasjon), dokumentanalyse, og er det begrunnet hvorfor disse metodene ble valgt?

Semistrukturerte intervjuer ble brukt for å sikre at all nødvendig informasjon ble innhentet og gi frihet til å la deltakerne snakke fritt

- Er måten dataene ble samlet inn på beskrevet, for eksempel beskrivelse av intervjuguide? Et pilotintervju ble gjennomført før studien for å sikre at intervjuguiden var passende. Ingen endringer var nødvendige.

- Er metoden endret i løpet av studien? I så fall, har forfatterne forklart hvordan og hvorfor?

Metoden er ikke endret i løpet av studien.

- Går det klart frem hvilken form dataene har (for eksempel lydopptak, video, notater)? Intervjuene ble lydinnspilt.

- Har forskerne diskutert metning av data?

Tilt tross for at 5 deltakere trakk seg etter å ha meldt interesse var det tilstrekkelig datametning.

6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?

Ja – Nei – Uklart

- Har forskeren vurdert sin egen rolle, mulig forutinntatthet og påvirkning på: utforming av problemstilling, datainnsamling inkludert utvalgsstrategi og valg av setting, analyse og hvilke funn som presenteres

Forfatteren jobber profesjonelt innen demensfeltet, og kan ha vært kjent for deltakerne som å ha ledende rolle i demensomsorg i regionen. Det eksisterte ingen personlig forhold mellom forskning og deltakere. For å sikre troverdighet ble deltakernes synspunkter presentert gjennom beskrivende sitater og uttalelser.

- På hvilken måte har forskeren gjort endringer i utforming av studien på bakgrunn av innspill og funn underveis i forskningsprosessen?

Ingen endringer ble gjort i utforming av studien. Deltakerne fikk mulighet til å legge til kommentar etter å ha fått transkripsjonen.

7. Er etiske forhold vurdert?

Ja – Nei – Uklart

- Er det beskrevet i detalj hvordan forskningen ble forklart til deltagerne for å vurdere om etiske standarder ble opprettholdt?

Ja.

- Diskuterer forskerne etiske problemstillinger som ble avdekket underveis i studien? Dette kan for eksempel være knyttet til informert samtykke eller fortrolighet, eller håndtering av hvordan deltagerne ble påvirket av det å være med i studien.

Gjennom hele studien ble deltakerne rett til autonomi, verdighet, informert samtykke, frivillighet og konfidensialitet. Intervjuer fant sted etter gjensidig avtalt tid og sted med skriftlig samtykke innhentet, og deltakerne informerte om at de når som helst kunne trekke

seg fra studien. Deltakernes konfidensialitet ble sikret ved å tildele et identifikasjonsnummer til intervjuet som bare var kjent av forskeren.

- Dersom relevant, ble studien forelagt etisk komité?

Studien ble godkjent av Health Service Executive, South Eastern Area Research Ethics Committee

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?

Ja – Nei – Uklart

- Er det gjort rede for hvilken type analyse som er brukt, for eksempel grounded theory, fenomenologisk analyse, etc.?

En induktiv tilnærming til dataanalyse ble utført av forskeren

- Er det gjort rede for hvordan analysen ble gjennomført, for eksempel de ulike trinnene i analysen?

kategorier ble hentet fra de transkriberte dataene, og skapt generaliserte uttalelser fra spesifikke kommentarer og kommentarer fra deltakerne. Da temaer dukket opp fra dataene, ble de kodet og deretter kodet om.

- Ser du en klar sammenheng mellom innsamlede data, for eksempel sitater og kategoriene som forskerne har kommet frem til?

Ja, presentert i tabell

- Er tilstrekkelige data presentert for å underbygge funnene? I hvilken grad er motstridende data tatt med i analysen?

God datametning ble innhentet av deltakerne. Dataene er oversiktlig presentert i tabell. Alle synspunkter ble tatt med.

9. Basert på svarene dine på punkt 1–8 over, mener du at resultatene fra denne studien er til å stole på?

Ja – Nei – Uklart

Del B: Hva er resultatene?

10. Er funnene klart presentert?

Ja – Nei – Uklart

- Er det gjort forsøk på å trekke inn andre kilder for å vurdere eller underbygge funnene? Annen litteratur blir tatt med for å underbygge funnene.

- Er det tilstrekkelig diskusjon om funnene både for og imot forskernes argumenter?

Ja.

- Har forskerne diskutert funnenes troverdighet (for eksempel triangulering, respondentvalidering, at flere enn en har gjort analysen)?

To forskere har behandlet dataene.

- Er funnene diskutert opp mot den opprinnelige problemstillingen?

Ja

Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

- Hvor nyttige er funnene fra denne studien? Har forskerne diskutert studiens bidrag med hensyn til eksisterende kunnskap og forståelse, vurderer de for eksempel funnene opp mot dagens praksis eller relevant forskningsbasert litteratur?

Tilgang til tverrfaglig omsorg for personer med demens må prioriteres. De henviser til tidligere forskning som har fremhevet dette.

- Har studien avdekket behov for ny forskning?

Denne studien fremhever at beslutningen om omsorgssted er vanskelig å komme til og gitt en person-sentrert tilnærming, det er behov for å vurdere synspunktene til personer med demens om hvor de ønsker å bli tatt vare på en forskningsprioritet.

- Har forskerne diskutert om, og eventuelt hvordan, funnene kan overføres til andre populasjoner eller andre måter forskningen kan brukes på?

Studien fremhevet at sykepleieres syn på responsiv atferd påvirker omsorg som tilbys og hvordan kvaliteten på omsorgen og personens livskvalitet påvirkes av dette. Sykepleiere så at for å være personsentrert trengte de for å muliggjøre personlighet og se personen i sentrum av omsorgen.