



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	07-05-2021 00:00	<b>Termin:</b>	2021 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	21-05-2021 14:00	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	350
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7845
----------------------	------

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

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	90
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	453

Jeg godkjenner autalen 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 agitasjon på somatisk sykehus.

Dementia and agitation at general hospitals.

**453, 350**

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Innleveringsdato: 21. mai 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.

## Abstract

**Background:** There is an expected increase in life expectancy, and also people diagnosed and living with dementia. Dementia usually leads to neuropsychiatric symptoms, as agitation or agitated behaviour. This kind of behaviour can result in conflicts between patients and healthcare staff, and therefor also risks involving limited holistic care, but also possible violence. There is currently an increase in both science and Norwegian national guidelines and recommendations to treat all dementia patients with person-centred care, regardless of where the patient is living or if the patient is committed to a hospital or nursing home/-facility.

**Aim:** In this study we aim to find out if person-centred care can be used as an intervention to reduce the level of agitation with dementia patient in a general hospital.

**Method:** This study is a literature review. We have sampled 5 articles, to answer our scientific question. The articles included are based on different study design.

**Results:** All the articles comes to the conclusion that person-centred care is a good tool for reducing agitation in patients with dementia. Some of the articles also highlights the positive impact the intervention have on the patient quality of life, and also reduced risks of hospital complications, and shortens the length of stay for the patients in the general hospital.

**Conclusion:** Our conclusion is that person-centred care can reduce agitation for patients with dementia, but the intervention comes with challenges in regards to implementing it to a general hospital ward.

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0. BAKGRUNN .....</b>	<b>5</b>
<b>2.0. TEORI.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 DEMENS .....	6
2.1.2. <i>Utvikling av demens</i> .....	7
2.1.3. <i>Motoriske funksjoner</i> .....	8
2.1.4. <i>Kognitive funksjoner</i> .....	8
2.1.5. <i>Nevropsykiatriske symptomer</i> .....	9
2.2. AGITASJON .....	9
2.3. <i>Sykehusinnleggelse for eldre pasienter</i> .....	10
2.4. PERSONSENTRETT OMSORG.....	11
2.5. SYKEPLEIETEORI.....	13
2.5.1. <i>Ida J. Orlando - interaksjonsteori</i> .....	13
2.6. KARTLEGGING .....	14
2.7. KOMMUNIKASJON .....	14
2.8. LOVVERK OG RETNINGSLINJER .....	15
2.8.1. <i>Pasient- og brukerrettighetsloven</i> .....	15
2.8.2. <i>Helsepersonelloven</i> .....	15
2.8.3. <i>Yrkesetiske retningslinjer</i> .....	15
2.8.4. <i>Demensplan 2025</i> .....	16
2.8.5. <i>Demens - Nasjonal faglig retningslinje</i> .....	16
<b>3.0. METODE.....</b>	<b>17</b>
3.1. METODEVALG .....	17
3.2. SØK .....	17
3.3. INKLUSJON- OG EKSKLUSJONSKRITERIER .....	18
3.3.1. <i>Inklusjonsprosessen</i> .....	19
3.4. VURDERING AV ARTIKLENE .....	21
3.5. METODEKRITIKK .....	21
<b>4.0. RESULTAT .....</b>	<b>22</b>
4.1. ARTIKLENE .....	22
4.2. PRESISERING.....	22
4.3. IMPLEMENTERING AV INTERVENSJON .....	22
4.5. ANDRE TILTAK I KOMBINASJON MED PSO .....	23
4.6. PERSONSENTRETT OMSORG.....	24
4.6.1. <i>Deltakernes erfaringer med PSO</i> .....	24
4.6.2. <i>Pårørende</i> .....	24
4.7. PARALLELLE TILTAK .....	25
4.7.1. <i>Fysisk miljø</i> .....	25
4.7.2. <i>Aktiviteter</i> .....	25
4.8. AGITASJON .....	26
4.9. ANDRE POSITIVE UTFALL AV PSO .....	27
4.9.1. <i>Økt livskvalitet</i> .....	27
4.9.2. <i>Pasientsikkerhet</i> .....	27
4.10. KOSTNADSPERSPEKTIV.....	28
<b>5.0. DISKUSJON .....</b>	<b>28</b>
5.1. UTFALL OG TOLKNING AV RESULTAT .....	28
5.2. PSO FRA ET SYKEPLEIEPERSPEKTIV .....	30
5.2.1. <i>Holdninger og tolkninger</i> .....	30
5.2.2. <i>Arbeidsrutiner</i> .....	30
5.2.3. <i>Kommunikasjon</i> .....	31

5.2.4. <i>Tvangsbruk</i> .....	32
5.2.5. <i>En indre konflikt</i> .....	32
5.3. IMPLEMENTERING .....	33
5.4. KRITIKK AV TEORIEN .....	35
<b>6.0. KONKLUSJON</b> .....	<b>36</b>
<b>7.0. KILDELISTE</b> .....	<b>37</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>41</b>
1. SØKEHISTORIKK I INNLEDENDE SØK.....	41
2. SØK OG RESULTAT .....	42
3. FLYTSKJEMA .....	43
4. LITTERATURMATRISE.....	44
5. STYRKER/SVAKHETER I ARTIKLENE .....	48

### Figurer

Figur A	s. 7
Figur B	s. 8

### Tabeller

Tabell 1	s. 18
Tabell 2	s. 19
Tabell 3	s. 21

## 1.0. Bakgrunn

«Eldrebølgen» er et begrep som jevnlig brukes i lærebøker i sykepleie studiet, og andelen personer over 67 år antas øke kraftig frem mot 2050 (Romøren, 2016, s. 29). Med høy alder øker også forekomsten av demens (Engedal & Haugen, 2018a, s. 23), og det forventes mer enn en fordobling av personer med demens de neste 30 år (aldring og helse, u.å.a).

Demens er en samlebetegnelse på flere sykdommer som fører til skader i hjernen. Demens påvirker pasientens kognitive funksjoner som hukommelse, språk og adferd. Dette får konsekvenser for den enkeltes funksjonsevne i dagliglivets aktiviteter (ADL), og etter hvert vil funksjonstapet ofte vanskeliggjøre en videre livsførsel i hjemmet (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18, 22).

Agitasjon er blant de vanligste symptomene ved demens, og kan beskrives som «en tilstand med ytre uro og indre spenning» (Selbæk, 2018, s. 249). Sykdommen er progredierende, og symptomene vil derfor forverres i takt med sykdomsutviklingen hos pasienten (Skovdal & Berentsen, 2016, s. 417). Agitasjon kan resultere i fysiske og psykiske konsekvenser for både pasienten og helsepersonell (Ø. Kirkevold, 2016, s. 260). Tall fra Helsedirektoratet (2017, s. 12-14) tyder på at andelen voldsepisoder har økt i spesialisthelsetjenesten. Det fysiske miljøet er blant faktorene som kan bidra til økt forekomst av agitasjon hos pasienter med demens (Selbæk, 2018, s. 250).

I land som Sverige og Tyskland gjøres det tilpasninger for å bedre tilværelsen og behandling til pasienter med demenssykdom på sykehjem- og sykehusavdelinger. Det er blant annet utarbeidet en svensk modell for sertifisering av sykehjem- og sykehusavdelinger, som omhandler å bedre miljøet for pasienter med demens (Stiftelsen Silviahemmet, u.å.). Nasjonal faglig retningslinje om demens sier at behandling og omsorg skal bygge på personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2020, s. 15). I Demensplan 2025, er et av tiltakene å fremme utviklingen av demensvennlige sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s 11).

Vi har selv erfart usikkerhet rundt møter med demenspasienter på sykehus med utagerende adferd, og kjent på mangelen på kompetanse til å håndtere slike

situasjoner. På bakgrunn av egne erfaringer, økende forekomst av demens, og et nasjonalt fokus på utfordringene dette medfører, har vi spurt oss selv om sykepleieutøvelsen og behandlingen som gis, kan påvirke adferd og graden av agitasjon hos pasienter med demenssykdom. Vi har derfor følgende problemstilling:

*“Kan personsentrert omsorg til pasienter med demens innlagt ved somatisk sykehus, få konsekvenser for graden av agitasjon hos denne pasientgruppen?”*

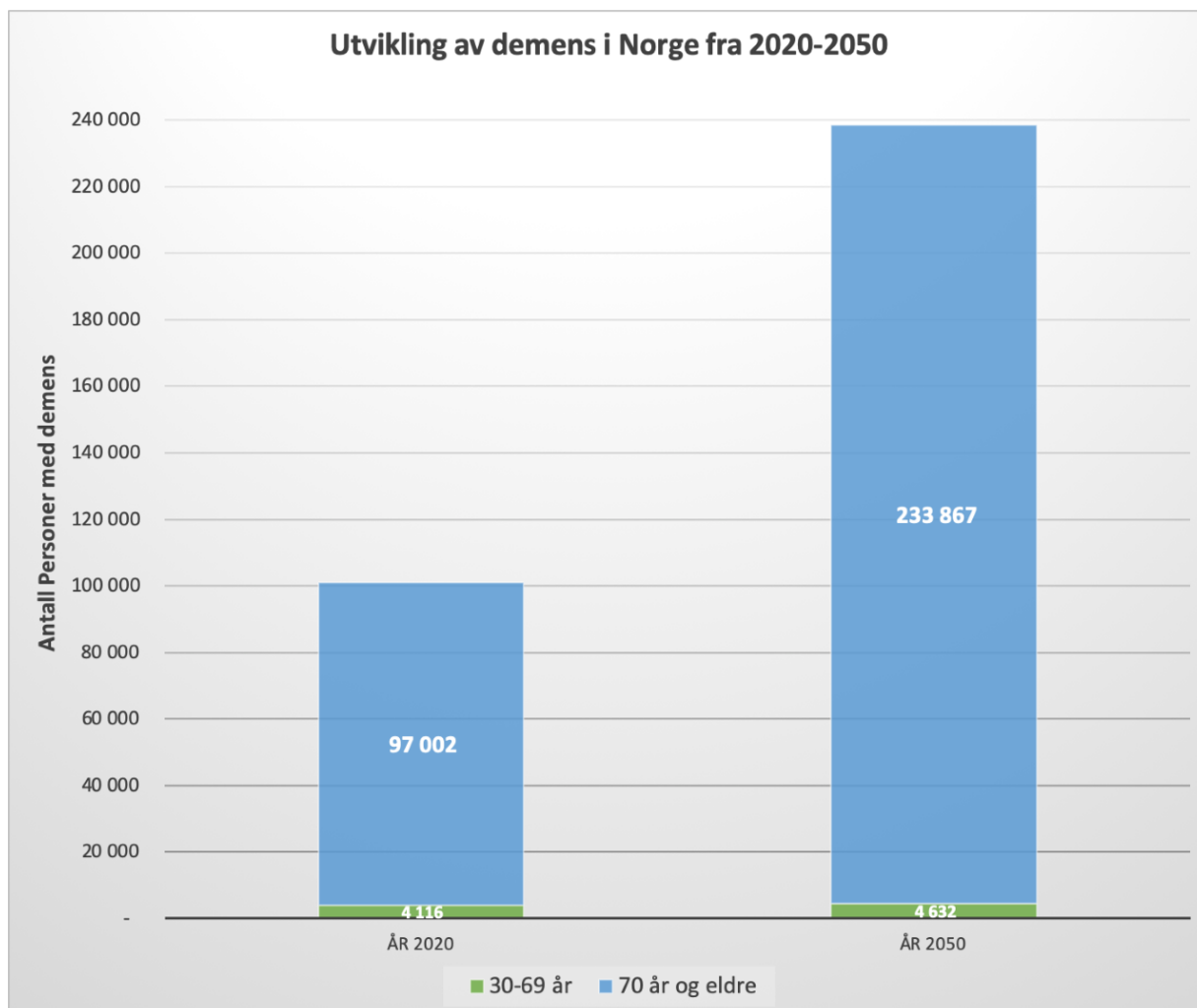
## 2.0. Teori

### 2.1.1 Demens

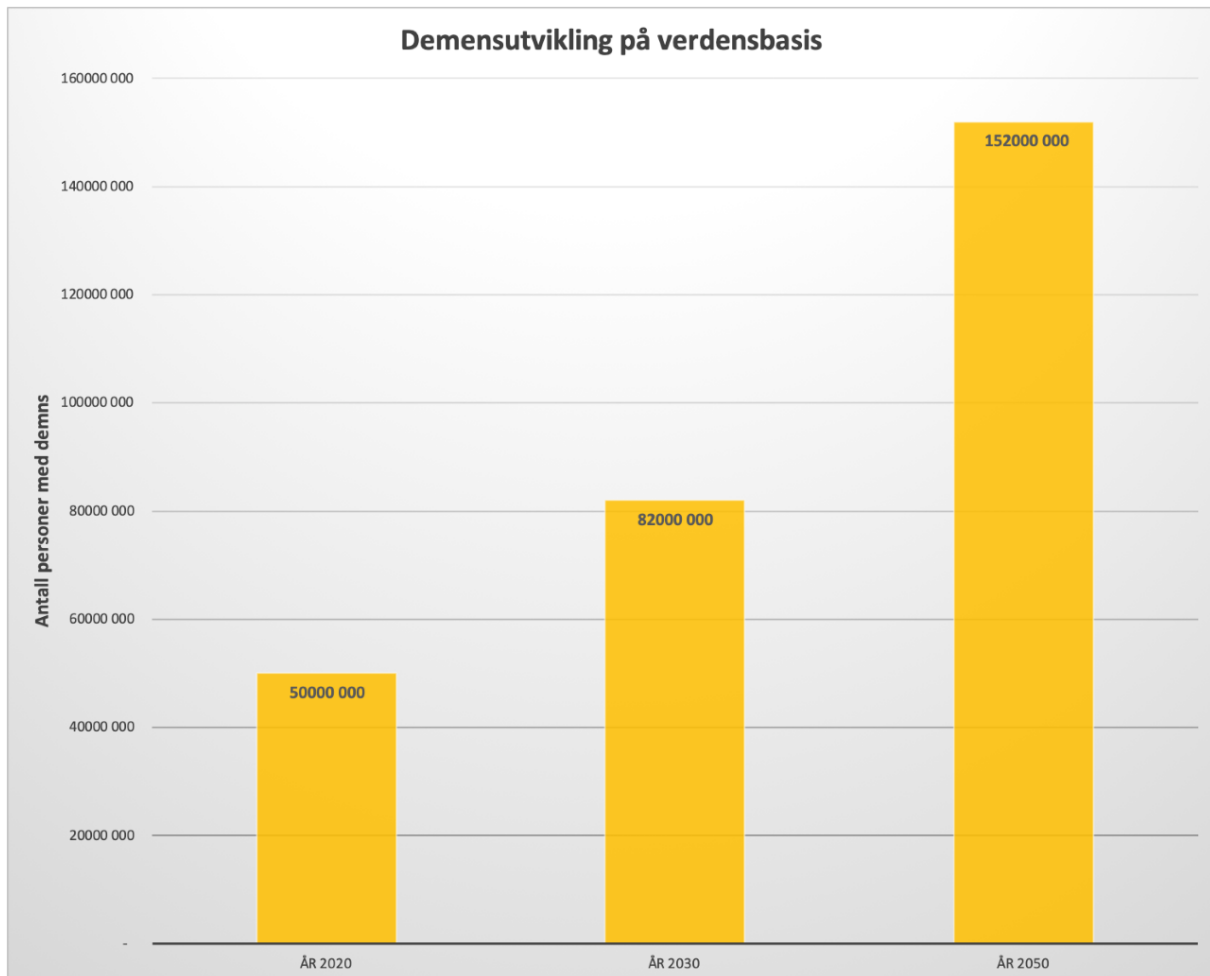
Alle demenssykdommer skader hjernen (Selbæk, 2018, s. 249). Demens er progredierende kognitiv funksjonssvikt, og en samlebetegnelse for flere tilstander som fører til varige svekkelser i hjernen (Bertelsen, 2016, s. 334). Den kjennetegnes ved kronisk og irreversibelt kognitiv svikt, som reduserer individets evne til utførelse av dagliglivets oppgaver og sosiale aktiviteter, sammenlignet med tidligere funksjonsnivå. Hukommelsen må være svekket, og svikten i ADL funksjonen må kunne knyttes til hukommelsesreduksjonen, og annen kognitiv svikt. Det må sannsynliggjøres at årsaken skyldes organisk sykdom, og andre tilstander må utelukkes. ICD-10 bruker følgende kriterier for diagnose : 1. svekket hukommelse, 2. svikt av andre kognitive funksjoner, 3. klar bevissthet, 4. svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial adferd, og 5. tilstanden må ha en varighet på minst 6 måneder (Engedal & Haugen, 2018a, s. 18-19). Det finnes ingen kurativ behandling. Medikamentell behandling retter seg mot å begrense enkelte symptomer ved demens (Bertelsen, 2016, s. 334)



### 2.1.2. Utvikling av demens



Figur A. (aldring og helse, u.å.a)



Figur B. (aldring og helse, u.å.b)

### 2.1.3. Motoriske funksjoner

Demenssykdom påvirker personens motoriske ferdigheter slik som gangfunksjon og balanse. Dette er viktige ferdigheter for å kunne være selvhjulpen og aktiv (Tangen, 2018, s. 42). Som hovedregel vil både ganghastighet og balansen svekkes ved progrediering av sykdommen (Tangen, 2018, s. 43).

### 2.1.4. Kognitive funksjoner

Personer med demens har problemer med å holde oppmerksomheten rettet mot noe over tid. Hjernen lar seg avlede av f. eks lyder, og de har vansker med å opprettholde det som kalles fokusert oppmerksomhet. Delt oppmerksomhet heter det når en må fokusere på flere oppgaver samtidig. For eksempel å gjøre en oppgave mens man

holder en samtale gående (Engedal & Haugen, 2018b, s. 30). Oppmerksomhet er viktig for innlæring, både for å oppfatte og forstå ord, handlinger og sanseopplevelser. Langtidshukommelse påvirkes tidlig og blir gradvis dårligere. I begynnelsen er ofte korttids- og planleggingshukommelsen intakt, men begge reduseres etter hvert som sykdommen forverres. Orienteringsevnen vil svekkes, og det blir vanskeligere for personen å orientere seg for tid og sted (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 416-417). Personer med demens står i fare for å utvikle afasi, apraksi og agnosi (Engedal & Haugen, 2018b, s. 36-37; Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 416-417). Afasi omhandler språkvansker, og kan deles inn etter om personen sliter med å forstå det som blir kommunisert, eller om pasienten har vansker for å uttrykke seg (Engedal & Haugen, 2018b, s. 36-37). Apraksi handler om manglende evne til å utføre handling på kommando, mens agnosi omhandler å gjenkjenne lyder eller ting (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 417).

#### 2.1.5. Nevropsykiatriske symptomer

Nevropsykiatriske symptomer (NPS) er en samlebetegnelse for adferdsmessige og psykologiske symptomer (Selbæk, 2018, s. 246). De fleste med demens vil utvikle NPS, men symptomene kan gruppere seg ulikt (Selbæk, 2018, s. 246), og variere i varighet og intensitet (Helsedirektoratet, 2020, s. 62). NPS kan deles opp i psykotiske symptomer, affektive symptomer og agitasjon (Selbæk, 2018, s. 247). Selbæk (2018, s 247) forklarer at NPS "oppstår i et samspill mellom biologisk sårbarhet og personlige og miljømessige forhold i omgivelsene".

#### 2.2. Agitasjon

Agitasjon er blant de vanligste symptomer ved demens, og kan beskrives som «en tilstand med ytre uro og indre spenning» (Selbæk, 2018, s. 249). Agitasjon kan deles opp i aggresjon, oppstemthet, manglende hemninger, irritabilitet og motorisk og vokal uro (Selbæk, 2018, s. 247).

Årsaken til nyoppstått agitasjonen kan være skade på hjernevevet, men også bakenforliggende årsaker som for eksempel udekkede behov, over-/understimulering av sanser eller bivirkninger av medikamenter (Selbæk, 2018, s. 250). Cohen-Mansfield (Ø. Kirkevold 2018, s. 262), og hennes medforskere, mener hovedårsaken til agitasjon er demenspasienters udekkede behov. Både deres manglende evne til selv å ivareta egne behov, men også å kunne kommunisere sine udekkede behov for omgivelsene.

Når pasienten ikke forstår hva som skjer, kan dette skape angst og uro. Pasienten har et behov for å bli verdsatt som menneske, og det kan være nødvendig for hen å opprettholde kontakt med familie og venner (Ø. Kirkevold 2018, s 262).

Agitasjon kan gi økt lidelse for pasienten med redusert livskvalitet, oftere innleggelse, i tillegg til en mulig økt belastning for pårørende og helsepersonell (Selbæk, 2018, s. 247, 249). Kartlegging av adferd og behov hos pasienten og behandle underliggende årsaker der det er mulig, kan redusere risikoene sykdommen medfører (Selbæk, 2018, s 250). Det finnes flere verktøy for å kartlegge NPS og agitasjon hos pasienter med demens, et av de vanligste er Cohen-Mansfield Agitation Inventory (Selbæk, 2018, s. 248).

Legemidler skal i hovedsak være siste løsning som behandling mot agitert adferd, og det bør primært forsøkes med forebyggende og behandlende tiltak rettet mot miljø- og psykososiale faktorer (Selbæk, 2018, s. 250).

### 2.3. Sykehusinnleggelse for eldre pasienter

Den geriatriske pasienten kan defineres som “en pasient som har både aldersforandringer, kronisk sykdom og funksjonssvikt” (Ranhoff, 2016b, s. 80). Store

medisinske leksikon (2019), definerer somatisk sykehus som “sykehus som tar imot pasienter med “kroppslige” sykdommer”.

En undersøkelse fra Vestfold viser til at svært få pasienter over 75 år innlegges ved spesialiserte geriatriske sykehusavdelinger, og at samme pasientgruppe ofte har behov for reinnleggelser innen kort tid (Næss et al., 2019, s. 10). Av 250 inkluderte pasienter, hadde ca en femtedel moderat til alvorlig demens, men det trekkes fram at disse tallene trolig preges av underrapportering eller mangelfull kartlegging ved innleggelsen (Næss et al., 2019, s. 3, 10, 52). Tall viser at av alle akuttinnleggelser ved medisinske avdelinger, er 35-40% av pasientene over 75 år (Ranhoff, 2016a, s. 230).

Det finnes i Norge i dag enkelte tilbud rettet mot geriatriske pasienter med behov for innleggelse ved somatiske sykehus. Avdelingen innehar spesialkompetanse på geriatri, og skal ha tilrettelagt miljø, med fellesareal for måltider og sosiale aktiviteter. Lokalene skal ha gode lysforhold, være oversiktlige og hyggelig innredet (Brodtkorb & Ranhoff, 2016, s. 200-201). I den norske demensplanen «Demensplan 2025», er et av tiltakene å fremme utviklingen av demensvennlige sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s 11).

#### **2.4. Personsentrert omsorg**

Personsentrert omsorg og -sykepleie (PSO) brukes vekselvis i litteraturen. Personsentrert omsorg er begrepet som i størst grad benyttes i den faglige litteraturen, samt nasjonale veiledere og anbefalinger som gjelder for sykepleiere. Der hvor begrepet personsentrert sykepleie tas i bruk, kan vi ikke se at det omfatter noe som gjør at annet helsepersonell ikke kan ta i bruk prinsippene.

Det finnes ingen entydig definisjon av begrepet PSO, og det brukes og oppfattes ulikt. Noen betrakter dette som et bredt verdigrunnlag, mens andre bruker betegnelsen om individualisert omsorg (Rokstad, 2021, s. 30). Eriksen (2015, s. 899), beskriver at PSO tar utgangspunkt i det enkelte individ, og vektlegger pasientens verdier, livssituasjon, behov og helseutfordringer. Videre fremhever PSO helsepersonellens holdninger, og viktigheten av å se hele pasienten og ikke bare sykdommen. PSO kan defineres som «omsorg med utgangspunkt i personens behov og livshistorie» (aldring og helse, u.å.b)

Personverd kan beskrives som opplevelsen av å få «viktighet» eller status gjennom relasjoner (Rokstad, 2021, s. 30). Vi kan bli bekreftet gjennom samhandling og inkludering av andre mennesker. Mellommenneskelige forhold som er preget av respekt, likeverd og anerkjennelse støtter personverdet og styrker tilknytning (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301-302).

Selv om det ikke er enighet om selve definisjonen av begrepet, er det enighet om hva som er de viktigste prinsippene i PSO;

*“(1) fokus på det enkelte mennesket som et helhetlig individ, (2) fokus på personens hverdagsliv, (3) erkjennelse av at personen er ekspert på sitt eget liv, hvilket krever deltagelse og myndighet over sitt eget liv, og (4) respekt for personen “bak” sykdommen og funksjonssvikten”. (Leplege et al., 2007, referert i M. Kirkevold, 2016b, s. 108)*

For å kunne yte en pleie som er personsentrert forutsetter det at sykepleier har god kunnskap om lidelsen, ulike symptomer og hvordan de kommer til uttrykk. En må kunne vurdere graden sykdommen, og hvilken behov ulike stadier kan ha (Skovdahl & Berentsen, 2016, s. 408).

## 2.5. Sykepleieteori

Sykepleieteorier tydeliggjør sykepleierens funksjonsområde, gjennom å beskrive sentrale sykepleiefenomener (Kristoffersen 2016, s. 21). Målet med dem er blant annet å utforme og ta i bruk begreper som bidrar til en beskrivelse av sykepleievirkelighet, som videre gjør det enklere for sykepleieren å vurdere og handle i kliniske situasjoner (Kristoffersen 2016, s. 21).

### 2.5.1. Ida J. Orlando - interaksjonsteori

Orlandos teori retter seg særlig mot pasientsituasjoner preget av fortvilelse og hjelpeløshet, der pasienten ikke er i stand til å forstå eller ivareta egne behov (Kristoffersen 2016, s. 26). Hun beskriver tre grunnelementer i en sykepleiesituasjon; pasientens adferd, sykepleierens reaksjon, og de handlingene sykepleieren utfører til fordel for pasienten. Orlando (1995, s. 19), presiserer at behovene pasienten har må forstås i en "her og nå" sammenheng, slik at det er den spesifikke og unike situasjonen som arbeides utfra, sammen med akademisk teori.

Pasientens velvære og behov for hjelp kan påvirkes av fysiske begrensninger, omgivelsene, opplevelser, og sykepleierens handlinger. Dette kan også hindre pasienten i å kommunisere egne behov (Orlando, 1995, s. 19, 25). Orlando trekker fram viktigheten av individualisert behandling og informasjonsbehov, og beskriver at informasjonsmangel kan være en alvorlig trussel for pasientens tilstand (Orlando, 1995, s. 41, 43). Å identifisere korrekt behov, og individualisere pleien og interaksjoner deretter, vil kunne virke positivt på både behandling, og som et forebyggende tiltak (Orlando, 1995, s. 41).

Tillit er en viktig faktor som må være tilstede for å kunne forvente at pasienten informerer om alle plager og utfordringer hen opplever, og det er viktig å finne ut av

tiltak som fungerer, i samråd med pasienten (Orlando, 1995, s. 47, 52). I denne prosessen er det viktig å ikke basere seg utelukkende på verbal kommunikasjon, og å huske at den verbale og non-verbale kommunikasjonen ofte kan ses samtidig (Orlando, 1995, s. 85).

Hun forklarer videre at sykepleierens arbeid kan deles inn i automatiske, og veloverveide aktiviteter. Dersom aktiviteten utføres uten å undersøke pasientens behov først, eller reflekterer rundt hvordan aktiviteten kan påvirke pasienten, er dette en automatisk aktivitet. Motsatt vil være en reflektert og rådførende aktivitet (Orlando, 1995, s. 84). Problemer i interaksjonen mellom sykepleier og pasient oppstår når aktiviteter planlegges og iverksettes uten å ta høyde for pasientens umiddelbare behov (Orlando, 1995, s. 91). Å kartlegge og løse, pasientens umiddelbare behov før sykepleieren utfører en automatisk aktivitet, vil kunne forebygge konflikter (Orlando, 1995, s. 105). Orlando understreker at mange automatiske aktiviteter er høyst nødvendige, men at sykepleieren til en hver tid må være oppmerksom på aktivitetens mulige negative konsekvenser (Orlando, 1995, s. 105). Det vil likevel kunne oppstå situasjoner hvor sykepleieren er nødt til å handle gjennom en automatisk aktivitet først (Orlando, 1995, s. 105-106).

## 2.6. Kartlegging

Kartlegging i sykepleie har som formål å avdekke status som danner grunnlag for individuelt tilpasset omsorg, samt avdekke endringer i pasientens helsetilstand som krever tiltak. Riktig bruk av valide kartleggingsverktøy sikrer innhenting av relevant og korrekt informasjon (M. Kirkevold, 2016a s. 122).

## 2.7. Kommunikasjon

Kommunikasjon kan beskrives som å utveksle innhold av betydning, mellom grupper eller individer. For at innholdet som formidles skal forstås av begge parter, er det viktig at partene har et felles system av symboler. Slike symboler omhandler både



det verbale og det nonverbale språket vårt, men må også inkludere en viss felles forståelse for verden vi lever i, og menneskene rundt oss. I tillegg vil kultur, personlighet, evner, utdanning, kunnskap og erfaringer være noe som påvirker hvordan vi forstår det som kommuniseres (Hanssen, 2016, s. 89).

## **2.8. Lovverk og retningslinjer**

### **2.8.1. Pasient- og brukerrettighetsloven**

Pasienten har rett på medvirkning og informasjon angående sin helsetilstand og behandling, for å kunne ivareta egne rettigheter. Informasjonen skal tilpasses etter pasientens individuelle evne til å forstå og kommunisere (pasient- og brukerrettighetsloven, 2019, § 3-1, § 3-2).

Helsehjelp skal utøves med respekt for pasientens integritet, og ivaretagelse av pasientens medbestemmelsesrett. Helsehjelpen skal "(...) hindre vesentlig helseskade samt forebygge og begrense bruken av tvang" (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4A-1). Pasienter som motsetter seg helsehjelp skal først forsøkes å hjelpes med tillitskapende tiltak (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4A-3).

### **2.8.2. Helsepersonelloven**

Helsepersonell skal utøve omsorgsfull hjelp med bakgrunn i den faglige forsvarlighet som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, og arbeidets og situasjonens karakter (helsepersonelloven, 1999, § 4)

### **2.8.3. Yrkesetiske retningslinjer**

Norsk sykepleierforbund har utarbeidet retningslinjer sykepleierne forventes å følge i sitt arbeid. Disse omhandler blant annet at sykepleieren som utøves skal basere seg på forskning og nyere utvikling innen faget, at sykepleieren skal fremme helse og forebygge sykdom, samtidig som pasientens verdighet og rettigheter ivaretas. Sykepleieren skal også kjenne sine begrensninger, og be om veiledning der hvor det er nødvendig (NSF, 2019).

#### 2.8.4. Demensplan 2025

Demensplanen 2025 ble lagt fram 2. desember 2020, og er regjeringens 5 årsplan for å forbedre tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Den har følgende hovedmål (*Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 7*):

- 1. Personer med demens og deres pårørende fanges opp til rett tid og sikres gode og tilpassede tjenester.*
  
- 2. Personer med demens og deres pårørende sikres medbestemmelse og deltakelse i et demensvennlig samfunn, slik at de kan leve aktive og meningsfulle liv med fysisk, sosial og kulturell aktivitet som er tilpasset den enkeltes interesser, ønsker og behov.*
  
- 3. Økt forskning og kunnskap om forebygging og behandling av demens.*

#### 2.8.5. Demens - Nasjonal faglig retningslinje

Retningslinjene inneholder faglige anbefalinger, og er en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgruppen. Retningslinjene skal bidra til at helse og omsorgstjenester er av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2020).

## 3.0. Metode

### 3.1. Metodevalg

I oppgaven bruker vi litteraturstudie som metode, for å belyse problemstillingen vår. Litteraturstudie gjøres ved å samle informasjon fra skriftlige kilder, systematisere innholdet i dem, kritiske vurdere og avslutningsvis sammenfatte informasjonen. Hensikten med denne metoden er å gi leseren oppdatert kunnskap om et tema, og forutsetningene som er nødvendig for å oppnå god forståelse av kunnskapen rundt den problemstillingen man belyser. På samme tid skal leseren også forstå hvordan forfatteren har kommet fram til det som beskrives, slik at resultatene enkelt kan etterprøves (Thidemann, 2019, s.77-78).

I denne oppgaven inkluderes det forskning basert på både kvalitative og kvantitative metoder (Thidemann, 2019, s. 75-76). Dette for å kunne kartlegge i hvor stor grad temaet er aktuelt, samtidig hvordan personsentrert omsorg har blitt brukt i håndteringen og behandlingen av pasienter med demenssykdom og agitasjonsproblematikk i somatisk institusjon.

### 3.2. Søk

Det ble foretatt et innledende søk i ulike databaser for helsefagrelaterte forskningsartikler, for å få en oversikt over tema, og retning i oppgaven. Det ble gjort søk i databasene Medline, Cochrane og Cinahl, samt Google Scholar og Oria (se vedlegg 2). På bakgrunn av resultatene så vi en trend i nyere forskning, som resulterte i at vi valgte å fokusere på tiltaket personsentrert omsorg. Ut fra de innledende resultatene og “mesh-ord” som hyppig ble nevnt i disse artiklene, formulerte vi et PICO søk (tabell 1). Etter å ha utformet søket slik vi så det best for å svar på vår problemstilling, valgte vi å holde oss til Medline, Cochrane og Cinahl for å finne forskningsartiklene vi ønsket å bruke i oppgaven. Søkeord som har blitt brukt og utprøvd tidlig i søkeprosessen kan ses i vedlegg 1. Søkehistorikk og treff kan ses i vedlegg 2.

Person/Problem	Interventions	Comparison	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dementia</li> <li>• Alzheimer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Person centered</li> <li>• Person centred</li> <li>• Person-centered</li> <li>• Person-centred</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitation</li> <li>• Aggression</li> <li>• Aggressive</li> </ul>

Tabell 1.

### 3.3. Inklusjon- og eksklusjonskriterier

De inkluderte artiklene er sortert ut ved hjelp av inklusjon- og eksklusjonskriterier vi har satt (Tabell 4). Det inkluderes også studier som omhandler sykehjem, da en stor del av forskningen på temaet er gjort der, og vi ønsket å se nærmere på om resultatene vil kunne være overførbare. Kriteriene er satt slik at resultatene som inkluderes kan tenkes å være gjennomførbare for norske sykepleiere i dag og framover.

<b>Inklusjonskriterier</b>	<b>Eksklusjonskriterier</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artikkel publisert tidligst år 2015.</li> <li>• Engelsk- eller skandinaviskspråklig.</li> <li>• Omhandle pasienter innlagt på somatisk sykehjem eller sykehus, demens og agitasjon.</li> <li>• Fagfelleverderte artikler.</li> <li>• Forskningsdeltakernes personvern skal beskyttes i form av anonymitet.</li> <li>• Godkjent via relevant CASP-sjekkliste (<a href="https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/">https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/</a>).</li> <li>• Både kvantitative og kvalitative studier.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studiene skal ikke omhandle psykiatriske institusjoner.</li> <li>• Land uten sammenlignbare helsetjenester.</li> <li>• Palliasjon.</li> <li>• Spesifikke ekstraordinære tiltak som for eksempel musikk-/dyreterapi.</li> <li>• Case-studier.</li> </ul>

Tabell 2.

### 3.3.1. Inklusjonsprosessen

Artiklene i oppgaven er valgt ut gjennom en prosess som kan ses i vedlegg 4. Separat har vi i søkeresultatene først sortert ut artikler basert på inklusjon-/eksklusjonskriterier, deretter tittel, abstrakt, og fulltekst. Avslutningsvis har vi sammenlignet notater og blitt enige om hvilke artikler vi ønsker å bruke for å best besvare problemstillingen.

Underveis i prosessen har vi analysert artiklene, og fargekodet ulike tema og resultat, ved hjelp av Aveyards analysemodell (Thidemann, 2019, s. 96-97). På denne måten

har vi funnet likheter og ulikheter, og brukt dette når vi presenterer resultatene tematisk i oppgaven (Thidemann, 2019, s. 96).

Artikkelen "Person-centered care for older people with dementia in the acute hospital" ligger i utgangspunktet utenfor inklusjonskriteriene våre, basert på land vi enkelt kan sammenligne oss med. Likevel har vi valgt å inkludere den, da den refereres til av andre artikler innenfor våre inklusjonskriterier, samtidig som WHO definerer Singapores helsetjenester som rimelige og lett tilgjengelige for innbyggerne, slik som i Norge (WHO, u.å.).

To av de inkluderte artiklene (Lichtwarck et al., 2018, Røsvik & Rokstad, 2020), er valgt ut ved å gjennomgå referansene til artiklene i det originale søketreffet. Dette ble gjort da flere av artiklene refererte til de samme studiene, som viste seg å være spesielt relevant for vår problemstilling rettet mot det somatiske sykehuset.

### 3.4. Vurdering av artiklene

De inkluderte artiklene er fagfellevurdert, og har gjennomgått vurdering i CASP-sjekkliste aktuell for sitt studiedesign (<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>).

CASP-sjekkliste	Artikkel
CASP Randomised Controlled Trials Checklist	Ballard et al., 2018 Lichtwarck et al., 2018
CASP Systematic Review Checklist	Røsvik og Rokstad, 2020
CASP Qualitative Studies Checklist	Petty et al., 2020
CASP Cohort Study Checklist	Tay et al., 2018

Tabell 3.

### 3.5. Metodekritikk

Det som kan ha styrket oppgaven og metoden, er at vi er to som har innhentet teori og forskning, og har jobbet med dette først separat og deretter sammen. Dette kan ha bidratt til at vi gjennom faglige diskusjoner har kommet fram til det som er mest relevant for å svare på vår problemstilling, og det kan ha tilført flere nyanser under drøfting og utvelgelse av teori. Vi har forsøkt å holde oss nøytral i utvelgelsen av kilder, men det kan ikke ses bort fra at vi er påvirket av et forventet resultat.

Vi har valgt å bruke teori både fra pensumbøker fra studiet, og fra andre teoretiske bøker. Dette har vi gjort da pensumbøkene inneholder god og sammenfattet teori, mens mer spesifikke bøker har tillatt oss å fordype oss videre i tema.

Potensielle svakheter ved utførelsen kan være at vi er uerfarne når det kommer til å skrive akademiske oppgaver, og mer erfaring kunne løftet kvaliteten på innholdet.

Oppgaven inkluderer artikler med ulikt studiedesign. Dette kan vanskeliggjøre å sammenligne resultatene, og utforme en avgrenset konklusjon. Samtidig kan det medføre at vi har fått resultater om samme tema fra ulike vinkler, og en større bredde i resultatene våre.

## **4.0. Resultat**

### **4.1. Artiklene**

Resultatene fra forskningen i de inkluderte artiklene vil her presenteres tematisk, og vil ikke skille mellom hvilke type institusjon de har opphav i. Tre av artiklene omhandler forskning gjort på sykehus (Petty et al., 2020; Røsvik & Rokstad, 2020; Tay et al., 2018), mens to av artiklene omhandler forskning gjort på sykehjem (Ballard et al., 2018; Lichtwarck et al., 2018). Studiene er fra ulike land, og har ulikt studiedesign.

### **4.2. Presisering**

Når det i oppgaven videre snakkes om "pasient/-en/-er", menes det alltid mennesker med demenssykdom.

### **4.3. Implementering av intervensjon**

Felles for flere av studiene er at post-personalet har fått opplæring i personsentrert sykepleie og omsorg (PSO) som et tiltak i avdelingen av eksterne kompetansepersoner (Ballard et al., 2018, s. 5; Lichtwarck et al., 2018, s. 27; Røsvik



& Rokstad, 2020, s. 13, 16). I noen av studiene ble det også utpekt egne personer internt i avdelingene, som fungerte som fag-/ressurspersoner for kollegaene sine etter å ha fått opplæring i dette (Ballard et al., 2018, s. 5, Lichtwarck et al., 2018, s. 27). I studiet til Lichtwarck et al. (2018, s. 27), ble det gitt kurs/informasjon i forkant av implementeringen til både intervensjons- og kontrollgruppen, mens i studiene av Ballard et al. (2018, s. 5), og Tay et al. (2018, s. 20) ble det kun gitt kurs/informasjon til personalet i intervensjonsgruppen.

Det avvikende studiet er det av Petty et al. (2020), da dette er et kvalitativ studie gjort i forkant av en eventuell implementasjon av PSO i en avdeling, for å kartlegge personalets erfaringer med håndtering av personer med demens samt utfordrende adferd, og om eller hvordan de har brukt metoder lik PSO tidligere. I tillegg har vi inkludert en oversiktsartikkel, som ikke har egne intervjuer (Røsvik & Rokstad, 2020).

#### 4.5. Andre tiltak i kombinasjon med PSO

Flere av studiene viser til at det ble iverksatt andre tiltak i kombinasjon med PSO. I studiet av Tay et al. (2018, s. 20) vises det til at **økt bemanning** er en del av tiltakene inkludert i intervensjonen.

Det ble i flere studier gjort endringer i det **fysiske miljøet** i avdelingen, i tillegg til PSO (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 13-17; Tay et al., 2018, s. 20). Dette kunne innebære å gjøre miljøet mer likt et hjem, enn en institusjonsavdeling (Tay et al., 2018, s. 20), og å tilrettelegge for mer selvstendighet for pasientene, blant annet ved å gjøre områder i avdelingen mer gjenkjennbare for pasienten (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 14). Det ble også i et av studiene gjort endringer som førte til at sykepleierne brukte mer tid ute blant pasientene (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 15).

**Aktiviteter** for pasientene ble i et av studiene også en del av tilpasningen i avdelingene samtidig som PSO ble tatt i bruk (Tay et al., 2018, s. 20).

I noen av studiene ble det gjort **gjennomgang eller holdt oversikt over medikamentelle tiltak** parallelt med PSO (Ballard et al., 2018, s. 10; Lichtwarck et al., 2018, s. 29), eller et bevisst forsøk på å holde bruken av antipsykotika eller beroligende medikamenter på et lavt nivå (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 13; Tay et al., 2018, s. 20).

#### 4.6. Personsentrert omsorg

##### 4.6.1. Deltakernes erfaringer med PSO

Resultatene viser til at PSO ga mer effektivitet i arbeidet, økt kunnskap, og holdningsendringer (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 16), og det er enighet i at det bør tilstrebes økt kunnskap innenfor demens og kommunikasjon (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 15, 18). Det å kjenne pasientens historie, verdier og preferanser, ble trukket fram som en del av PSO som hadde en positiv innvirkning på pasientene (Petty et al., 2020, s. 160; Tay et al., 2018, s. 24).

Det blir også vist til hvordan noen av pleierne så begrensede eller negative resultater etter implementering av PSO og tilhørende tiltak (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 15). Det viste seg også at pleiere ofte prioriterte pasientens fysiske behov, og hadde et oppgave-basert fokus, noe som resulterte i at PSO ble nedprioritert (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 16, 18).

##### 4.6.2. Pårørende

Det er svært varierende i hvor stor grad pårørende inkluderes som en ressurs. I studiet til Petty et al. (2020, s. 158-159, 161-162) var det ingen som svarte at

pårørende ble inkludert i stressende situasjoner for pasienten , mens i andre studier ble pårørende sett på som en ressurs for pasient og personalet (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 16; Tay et al., 2018, s. 20). Samtidig viste seg også at personalet i tilfeller kunne basere seg utelukkende på uttalelser fra pårørende, noe som truet pasientens integritet og rettigheter (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 16).

#### **4.7. Parallelle tiltak**

##### **4.7.1. Fysisk miljø**

Deltakerne i studiet til Petty et al. (2020, s. 158) mente at det fysiske miljøet, og det at pasienten ikke visste hvor hen var, kunne være en påvirkende faktor til stress og utfordrende adferd. Det vises til hvordan personalet responderte på emosjonelt ubehag hos pasienten med å gi pasienten mer rom/plass, eller flytte hen til et annet sted i avdelingen. Likevel ble det ikke rapportert om at dette var et tiltak som faktisk ga positivt utfall, selv om det var en av de faktorene de oftest mente var med å stresse pasienten, og en av de faktorene de oftest forsøkte å gjøre noe med i slike situasjoner (Petty et al., 2020, s. 158, 159). Deltakerne rapporterte samtidig ikke at de forsøkte å gjøre noe med miljøet, eller orientere pasienten for tid og sted (Petty et al., 2020, s. 160).

Det vises til at et vanlig sykehusmiljø, som en samlebetegnelse, kan bidra til økt utagerende og voldelig adferd hos pasienter (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 17). En rekke andre miljøtiltak viste positivt utfall, eller relevans for hvordan pasientene opplever sykehusinnleggelsen, relasjonen til personalet, gjøre det enklere for dem å orientere seg for tid og sted, og oppleve selvstendighet (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 14, 16-18).

##### **4.7.2. Aktiviteter**

Det ble rapportert av både pasienter og nære pårørende at aktiviteter og sosiale interaksjoner var viktig for å tilrettelegge for at pasienten fikk uttrykke egne behov, og for å forebygge utfordrende adferd hos pasienten (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 18).

Likevel tyder ingen andre resultat i samme artikkel på at dette var tiltak som kunne knyttes direkte til et slikt utfall hos pasientene (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 18).

Til tross for at å tilrettelegge for aktiviteter for pasientene i avdelingen er en del av intervensjonen, diskuterer ikke Tay et al. (2018, s. 23, 24) denne delen av intervensjonen sammen med resultatene.

#### 4.8. Agitasjon

Tre av studiene måler agitasjonsnivå, og finner statistisk signifikant reduksjon etter implementering av PSO (Ballard et al., 2018, s. 11; Lichtwarck et al., 2018, s. 31; Tay et al., 2018, s. 23; ). Kontrollgruppene i studiene viste enten reduksjon som ikke var statistisk signifikant (Lichtwarck et al., 2018, s. 31; Tay et al., 2018, s. 23), eller forverring (Ballard et al., 2018, s. 11). Målt med NPI-subsyndromal agitasjonsskår så Lichtwarck et al., (2018, s. 31) statistisk signifikant reduksjon hos begge grupper ved måling etter 8 uker. Ved ny måling etter 12 uker var agitasjonsnivået ytterligere redusert i forsøksgruppen, mens kontrollgruppen hadde hatt en økning. Ballard et al., (2018, s. 11) viste at reduksjonen i agitasjon og NPS var størst hos personer med moderat til alvorlig demens.

Artiklene bruker ulike måleverktøy for å kartlegge pasientenes grad av agitasjon. Ballard et al., (2018) og Lichtwarck et al., (2018) bruker Neuropsychiatric Inventory Nursing Home Version (NPI-NH) og Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI), mens Tay et al. (2018) bruker Pittsburgh Agitation Scale (PAS).

To av artiklene påpeker at agitasjon og aggresjon fra pasienter er belastende for sykepleiere. I Røsvik & Rokstad (2020, s. 15) forteller sykepleiere om frustrasjon og bekymring når de må håndtere agiterte pasienter.

Undersøkelse av trening- og refleksjonsprogrammer indikerer at det er mulig å oppnå positive holdningsendringer hos ansatte i forhold til utagerende pasienter (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 16).

Petty et al. (2020, s. 157-159) belyser hvordan personell kan legge merke til, forstå og respondere på emosjonelt ubehag hos pasienter med demens. Flest informanter

oppga agitasjon (53%), aggresjon (30%) og sinne (21%) som symptomer på emosjonelt ubehag.

#### 4.9. Andre positive utfall av PSO

Noen av artiklene tar også for seg andre nevropsykiatriske symptomer. Ballard et al. (2018, s. 9-11) finner en signifikant generell reduksjon i nevropsykiatriske symptomer etter implementering av PSO, mens Lichtwarck et al. (2018, s. 29-31) finner forbedring av depresjon og hallusinasjoner, men ingen signifikante forskjeller i øvrige symptomer som måles. Tay et al. (2018, s. 23), påviste en signifikant forbedring i ADL funksjon hos intervensjonsgruppen.

##### 4.9.1. Økt livskvalitet

Flere av studiene viste signifikant forbedring av livskvalitet hos pasienten i intervensjonsgruppene, men bruker ulike verktøy for å måle graden av livskvalitet (Ballard et al., 2018, s. 9; Lichtwarck et al., 2018, s. 31; Tay et al., 2018, s.23). Røsvik & Rokstad (2020, s. 17) snakker om hvordan mangelfull tilrettelegging av omgivelsene og koordinering av tilbud, kan ha negativ innvirkning på livskvalitet. Videre forteller de at pasienter som er innlagt på geriatriske avdelinger, oftere framsto i godt humør, hadde større mulighet til å bevege seg rundt, enn pasienter ved ordinære avdelinger. Både Røsvik & Rokstad (2020, s. 17) og Ballard et al. (2018, s. 9) rapporterer at intervensjonsgruppene hadde flere positive interaksjoner med personalet enn kontrollgruppene.

##### 4.9.2. Pasientsikkerhet

Pasienter med demens har behov for meningsfulle interaksjoner med personalet for å føle seg trygge (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 14-15). Helsepersonell prioriterte ofte fysisk- framfor psykisk helse. Personell fokuserte mest på akutte problemer, og personer med demens hadde lav prioritet. De ansatte har behov for økt kunnskap om

demens og kommunikasjon med pasienter med demens. Helsepersonell har ofte problemer med å skille mellom akutt og kronisk forvirring, dette kan være på grunn av manglende kunnskap (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 15- 18).

Ved avdelinger som spesialiserte seg på geriatriske pasienter var det færre dødsfall på sykehuset, mindre behov for utvidet observasjon, færre postoperative infeksjoner, og andre postoperative komplikasjoner, lavere prevalens av delirium, og redusert bruk av psykofarmaka, sammenlignet med ordinære avdelinger (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 17). Tay et al., (2018, s. 25) og Ballard et al. (2018, s. 10) så ingen nedgang i medikamentbruk hos forsøksgruppen.

#### 4.10. Kostnadsperspektiv

To av studiene oppgir kostnadsberegningen ved implemitering, levering og utførelse av PSO (Ballard et al., 2018, s. 12; Tay et al., 2018, s. 25). Et studie konkluderte med økt månedlige kostnad pr. pasient i forsøksgruppen. Samtidig rapporterer studiet at kostnaden for andre helsetjenester er høyere i kontrollgruppen, og implementeringen av PSO anses som kostnadseffektiv (Ballard et al., 2018, s.12). Tay et al., (2018, s. 25) beregnet en økning i utgiftene pr. pasient, men pasienten her hadde gjennomsnittlige 2 døgn kortere liggetid enn kontrollgruppen, også her oppgis intervensjonen som kostnadseffektiv (Tay et al., 2018, s. 23-25). Røsvik og Rokstad, (2020, s.17) oppgir ingen konkrete tall, men forteller at intervensjonen er kostnadseffektiv.

## 5.0. Diskusjon

### 5.1. Utfall og tolkning av resultat

De inkluderte studiene viser til hvordan PSO kan føre til reduksjon i agitert adferd hos pasienter (Tay et al., 2018, s. 23; Lichtwarck et al., 2018, s. 29; Ballard et al., 2018, s. 9). Flere av studiene har som hovedmål at PSO skal øke livskvaliteten hos denne pasientgruppen, og viser til at de har fått til nettopp dette (Ballard et al., 2018, s. 9;

Tay et al., 2018, s. 23). En viktig ting å reflektere over når det kommer til tolkning av effekten av PSO for reduksjon av agitasjon, er om nedgangen av agitert adferd kan være en bieffekt av økt livskvalitet i seg selv. Dette kan gjøre det vanskelig å trekke slutninger fra resultatene for om PSO alene har ført til reduksjon i agitasjon. Det er mulig at andre intervensjoner for økt livskvalitet, kunne gi tilsvarende nedgang i agitert adferd. Likevel er det viktige, og ikke minst signifikante resultater som vises til, og kanskje er det det særs vanskelig i denne pasientgruppen å skille økt livskvalitet og redusert agitert adferd fra hverandre.

I tillegg til økt livskvalitet og reduksjon i agitasjon, viser studiene til andre positive utfall av PSO. I studiet til Tay et al. (2018, s. 23-24) og Røsvik & Rokstad (2020, s. 17) pekes det på at innføringen av PSO også har ført til færre liggedøgn, infeksjoner og andre "sykehuskomplikasjoner", samt forbedring i ADL funksjonen. Dette er viktige resultater i støtte av prinsippene om jobbe forebyggende (NSF, 2019).

Tross tydelige positive resultater fra studiene, har de sine begrensninger med å trekke slutninger fra dem som gjør dem overførbare. Først og fremst er det viktig å trekke fram at ingen av studiene gir tydelige og avgrensede definisjoner eller avklaringer på hva PSO, eller agitasjon er. De trekker frem en del teori innledningsvis, som i stor grad er lik hverandre, men mangel på en avgrenset definisjon kan gjøre det vanskelig for andre å få de samme resultatene, da det er et visst rom for tolkning av definisjoner. Studiene inkluderer noe ulike tiltak i implementeringsprogrammene, som også kan komplisere det å sammenligne resultatene opp mot hverandre. Studiene bruker også ulike måleverktøy for å kartlegge blant annet agitasjon, og det er viktig å se resultatene i lys av dette. Det er likevel anerkjente måleverktøy, som vi ser igjen i norsk praksis. Studiene i stor grad er gjort i ulike land, selv om de har helsetjenester som på mange måter kan sammenlignes (Ballard et al., 2018, s. 1, 6; Lichtwarck et al., 2018, s. 26; Petty et al., 2020, s. 156; Røsvik og Rokstad, 2020, s. 2; Tay et al., 2018, s. 20). Det kan derfor tenkes at foreligger ulikheter som for eksempel kultur- og systemforskjeller, som åpner for forskjeller i hvordan ulike situasjoner tolkes.

## 5.2. PSO fra et sykepleieperspektiv

### 5.2.1. Holdninger og tolkninger

Basert på resultatene fra de inkluderte studiene, er det rimelig å tenke at det ikke bare er for pasienten det vil være til fordel å implementere PSO. Reduksjon i agitasjon vil kunne føre til færre konflikter mellom pasient og sykepleier, og kanskje også reduksjon i antall voldshendelser på sykehusene. Likevel vil det fra et sykepleieperspektiv kunne trekkes frem flere utfordringer ved implementering av PSO i en "vanlig" somatisk sykehusavdeling. En av disse er holdningene hos personalet. Som sykepleier har man en rekke lover og retningslinjer en skal forholde seg til for å utøve faglig forsvarlig praksis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999; Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2019). Selv om disse kan være tydelig og avgrenset, vil man bære med seg personlige holdninger, verdier og erfaringer som kan prege måten man tolker situasjoner, og intervensjoner (Hanssen, 2016, s. 89). Røsvik og Rokstads (2020, s. 15) studie trekker blant annet fram hvordan det var ulike oppfatninger blant sykepleierne om hvor godt tiltakene i PSO fungerte i avdelingen. Dette kan føre til at to sykepleiere tolker samme situasjon ulikt, og derfor vurderer behovet for enkelttiltak ulikt. Det er derfor viktig at nye intervensjoner som PSO implementeres på et tverrfaglig nivå, at en har gode implementeringsprogram som gjør at sykepleierne kan innhente både kunnskap og støtte i ledere og kollegaer på tvers av profesjonene, og at det er åpent for faglig refleksjon på arbeidsplassen (NSF, 2019).

### 5.2.2. Arbeidsrutiner

En annen utfordring sykepleieren kan møte ved implementeringen av PSO, er at tiltaket ikke nødvendigvis samhandler godt med måten en sykehusavdeling er organisert på i dag. Arbeidsmåten til sykepleierne på en sykehusavdeling er i stor grad oppgavebasert, og preget av det Orlando kaller "automatiske aktiviteter" (Orlando, 1995, s. 84). Faste rutiner og tidspunkt kan tenkes å være en utfordring ved å arbeide på en personsentrert måte, da pasientens behov ikke alltid vil passe



med behovet sykepleieren har for å få gjennomført en viktig oppgave. Eksempler kan være rutiner for medisiner, stell- og måltidsituasjoner. Som Orlando påpeker kan det være nødvendig å kartlegge og behandle pasientens umiddelbare behov, før en gjennomfører de allerede planlagte oppgavene eller prosedyrene (Orlando, 1995, s. 105-106). Dette støttes av studiet til Tay et al. (2018, s. 20), hvor de hadde fokus på fleksibilitet i arbeidsoppgavene og tidspunkt for gjøremål.

### 5.2.3. Kommunikasjon

Det kan tenkes at det ikke alltid er enkelt å kartlegge de umiddelbare behovene en pasient har, da kommunikasjon kan være en utfordring (Engedal & Haugen, 2018b, s. 36-37; Orlando, 1995, s. 19, 25), kanskje spesielt med denne pasientgruppen. Som flere av studiene trekker frem, er kommunikasjon en av de viktigste elementene ved PSO (Petty et al., 2020, s. 158, 160; Røsvik & Rokstad, 2020, s. 15-16), og det kan være avgjørende for om pasient og sykepleier har den samme forståelsen av en situasjon. Det er da viktig at sykepleieren validerer pasienten (Rokstad & Røsvik, 2018, s. 301), og samtidig ser pasienten med et "her-og-nå" perspektiv, som legger til rette for å forstå hvordan ulike faktorer i omgivelsene og situasjonen pasienten står i påvirker samhandlingen mellom partene (Orlando, 1995, s. 19, 25). På denne måten kan sykepleieren få økt forståelse for hvordan best hjelpe pasienten, og legge til rette for omgivelser pasienten føler seg trygg i, som igjen kan skape en bedre relasjon, tillit og samhandling, slik at sykepleierne får gjennomført viktige oppgaver og prosedyrer tilknyttet pasienten (Orlando, 1995, s. 25, 47, 52). I tillegg til at god kommunikasjon bidrar til at sykepleierens arbeid blir enklere, tenker vi at det også bidrar til å ivareta pasientens medbestemmelsesrett (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Sykepleieren kan risikere å stå i en situasjon hvor kognitiv svikt og språkvansker, truer arbeidet med å ivareta pasientens autonomi.

#### 5.2.4. Tvangsbruk

Spesielt i startfasen av en innleggelse kan det tenkes at sykepleieren vil møte på utfordringer knyttet til å arbeide på en personsentrert måte. I en akutfase kan det være kritisk å få lagt inn for eksempel katetertilganger eller gitt medikamenter, og effekten av disse tiltakene kan være svært tidssensitiv. Det kan derfor bli aktuelt å reflektere rundt tvangsbruk i enkeltsituasjoner. Sykepleieren skal forebygge bruken av tvang (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4A-1), og PSO støtter dette godt slik vi ser det. Vi selv erfart at det å ta seg tid, kan spare tid. Med dette menes at det å ta seg tid til å tilrettelegge for trygge omgivelser, med færre agitasjonstriggere (Selbæk, 2018, s. 250), kan forebygge konflikter og utfordring i samhandling mellom pasient og sykepleier. Dette støttes også av Orlandos teori om å dekke umiddelbare behov hos pasienten som første prioritet, som et forebyggende tiltak (Orlando, 1995, s. 105-106). Likevel bør en være bevisst på at intervensjonen ikke nødvendigvis utelukker all bruk av tvang, selv om helsehjelpen skal begrense bruken av tvang (pasient- og brukerrettighetsloven, 2001, § 4A-1).

#### 5.2.5. En indre konflikt

En annen utfordring sykepleieren kan møte på i en arbeidshverdag hvor PSO er implementert, er den potensielle konflikten mellom "best practice" og hvordan virkeligheten utspiller seg. En sykepleier skal i følge NSF (2019) holde seg faglig oppdatert på nyere forskning, og bidra til at denne praktiseres på arbeidsplassen. De inkluderte artiklene (Ballard et al., 2018; Lichtwarck et al., 2018; Petty et al., 2020; Røsvik & Rokstad, 2020; Tay et al., 2018), samt nasjonalfaglig retningslinjer for demens (helsedirektoratet, 2020), og demensplanen 2025 (helse- og omsorgsdepartementet, 2020), vektlegger relevansen og økt fokus på personsentrert omsorg til pasienter med demens. Samtidig ser vi flere utfordringer ved å arbeide på denne måten på sykehus i dag, ikke bare med tanke på de konfliktene sykepleieren vil møte på, men også på et organisatorisk nivå. Differansen mellom det som regnes som best for pasienten, og det sykepleieren har ressurser til å gjennomføre, kan skape en form for "indre konflikt" hos sykepleieren. Sykepleiere læres til å arbeide helsefremmende og forebyggende med pasienter, og gjøre vurderinger og tiltak som

skal fremme pasientens fysiske og psykiske helse (NSF, 2019), og det er rimelig å tenke at det å ikke få gjennomført jobben slik en helst ønsker, kan være belastende for sykepleieren.

### 5.3. Implementering

Flere av studiene er gjort på sykehjem (Ballard et al., 2018, s. 1; Lichtwarck et al., s. 26 ). Vi ser for oss at sykehjem har bedre forutsetninger for å implementere PSO, fordi pasientene bor her over tid, og miljøet ofte er mindre hektisk enn på en sykehusavdeling. Erfaringsmessig har vi selv opplevd at ordinære sykehusavdelinger ikke har bemanning eller ressurser tilpasset pasienter med kognitive utfordringer.

Et av studiene økte bemanningen som en del av tiltakene i kombinasjon med PSO, med gode resultater (Tay et al. (2018, s. 20). Fordi en stor del av PSO omhandler å skape relasjoner og tillit mellom pasient og sykepleier (Petty et al., 2020, s. 158; Røsvik & Rokstad, 2020, s. 15-16; Tay et al., 2018, s. 24), vil det trolig kreve tid og ressurser til de forebyggende tiltakene. Derfor vil det være sannsynlig å tenke at implementering av PSO vil kreve økt bemanning på sykehusene, og økt bemanning vil utgjøre økte kostnader. Færre og kortere sykehusinnleggelser er noe av det som gjør at intervensjonen likevel gir en lavere total kostnad (Røsvik & Rokstad, 2020, s. 17; Tay et al., 2018, s. 23). I Tay et al. (2018, s. 23) var liggetiden 15 dager, mot 17 dager for kontrollgruppen. I Norge er gjennomsnittlig liggetid for eldre pasienter ved ordinære sykehusavdelinger 6,5 døgn (Næss et al., 2019, s.10). Siden liggetiden i Norge i utgangspunktet er såpass mye kortere, kan det tenkes at man ikke vil se en tilsvarende reduksjon i liggedøgn. En norsk undersøkelse viser at 25% av pasienter over 75 år blir reinnlagt i løpet av 30 dager (Ness et al., 2019, s.10). Dermed er det er tenkelig at implementering av PSO totalt sett vil kunne være kostnadsbesparende også i Norge, dersom antallet reinnleggelser reduseres.

I studiet til Røsvik og Rokstad (2020, s. 16), vises det til at avdelingene på sykehus har en oppgavebasert tilnærming til pasienten, der fokuset er på det somatiske. For å implementere PSO vil det være nødvendig å utvikle en kultur der det også er fokus på at pasientens psykososiale behov ivaretas. Oppgavene den somatiske diagnosen krever må fortsatt gjennomføres, men måten og tempoet dette gjøres på, bør kanskje justeres. Rokstad & Røsvik (2018 s. 301) forteller at dersom ting går for fort for pasienten, kan dette bidra til usikkerhet, som kan igjen føre til agitasjon og konflikter.

Det er ikke bare sykepleieren som møter pasienten i en sykehushverdag, og for at pasienten skal oppleve kontinuitet og trygge møter med alle ansatte, er det viktig at alle jobber utfra de samme prinsippene. Helse- og omsorgsorganisasjoner er komplekse, og implementeringen av PSO bør involvere alle ansatte på en avdeling, på samarbeidende avdelinger, og på tvers av profesjoner (Rokstad og Røsvik 2018, s. 306).

Utfordringene kan være at mennesker har personlige holdninger og verdier iboende i seg, som ikke bare påvirker måten en oppfatter viktigheten av et tiltak, men også hvordan en forstår tiltaket (M. Kirkevold., 2016b, s. 106). Det kan tenkes at det vil være ulikheter i tolkning av informasjon og relevans, påvirket av blant annet kjønn, alder og kultur. Arbeidskultur kan trolig også være en påvirkende faktor, og dersom PSO er til stor forskjell for hvordan en avdeling jobber fra før av, kan det bli vanskelig å få alle ansatte til å enes om, og jobbe samlet for å oppnå ønsket resultat. Viktigheten av et godt implementeringsprogram er derfor stor. Kanskje kan det være en idé å kartlegge hvordan personalet selv ønsker å lære, før en iverksetter implementeringen. De fleste studiene bruker eksterne fagpersoner (Ballard et al., 2018, s. 5; Lichtwarck et al., 2018, s. 27; Røsvik & Rokstad, 2020, s. 13, 16), og noen av dem velger også å lære opp enkelte i avdelingene til ressurspersoner for resten av avdelingen (Ballard et al., 2018, s. 5, Lichtwarck et al., 2018, s. 27), med gode resultater.

Et av målene i demensplanen 2025 (Helse- og omsorgsdepartementet, s. 77), er at sykehusopplevelsen for pasienter med demens skal forbedres. Vi ser at det vil være større utfordringer ved implementering av PSO på en vanlig somatisk sykehusavdeling. Det fysiske miljøet på sykehus er ofte ikke tilrettelagt for demenspasienter. Røsvik og Rokstad (2020, s. 14) beskriver et vanlig sykehusmiljø som kaotisk, støyfullt og uoversiktlig. Tay et al. (2018, s. 20) hadde tilrettelagt miljøet, med en avdeling som var oversiktlig, innredet mer som et hjem, med plass til kun 10 pasienter. Endringer i det fysiske miljøet kan kreve økonomiske ressurser. En eventuell reduksjon i antall sengeplasser per avdeling, vil gi behov for flere avdelinger, dersom sykehuset skal opprettholde dagens kapasitet. Det vil også kreve store ressurser å bygge ut nye sykehus rettet spesielt mot geriatriske pasienter. Et alternativ kan være å omorganisere dagens avdelinger, slik at man har mindre grupper innad i avdelingen, og pasientene kan forholde seg til færre mennesker. Røsvik og Rokstad (2020, s. 15-16), viser til at personalet som arbeider på mindre områder i avdelingen arbeider mer effektivt, forstår og kartlegger pasienten bedre, og opplever positive interaksjoner med pasienter og pårørende.

Undersøkelser gjort ved Sykehuset i Vestfold HF viser til at kun 23% av akuttinnlagte pasienter over 75 år, er innlagt ved spesialiserte geriatriske avdelinger (Næss et al., 2019, s. 310). Statistikk forteller oss at andelen eldre, og forventet levealder vil øke med tiden (Gleditsch, 2020), med dette kommer også økt forekomst av demens (Aldring og helse, u.å.a). Det er derfor viktig at helsepersonell på tvers av profesjonene er opptatt av hvordan takle utfordringene vi trolig i større grad kommer til å møte på sykehusene framover.

#### 5.4. Kritikk av teorien

Det har blitt stilt spørsmål til om personsentrert omsorg egentlig tilfører noe nytt. Kjerneprinsippene om et helhetlig syn på pasienten omtales av flere sykepleieteoretikere (Eriksen, 2015, s. 899). Også de yrkesetiske retningslinjer for sykepleie (NSF, 2019) vektlegger det å ivareta pasientens behov for helhetlig omsorg, og å ivareta pasientens integritet og medbestemmelsesrett. Undersøkelser har likevel avslørt at NSF's yrkesetiske retningslinjer (NSF, 2019) er et ideal som ikke

nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten (M. Kirkevold., 2016b, s. 106). Det er også rettet kritikk mot PSO med bakgrunn i at det vektlegges for lite fokus på pasientens fysiologiske behov (Skovdal & Berentsen, 2016, s. 422). Kritikken må likevel ses i lys av at den er publisert tidligere enn studiene vi har inkludert, og at helsedirektoratet i dag anbefaler at all omsorg og behandling til pasienter med demens skal basere seg på PSO (Helsedirektoratet, 2020, s. 13). Å sette nye ord og begreper til velkjent teoretiske prinsipper kan være med å løfte teorien fram i lyset. På denne måten kan teorien også oppdateres til dagens samfunn og yrkesutøvelse, slik at det kan være relevant for helsepersonell framover i tiden.

## 6.0. Konklusjon

Slik vi ser det er det tydelig at personsentrert omsorg inneholder høyst aktuelle prinsipper og teorier. Økende nasjonalt fokus på PSO vil forhåpentligvis føre til at det i større grad tilrettelegges for individuelle og unike behov på sykehusene. På bakgrunn av den aktuelle teorien og forskningen som er gjort på feltet, ser vi det sannsynlig å konkludere med at PSO kan føre til redusert agitasjon hos pasienter med demens, men at den største utfordringen vil være å skape en intervensjon som er gjennomførbar på norske sykehus slik de er i dag.

## 7.0. Kildeliste

Aldring og Helse (u.å.a). *Hvor mange i Norge har demens?* [Statistikk].

[https://demenskartet.no/?fbclid=IwAR3SU4cd3PAC81JWIKGSLVs1btGZOBJ87d98Ji4i2aZwntI\\_6kMbvGG81e8#](https://demenskartet.no/?fbclid=IwAR3SU4cd3PAC81JWIKGSLVs1btGZOBJ87d98Ji4i2aZwntI_6kMbvGG81e8#)

Aldring og Helse (u.å.b). *Personsentrert omsorg*.

[https://www.aldringoghelse.no/ordbok/personsentrertomsorg/?fbclid=IwAR1Q0sjE4CY-MxUP1W\\_9swsujvzEVT5fam7CQFIh-BKVclIEbze2U\\_Oaql8](https://www.aldringoghelse.no/ordbok/personsentrertomsorg/?fbclid=IwAR1Q0sjE4CY-MxUP1W_9swsujvzEVT5fam7CQFIh-BKVclIEbze2U_Oaql8)

Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R., Woods, B., Garrod, L., Testad, I., Woodward-Carlton, B., Wenborn, J., Knapp, M. & Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLOS medicine*, 15(2), e1002500.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>

Bertelsen, A.K. (2016). Sykdommer i nervesystemet. I S. Ørn & E. Bach-Gransmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 320-343). Gyldendal Akademisk.

Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. (2016). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 197-209).Gyldendal Akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2018a). Om demens. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 13-28). Aldring og helse-akademisk.

Engedal, K. & Haugen, P.K. (2018b). Om demens. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Kognitive symptomer* (s. 29-41). Aldring og helse-akademisk.

Eriksen, S. (2015). Menneskets psykososiale behov. I E.K. Grov, & I.M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 887-907). Cappelen Damm Akademisk.

Gleditsch, R.F. (2020, 3. juni). *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. SSB.  
[https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn?fbclid=IwAR2h8sPHdr6wBnGrxU4RBwy49IY98ZBQI0zx4JUf-p\\_BVqvG7907AEug5WA](https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn?fbclid=IwAR2h8sPHdr6wBnGrxU4RBwy49IY98ZBQI0zx4JUf-p_BVqvG7907AEug5WA)

Hanssen, I. (2016). Sykepleie i et flerkulturelt samfunn. I N. J. Kristoffersen, F.

Nortvedt, E. Skaug, G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 81-103). Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2020). *Demens: nasjonal faglig retningslinje*.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>

Helsedirektoratet (2017). *Kartlegging av vold mot helsepersonell og medpasienter*.

(Rapport IS-2618). <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og->

[medpasienter/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter .pdf/](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf) /attachment/inline/15d0b938-d175-4779-b2fd-

[4584b150090b:c4424b37dce76b14ce86388aa8c25a1e5c77a8bf/Kartlegging%20av%20vold%](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf)

[20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/kartlegging-av-vold-mot-helsepersonell-og-medpasienter/Kartlegging%20av%20vold%20mot%20helsepersonell%20og%20medpasienter.pdf)

Helse- og Omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. (Publikasjonskode: I-1205 B).

<https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m. v.* (LOV-1999-07-02-64).

Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. (2016a). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 122-144). Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2016b). Personsentret og individualisert sykepleie. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 106- 121). Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, Ø. (2018). Å forstå nevropsykiatriske symptomer. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 260-275). Aldring og helse Akademisk.

Kristoffersen, N.J. (2016). Sykepleiefagets teoretiske utvikling: en historisk reise. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E. Skaug, G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie Bind 3: Pasientfenomener, samfunn og mestring* (3. utg., s. 15-80). Gyldendal Akademisk.

Lichtwarck, B., Selbaek, G., Kirkevold, Ø., Rokstad, A. M., Benth, J. S., Lindstrøm, J.



- C. & Bergh, S. (2018). Targeted interdisciplinary Model for Evaluation and Treatment of Neuropsychiatric Symptoms: A Cluster Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(1), 25-38.
- NSF (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund.  
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Næss, G., Søvde, Å. K., & Wang-Hansen, M. S. (2019). *Akutt syke eldre som kommer til sykehus Hva kjennetegner deres helsetilstand og behovet for helsehjelp?* (Rapport). Universitetet i Sørøst-Norge.  
[https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Akutt\\_syke\\_eldre\\_som\\_kommer\\_til\\_sykehus\\_rapport\\_2019.pdf](https://www.aldringoghelse.no/ah-archive/documents/Akutt_syke_eldre_som_kommer_til_sykehus_rapport_2019.pdf)
- Orlando, I. J. (1995). *Det dynamiske forhold mellom sygeplejerske og patient*. Munksgaard.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV 1999-07-02- 63)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Petty, S., Dening, T., Griffiths, A. & Coleston, D. M. (2020). Meeting the emotional needs of hospital patients with dementia: a freelisting study with ward staff. *The Gerontologist*, 60(1), 155-164. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1093/geront/gny151>
- Ranhoff, A.H. (2016a). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 225-237). Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A.H. (2016b). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 79-91). Gyldendal Akademisk.
- Rokstad, A.M.M. (2021). *Se hvem jeg er!: Personsentrert omsorg ved demens* (2. utg.) Universitetsforlaget.
- Rokstad, A.M.M. & Røsvik, J. (2018). Personsentrert omsorg. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 300-314). Aldring og helse Akademisk.
- Romøren, T.I. (2016). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 29-38). Gyldendal Akademisk.
- Røsvik og Rokstad (2020). What are the needs of people with dementia in acute

- hospital settings, and what interventions are made to meet these needs? A systematic integrative review of the literature. *BMC Health Services Research* 20(723). 1-20. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05618-3>
- Selbæk, G. (2018). Nevropsykiatriske symptomer ved demens. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 246-259). Aldring og helse Akademisk.
- Skovdahl, K. & Berentsen, V.D. (2016). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A.H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 408-437). Gyldendal Akademisk.
- Stiftelsen Silviahemmet (u.å.). *About Silviahemmet: Welcome to Stiftelsen Silviahemmet*. <https://www.silviahemmet.se/about-silviahemmet-5/>
- Somatisk sykehus.(2019, 21.januar). I *Store medisinske leksikon*. [https://sml.snl.no/somatisk\\_sykehus](https://sml.snl.no/somatisk_sykehus)
- Tangen, G.G. (2018). Motoriske symptomer. I K. Engedal & P.K. Haugen (Red.), *Demens: sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 42-27). Aldring og helse akademisk.
- Tay, F. H. E., Thompson, C. L., Nieh, C. M., Nieh, C. C., Koh, H. M., Tan, J. J. C., & Yap, P. L. K. (2018). Person-centered care for older people with dementia in the acute hospital. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*, 4, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.trci.2017.11.003>
- Thidemann, I. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Universitetsforlaget.
- WHO (2020). *Dementia*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia?fbclid=IwAR1Q0sjE4CYMxUP1W\\_9swsujvzEVT5fam7CQFIh-BKVclIEbze2U\\_Oaql8](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia?fbclid=IwAR1Q0sjE4CYMxUP1W_9swsujvzEVT5fam7CQFIh-BKVclIEbze2U_Oaql8)
- WHO (u.å.). *Our work in Singapore*. World Health Organisation. <https://www.who.int/singapore/our-work>

## Vedlegg

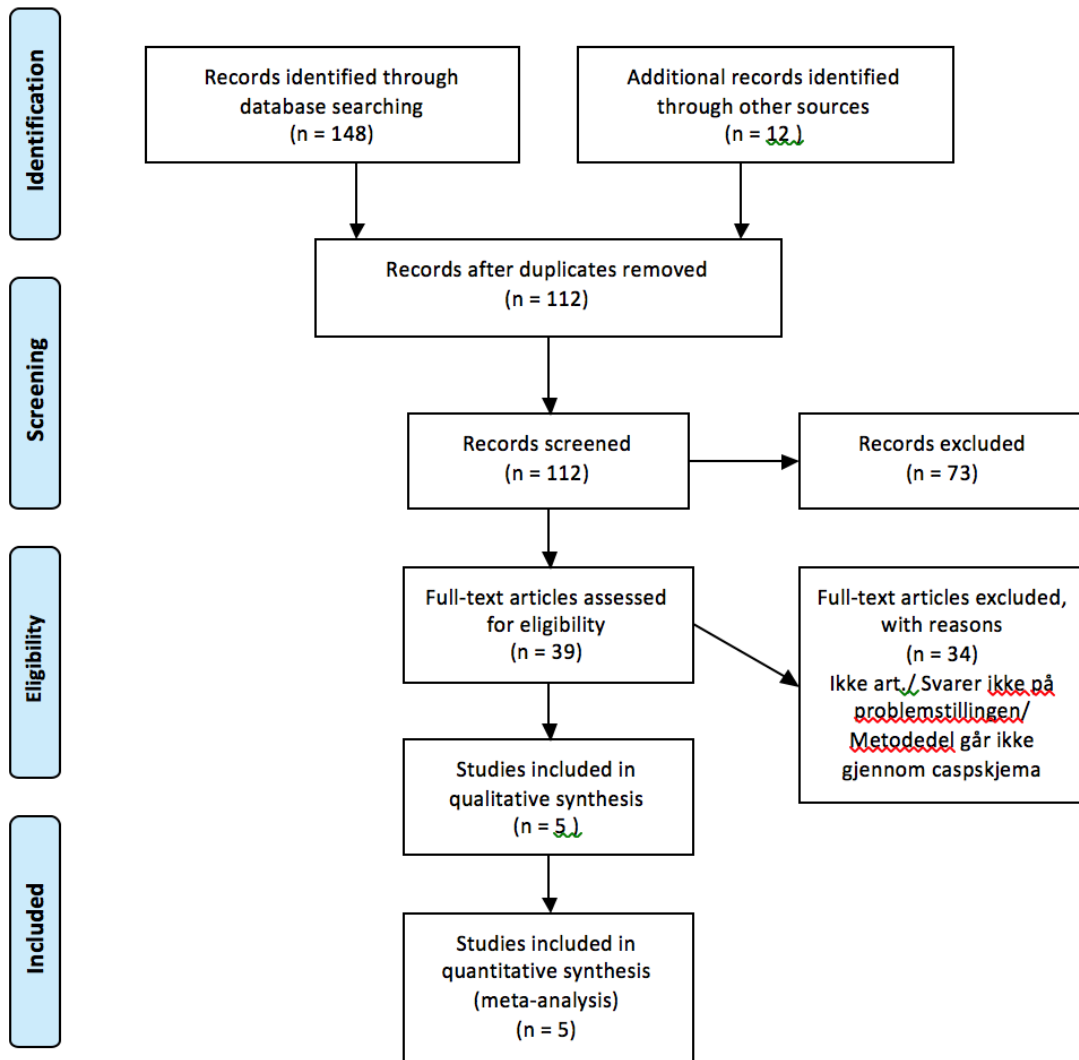
### 1. Søkehistorikk i innledende søk

Person	Problem	Interventions	Outcome
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient</li> <li>• Inpatient</li> <li>• Hospitalized patients</li> </ul> <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nurse</li> <li>• Health care professionals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dementia</li> <li>• Alzheimer disease</li> </ul> <p>AND</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Workplace violence</li> <li>• Violence</li> <li>• Aggressive</li> <li>• Agitation</li> <li>• Challenging behavior</li> <li>• Aggressive behavior</li> <li>• Problem behavior</li> <li>• Violent behavior</li> <li>• Acting out</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Use of sedatives</li> <li>• Tools</li> <li>• Interventions</li> <li>• Hospitalization</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduce</li> <li>• Holistic nursing</li> <li>• Holistic care</li> <li>• Managing</li> </ul>

## 2. Søk og resultat

Database	Dato	Søkestreng	Antall treff
Cinahl	24/2	Dementia OR Alzheimer AND Person centered OR Person centred OR Person-centered OR Person-centred AND Agitation OR Aggression OR Aggressive	41
Medline	24/2	Dementia OR Alzheimer AND Person centered OR Person centred OR Person-centered OR Person-centred AND Agitation OR Aggression OR Aggressive	55
Cochrane	24/2	Dementia OR Alzheimer AND Person centered OR Person centred OR Person-centered OR Person-centred AND Agitation OR Aggression OR Aggressive	52

### 3. Flytskjema



## 4. Litteratormatrise

Forfatter/År II	Studiedesign	Utvalg/størrelse	Intervensjon	Kommentarer	Funn	Konklusjon	Relevans/overføringsverdi
Petty et al., 2020	Kvalitative intervjuer	47	Kvalitative spørreskjema	Hele gruppen av ansatte ved en sykehusavdeling for demenspasienter i UK	<p>Informantenes svar på følgende spørsmål:</p> <p>Hvordan legge merke til emosjonelt ubehag</p> <p>Grunner til emosjonelt ubehag</p> <p>Hvordan respondere på emosjonelt ubehag</p> <p>Respons til emosjonelt ubehag, som ser ut til å virke.</p>	<p>Agitasjon bør forstås som meningsfull adferd som et uttrykk for et følelsesmessig ubehag.</p> <p>Det er utfordrende å implementere PSO i en praktisk hverdag.</p> <p>Laget en forslagsliste på mulige møter å gjenkjenne/forstå /respondere på emosjonelt ubehag hos pasienter med demens</p>	<p>Samme målgruppe som vår oppgave.</p> <p>Praktisk løsning på PSO</p>
Tay et al., 2018	Naturalistisk kohort studie	Intervensjonsgruppe: 170 Kontrollgruppe: 60	PSO ved en geriatriksykehusavdeling for demente.	<p>Utvelgelsen er ikke «blindet»</p> <p>Det er personellet ved de respektive avdelingene som utfører testene, både for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen</p>	<p>Signifikant nedgang i agitasjon i intervensjonsgruppen. Ikke signifikant nedgang hos kontrollgruppen.</p> <p>Økning i livskvalitet hos begge grupper</p> <p>Det er ekstra utgiftene ved innføring av PSO, men intervensjon er likevel kostnadseffektiv grunnet helsegevinst og korter liggetid</p> <p>Signifikant</p>	Både de kliniske og økonomiske resultatene støtter innføring av PSO i sykehusavdeling for pasienter med demens.	<p>Samme målgruppe som vår oppgave. Studiet er utført i Singapore. WHO definerer Singapores helsetjenester som rimelige og lett tilgjengelig for innbyggerne, slik som i Norge.</p>

					nedgang i ADL ferdigheter i intervensjonsgruppen. Ikke signifikant nedgang hos kontrollgruppen		
Ballard et al., 2018	Klynge RCT	Intervensjon: 404 Kontroll gr.: 443	PSO til beboere med ved sykehjem i UK, som møtte kriteriene for inkludering og demens; skår 1 eller høyere (Clinical dementia rating)	847 sykehjemsbeboere med demens i UK, randomiser til intervensjon og kontrollgruppe.  Frafall i begge grupper, pga høy dødelighet hos pasgruppen. Tilførsel av 94 pas i intervensjonsgruppen og 110 i kontrollgruppen. Totalt gjennomførte 351 pas i intervensjonsgruppen 406 i kontrollgruppen	Signifikant forbedring i livskvalitet hos intervensjonsgruppen sml. med kontrollgruppen  Signifikant reduksjon i agitasjon hos intervensjonsgruppen sml. Kontrollgruppen  Signifikant forbedring generelt i NPS hos intervensjonsgruppen sml. Kontrollgruppen  Ingen reduksjon i bruk av antipsykotiske medikamenter hos intervensjonsgruppen sml. med kontrollgruppen  Ingen signifikant forbedring hos intervensjonsgruppen ihht smerte, forverring, , udekkede behov, humør, Signifikant forbedring av positiv interaksjon mellom pas og helsepersonell, sml. med kontrollgruppen  Forbedringen er aller størst i pas med moderat til alvorlig demens.	Resultatene antyder at den PSO intervensjonen studien benyttet har en positiv effekt på livskvalitet, agitasjon og generelt på NPS. Den er en kostnadseffektiv , og enkelt kan innføres i sykehjem.	Samme pasientgruppe som vår oppgave.

Lichtwarck et al., 2018	Enkelt blindet klynge RCT	Intervensjon: 104 Kontrollgruppen: 125	PSO ved 17 sykehjem i Norge som møtte kriteriene for inkludering demens; skår 1 eller høyere (Clinical dementia rating)	Studiet benytter en intervensjon som bygger på prinsipper og teori fra PSO, og prinsipper fra kognitive terapi. Hos ca. 90 % av alle deltagerne ble diagnose bekreftet.  Alvorlig demens i mer enn 70 % av tilfellene.	Ved måling av agitasjon etter 8 uker, var reduksjon signifikant i kontrollgruppen, og intervensjonsgruppen. Målt ved 12 uker, reduseres agitasjonen ytterligere i intervensjonsgruppen, mens det i kontrollgruppen tiltar. Intervensjonsgruppen viste signifikant forbedring vrangforestillinger og manglende hemninger	Implementeringen av intervensjonen resulterte i signifikant reduksjon av agitasjon hos sykehjemsbeboere med demens	Samme pasientgruppe som vår oppgave
Røsvik & Rokstad, 2020	Systematisk oversiktsartikkel; med søk i Pubmed, Ovid Medline, Cinahl, Embase, Swemed + og Cochrane. Ved bruk av kvalitetsverktøy MMAT(inkludert studier med min.2)	27 artikler: 12 beskriver behov/erfaring ved kvalitativ metode. 15 beskriver intervensjoner: 2 er kvalitative 3 brukte miksmetode, 10 var kvantitative, hvorav to var RCT, 8 var observasjonsstudier. 5 ulike intervensjoner ble identifisert. 3 intervensjoner kunne påvirke			Studiet finner at PSO kan redusere agitasjon hos pasienter med demens, men at det ikke alltid er lik oppfatning om enkelttiltakene i intervensjonene har positiv innvirkning på pasientene. Intervensjonene er totalt sett kostnadsbesparende, og intervensjonen PSO har flere positive resultater utover reduksjon i agitasjon. De finner at det er behov for mer kunnskap om tema PSO blant helsepersonell for å utøve "best practice".	Resultatene trekker i retning av at personalet trenger mer kunnskap om PSO og demens. Intervensjoner som øker kunnskapen til personalet om dette viste lovende resultater.	



		personalets kunnskap om PPC og demens. En intervensjon ble opplevd som positiv mht organisering av demensomsorg. Ingen av studiene svarte på....					
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

## 5. Styrker/Svakheter i artiklene

Studie	Styrker	Svakheter
Petty et al., 2020	Kvantitativt studie- personell viser en bred forståelse for hvordan de oppfatter emosjonelt ubehag kan komme uttrykk hos denne pas gruppen. Kommer med konkrete og gjennomførbare tiltak til en avdeling ved sykehus. Lager en «mal» for gjenkjenning og mulige tiltak for å reponere og støtte pasienten. Inkluderer hele personalgruppen i undersøkelsen, gir en tverrfaglig bredde.	<p>Dette er hva respondentene svarer de gjør/ ville gjort, men det er ikke sikkert at dette samsvarer med praksis.</p> <p>Dette gjelder en sykehusavdeling, er den overførbar utover denne avdelingen?</p>
Tay et al., 2018	Gir en helhetlig fremstilling av tiltakene rettet mot pasienten, begrenser invalide intervensjoner, tilrettelegger for selvstendighet hos pasientene, flerfoldig tilbud. Inkluderer pårørende i behandling	<p>Pasienter som i stor grad trenger hjelp til pleie og ivareta basale behov ekskluderes.</p> <p>Utvelgelsen av deltagere til intervensjon er ikke randomisert, dette kan påvirke grunnlaget for sammenligning</p>
Ballard et al., 2018	Stor størrelse, mange deltakere, gir god relevans. Studiet går over lang tid, og gir med det god evidens. Forfatterne gir god innsikt i analysene av de ulike delene av studiet. Studiet gir gode forklaringer på implementeringen av intervensjonen på et organisatorisk nivå.	Beskriver lite hva som inkluderes i begrepet PSO, og få eksempler på enkelttiltak som inkluderes.
Lichtwarck et al., 2018	Et randomisert kontrollert studie gir mye data å gå utfra, og å teste intervensjonen etter. Bredt spekter av deltakende institusjoner. Bruker valide verktøy og instrumenter. Etterprøver og bekrefter at 90 % av deltagere fyller kriteriene til demensdiagnose Demografisk et bredt utsnitt av sykehjem over større deler av Norge.	<p>I dette studiet måles ikke langtidseffekten av intervensjon som har en varighet på 3 måneder.</p> <p>Studien krevde ikke en demens diagnose, men «screenet» etter CDR.</p> <p>Sykehjem som avsto deltagelse, ble ikke videre undersøkt.</p>
Røsvik & Rokstad, 2020	Studiet får samlet mye data gjennom metoden sin. Drøfter mer styrker og svakheter ved PSO, gir leseren i større grad et nyansert syn på intervensjonen.	Presenterer i resultatene samme tema eller overskriften gjentatte ganger. Dette gjør det vanskeligere å samle resultatene og videre sammenligne de.