



Fordypningsoppgave

VAE705 Aldring og eldreomsorg

Forebygging og behandling av utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem.

Preventing and treating challenging behaviour among residents with dementia in nursing homes.

Ingunn Haukås

Totalt antall sider inkludert forsiden: 44

Molde, 21. mai 2010



Høgskolen i Molde

Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Forebygging og behandling av utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem.

Tittel på engelsk: Preventing and treating challenging behaviour among residents with dementia in nursing homes

Forfatter(e): Ingunn Haukås

Fagkode: VAE705

Studiepoeng: 12

Årstall: 2010

Veileder: Else Lykkeslet

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 12.05.2010

Antall ord: 9998

SAMMENDRAG

Atferdsmessige symptomer er ofte en del av sykdomsbildet hos personer med demens og er belastende for personen selv, pårørende, andre beboere og personalet.

I min praksis ved skjermet enhet for personer med demens er det ofte forekomst av utfordrende atferd. Hensikten med denne litteraturstudien var å kartlegge metoder innen miljøbehandling for å forebygge og behandle utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem. Samtidig ville jeg belyse hvilke utløsende faktorer som er tilstede ved utfordrende atferd, fordi det er et viktig element i det forebyggende arbeidet.

I min studie har jeg brukt 10 forskningsartikler fra de siste 5 årene som alle sier noe om temaet, samt annen aktuell litteratur.

Funn viser at udekte behov, samt personalets atferd er fremtredende faktorer som kan utløse utfordrende atferd. Det er viktig å finne årsaken til atferden, og det må foretas en bred kartlegging og vurdering. Dette er avgjørende for å utarbeide spesielt tilpasset intervensjoner og vite når de skal settes inn. Personalet må ha en helhetlig tilnærming i forebygging og behandling av utfordrende atferd. Både generelle miljøtiltak og spesifikke intervensjoner kan redusere utfordrende atferd, og disse kan også brukes i det forbyggende arbeidet.

Nøkkelord: demens, utfordrende atferd, forebygge, behandle, miljøterapi.

ABSTRACT

Behavioral symptoms are often a part of the syndrome within a person who suffers from dementia. The behaviour is strain for the person himself, his relatives, other residents and the staff.

In my practice at the special care unit for persons with dementia, there is often occurrence of challenging behaviour. The aim of this study of literature was to map methods within environmental therapy to prevent and treat challenging behaviour with residents who suffer from dementia. I also wanted to throw light on possible factors which may provoke behaviour like this, because this is important for the preventive work. I have been using ten articles from research work that has been done during the past five years, as well as other literature.

The research discovers that both unmet needs within the person himself and the staff's behaviour, are riskfactors that influence the possibility of challenging behaviour. It is important to search for underlying reasons to the behaviour, therefore a wide mapping and assessment have to take place. This is of vital importance in the preparation of special adjusted interventions and for the knowledge of the right time to start the interventions. The staff need to have a comprehensive approach in prevention and treatment of challenging behaviour. Both general and individualized interventions can reduce challenging behaviour, and they can also be used in the preventive work.

Keywords: dementia, challenging behaviour, prevent, treatment, environmental therapy.

Livets høst

Jeg er lik et tre!

Lik treet ble jeg også til ved et frø.

Lik treet fikk jeg mange sår, men vokste videre,
mer motstandsdyktig, mer hårdhudet, men også myk.

Lik treet fikk jeg også rynker etter hvert.

Lik treet om høsten mister jeg nå blader.

Blader som forteller hvem jeg er, hva jeg er,
erfaringer jeg har gjort, viten, hvem jeg er glad i.

Lik treet om høsten, føler jeg meg også tom, ribbet,
fattig, uten blader.

Livet mitt ”faller av”.

Uten blader, intet liv, sier du vel.

Men du som ser meg, kjenner meg.

Vit at som treet gjemmer på livskilden i sitt indre,
har også jeg en livskraft, et hjerte som føler.

Jeg blir fortsatt glad, redd, sint, trist.

Jeg føler og lever, men kun i øyeblikket.

Der ligger forskjellen på deg og meg.

Vær så snill, øyeblikkene er det eneste jeg har.

Del det med meg!

(Solheim 2009, 17)

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	1
1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven	1
1.3 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	2
2.0 DEMENS	2
2.1 Symptomer og ulike former for demens	3
3.0 UTFORDRENDE ATFERD	4
3.1 Forekomst.....	4
3.2 Symptomer	5
3.3 Forebygge og behandle – helsepersonells funksjon.....	5
4.0 MILJØTERAPI	6
4.1 Personorientert miljøterapi.....	7
4.2 Generelle og spesifikke tiltak.....	9
5.0 METODE	10
5.1 Datainnsamling	10
5.2 Kvalitetsvurdering.....	11
5.3 Dataanalyse	11
6.0 RESULTAT	12
6.1 Faktorer som kan utløse utfordrende atferd	12
Udekte behov	12
Personalets kompetanse og atferd	13
6.2 Forebygge og behandle utfordrende atferd	14
Kartlegging og vurdering	14
Helhetlig tilnærming	15
Ulike spesifikke intervensjoner.....	15
7.0 HVORDAN KAN HELSEPERSONELL FORBYGGE OG BEHANDLE UTFORDRENDE ATFERD HOS PERSONER MED DEMENS I SYKEHJEM VED BRUK AV MILJØTERAPI? HVILKE FAKTORER KAN UTLØSE UTFORDRENDE ATFERD?	17
Fremtredende faktorer ved utfordrende atferd	17
Hvordan forebygge og behandle utfordrende atferd	21
8.0 KONKLUSJON	26
LITTERATURLISTE	27
VEDLEGG	

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon og begrunnelse for valg av tema og problemstilling

Valg av tema har ikke vært enkelt ettersom det er mange interessante områder å fokusere på, men valget ble utfordrende atferd hos pasienter med demens. Jeg jobber ved en skjernet enhet for pasienter med demens og synes det er en spennende og utfordrende jobb. I min hverdag står jeg ofte overfor pasienter med ulike former for utfordrende atferd. Det kan være verbal utagering overfor andre pasienter eller helsepersonell, eller det kan være slag, spark og lignende. Det kan også være at pasienter stenger alle rundt seg ute og er helt utilnærmelig. Det vil som oftest bli prøvd med miljøterapi først, men jeg ser også at det av og til blir medikamentelle løsninger. Utfordrende atferd har konsekvenser for alle, både personen selv, pårørende, andre beboere og personalet. I en travel hverdag med nedbemanning av personell kan det lett oppstå utfordrende atferd hos beboerne. For å kunne forebygge utfordrende atferd, er det avgjørende å kjenne til de ulike risikofaktorene. I forhold til miljøbehandling kan det være delte meninger blant personalet, noen er tvilende til om dette har noe for seg. Da kan det være at miljøtiltak ikke blir fulgt opp på riktig måte og at en derfor ender opp med medisiner til slutt. Jeg vet at det har vært gjort en del forskning på utfordrende atferd og ikke-medikamentell behandling, og håper å finne gode artikler som belyser temaet.

Denne oppgaven gir meg mulighet til å gå i dybden av valgte tema og på den måten videreutvikle mine kunnskaper på området. En slik kunnskap vil kunne gjøre meg til en bedre hjelper i mitt daglige arbeid. Jeg håper også at oppgaven vil kunne rette mer fokus på betydningen av miljøterapi hos helsepersonell på sykehjemmet jeg jobber, samt gi oss ny kunnskap om ulike metoder for å forbygge og behandle utfordrende atferd.

Temaet er også i tråd med rammeplanen for videreutdanningens modul 3, hvor fokuset er pasienter med psykiske lidelser, med hovedvekt på pasienter med aldersdemens.

1.2 Avgrensning og presisering av oppgaven

Jeg har valgt å avgrense problemstillingen til å gjelde pasienter i institusjon. Jeg bruker også begreper demens og ikke aldersdemens, ettersom det er flere relativt unge pasienter med demens ved sykehjemmet hvor jeg jobber. Demens vil derfor inneholde både aldersdemens og alzheimer. Jeg vil også bruke betegnelsen helsepersonell og med det

mener jeg både sykepleiere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Dette fordi jeg ser på miljøterapi som en kontinuerlig prosess hvor alle ansatte ved avdelingen er deltagende. Både helsepersonell og personalet vil bli brukt synonymt i oppgava. APSD står for atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens og er mye brukt i litteraturen. APSD og utfordrende atferd vil bli brukt synonymt i oppgaven.

1.3 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien var å kartlegge metoder innen miljøbehandling for å forebygge og behandle utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem. For å kunne besvare dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

”Hvordan kan helsepersonell forebygge og behandle utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem ved bruk av miljøterapi?”

”Hvilke faktorer kan utløse utfordrende atferd?”

2.0 DEMENS

I følge Engedal (2008) er demens den hyppigste årsaken til at eldre i dag blir innlagt i sykehjem, og det er den fjerde hyppigste dødsårsaken hos eldre over 65 år. Forekomst av demens blant pasienter i vanlig sykehjem er anslått 75 til 80 prosent, og det ble antatt å være 65000 til 70000 personer med demens i 2008. Han påpeker også at studier viser at antall personer med demens øker i takt med antall eldre og at det i 2050 sannsynligvis vil være 150000 personer med demens i Norge. Det er ikke tegn på at demenssykdommer opptrer hyppigere nå, men økt levealder gjør at mange lever lenge nok til å få demens (Rokstad 2008, 27-45). Engedal definerer demens slik:

Demens er et hjerneorganisk syndrom og en fellesbetegnelse på en rekke sykelige tilstander som er kjennetegnet ved ervervet kognitiv svikt, svikt av emosjonell kontroll og sviktende funksjonsevne i forhold til dagliglivets funksjoner (Engedal 2008, 217).

2.1 Symptomer og ulike former for demens

Det finnes mange forskjellige typer av demens og i Engedal og Haugen (2004) er de klassifisert i 3 grupper, degenerative hjernesykdommer, vaskulær demens og sekundærdemens. Degenerative hjernesykdommer omfatter blant annet Alzheimer, frontotemporallappsdemens og demens ved Lewylegeme. Frontotemporallappsdemens karakteriseres først og fremst av endret atferd og disse endringene ses ofte lenge før de kognitive endringene. De atferdsmessige endringene kan være i form av interesseløshet, likegyldighet og motorisk treghet eller uhemmet sosial atferd som gjør at personen virker selvsentrert og psykopatisk. Det er som oftest den ukritiske atferden med bortfall av hemninger som fører til store problemer i sosiale sammenhenger og som er spesielt vanskelig for pårørende. Atferdsproblemene ved frontotemporallappsdemens har sammenheng med manglende styring og kontroll av handling og dette kan føre til irritasjon og aggresjon. Dette gjør at det kreves egne prinsipper for samvær med personer med frontotemporallappsdemens, hvor det legges spesielt vekt på grensesetting (Engedal 2008). Vaskulær demens er en fellesbetegnelse for demens der årsaken enten er betinget av hjerneinfarkt, skade eller sykdom i hjernens blodkar, eller av manglende surstoff til hjernen. Sekundærdemens er sykdommer hvor demens er ett av flere symptomer, og ikke nødvendigvis det mest i øyefallende. Årsaken kan blant annet være alkohol, hjernesvulster, hjerne- og hjernehinnebetennelser og hodeskader m.m (Engedal og Haugen 2004).

Ulike typer demens og ulike utviklingstrinn i demensforløpet vil gi forskjellige symptomer, men grovt sett kan man dele forandringer i tre hovedgrupper av symptomer: kognitive, atferdsmessige og motoriske symptomer (Engedal og Haugen 2004). Kognitive symptomer: Det viktigste kjennetegnet på demens er hukommelsesproblemer, men svekket oppmerksomhet, læring og språkevne er vanlige symptomer. Svikt i dagliglivet er noe som oppstår tidlig i demensutviklingen og dette gjelder bruk av gjenstander, husarbeid og matlaging. Psykologiske og atferdsmessige symptomer vil bli nærmere omtalt under utfordrende atferd. Motoriske symptomer: Muskelstivhet, styringsproblemer og balansesvikt er også områder som blir rammet ved demens. Etter hvert som demenssykdommen skrider frem, vil også sviktende kontrollmekanisme føre til inkontinens (Engedal og Haugen 2004).

3.0 UTFORDRENDE ATFERD

3.1 Forekomst

Atferdsmessige og følelsesmessige endringer er en del av symptombildet ved demenssykdom og omtales ofte som *atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens*, i norsk faglitteratur forkortet til APSD. Disse endringene er regelen snarere enn unntaket ved demens, og symptomene har en tendens til å øke etter hvert som sykdommen utvikler seg (Rokstad 2008, 180-204).

APSD er mest uttalt i midtfasen av sykdomsforløpet, med unntak av Lewy body-demens og frontallappdemens hvor en kan se APSD i en tidlig fase (Laake 2006). I en studie for å kartlegge forekomsten av atferdsforstyrrelser hos personer med demens i norske sykehjem, ble det funnet klinisk relevante psykiatriske og atferdsmessige symptomer hos 72 % av pasientene (Rokstad 2008, 180-204). Kirkevold (2004, 301-315) viser til APSD som et sett av symptomer og at fokus på symptomene gir fare for at en ikke behandler den bakenforliggende årsak, men kun symptomene. Videre sier Kirkevold at å betegne problemene som vanskelig atferd kan gjøre at årsaken blir plassert hos personen som har demens, selv om det kan være forhold i miljøet eller hos andre personer som skaper vansker. Han mener at ved å se på atferden som en utfordring, kan fokus rettes mot samhandling og andre miljøfaktorer. Ved å bruke betegnelsen utfordrende atferd understrekes det at løsningen ligger i forståelsen av selve atferden og at tiltakene går ut på å justere miljøfaktorer, endre pleierens atferd eller korrigere enkelte forhold hos personen selv. Rokstad (2008, 180-204) velger å bruke betegnelsen utfordrende atferd, for å understreke at de atferdsendringene som observeres, ikke er å betrakte som unormale eller avvikende. Hun mener atferdsendringene er forståelige reaksjoner på en endret livssituasjon som er påvirket av hjerneorganiske forandringer, endrede muligheter for livsutfoldelse og kommunikasjon, samt endret atferd hos personene i omgivelsene.

Kartlegging og vurdering er viktig i forhold til utfordrende atferd. Kirkevold (2004, 301-315) sier det er to hovedgrunner til å kartlegge og analysere utfordrende atferd hos personer med demens. Det er viktig å finne de bakenforliggende årsakene for å kunne velge de mest hensiktsmessige tiltakene. En god beskrivelse av atferden vil være et godt utgangspunkt for å evaluere effekten av de tiltakene som blir satt inn. Solheim (2009) stiller spørsmål om hvordan kartlegging fungerer i den praktiske hverdagen; kartlegges

det, eller blir tiltak prøvd ut etter impulsmetoden? Hun mener man ofte forholder seg til pasientens behov for hjelp på en usystematisk måte, noe som er både tidkrevende og energikrevende og kan medføre feilbehandling.

Det finnes flere forskjellige skalaer og registreringsskjemaer for å kartlegge utfordrende atferd (Engedal og Haugen 2004).

3.2 Symptomer

Symptomene ved utfordrende atferd deles inn i to grupper, psykiatriske symptomer og atferdsmessige symptomer. Vrangforestillinger er et av de hyppigste symptomene og omhandler blant annet at folk stjeler fra en, at huset som personen bor i ikke er hans hjem, at ektefellen er en annen eller at man er forlatt. Mange av personene med demens kan også ha perioder med hallusinasjoner og da som oftest synshallusinasjoner. Depresjon er også et av de vanligste symptomene ved demens. Angst kan være fremtredende gjennom hele sykdomsforløpet og kan gi seg utslag i gjentatte spørsmål, motorisk uro og redsel for å være forlatt (Kirkevold 2004, 301-315).

Agitert atferd er et mangfoldig og altomfattende begrep, definert som upassende verbal eller motorisk aktivitet som ikke blir oppfattet som direkte uttrykk for behov eller er et resultat av forvirring. Det kan være fysisk ikke aggressiv atferd i form av rastløshet, vandring, gjentatte av- og påkledninger, eller fysisk aggressiv atferd som dytting, spyting, klyping, slåing og biting. Agitert atferd kan også være av verbal karakter. Verbal ikke aggressiv atferd gir seg utslag i form av gjentatte setninger, klaging og negativisme, mens verbal aggressiv atferd ses som hyling, kjefting og sinneutbrudd. Døgnrytmeforstyrrelser ses ofte ved demens og har sammenheng med andre atferdssymptomer som rastløshet, vandring og irritabilitet (Kirkevold 2004, 301-315).

3.3 Forebygge og behandle – helsepersonells funksjon

De overordnede prinsipper for forebyggende helsearbeid går blant annet ut på å legge til rette for en best mulig helseutvikling, styrke motstandskraften mot forhold som kan true helsen, stimulere til fleksibel funksjonering, mestring og kontroll, samt å bidra til mest mulig livskvalitet (Ranhoff 2008, 137-147). Det forebyggende helsearbeidet for eldre består av 2 ulike aspekter. Det ene aspektet er forebyggende tiltak med tanke på at personen skal oppnå et langt liv med god funksjon og minst mulig sykdom, såkalt primærforebyggende helsearbeid. Dette består i å fremme en sunn livsstil, å forebygge

ensomhet, isolasjon og psykiske problemer, samt å forebygge spesifikke sykdommer, ulykker og skader. Kognitiv svikt gir nedsatt evne til problemløsning og risikovurdering. Dette kan gi ukritisk atferd som kan være risikofylt. Det andre aspektet består av tiltak for å bevare funksjon og livskvalitet hos skrøpelige og kronisk syke gamle, også kalt sekundær – og tertiærforebygging. Sekundærforebygging er tiltak som settes i verk etter at det har oppstått et symptom eller en situasjon, og har som mål å hindre nye hendelser. Tertiærforebygging er tiltak som settes i gang for å forebygge ytterligere negative konsekvenser av en allerede eksisterende sykdom. Det kan for eksempel være tiltak for å forebygge negative konsekvenser av demens, som utfordrende atferd (Ranhoff 2008, 137-147).

Forebygging av utfordrende atferd kanskje er den største utfordringen i forebyggende arbeid. Et godt psykososialt miljø i hensiktsmessige fysiske omgivelser, tilstrekkelige ressurser og et profesjonelt pleierteam er av stor betydning i forebyggingen. Men uansett hvor mye arbeid som legges i å forebygge utfordrende atferd og hvor gode miljøtiltak man har, vil det likevel oppstå situasjoner som er ekstra utfordrende for personalet (Kirkevold 2004, 301-315).

4.0 MILJØTERAPI

Miljøbehandling og miljøterapi brukes synonymt og kan defineres som en form for behandling som legger vekt på de terapeutiske prosessene som kan mobiliseres og iverksettes i det miljøet beboeren befinner seg i. Miljøbehandling innebærer en tilrettelegging av beboerens omgivelser, hvor en aktivt bruker forhold som virker inn på dagliglivet. For personer med demens er målet i første omgang å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressurser optimalt og bidra til å opprettholde selvstendighet lengst mulig (Rokstad 2008, 153-179). Engedal og Haugen (2004) omtaler at miljøbehandling har som mål å redusere negative følger av sykdommen og bidra til en kvalitativt bedre hverdag for de som er rammet.

4.1 Personorientert miljøterapi

Kitwood (2006) skriver om positivt personarbeid og viser til at flere former for positive interaksjoner er involvert i virkelig god demensomsorg. Han ønsker også å endre holdningene innen demensomsorgen fra vektlegging av sykdom til et sterkere søkelys på selve personen med lidelsen. Han utvider synet på demens til en kombinasjon av personlighet, livshistorie, helse, nevropati og sosialpsykologi, og mener at demensbildet hos den enkelte er resultatet av en kompleks interaksjon mellom disse fem hovedelementene.

Rokstad (2008, 340-350) sier at lederen er premissleverandør for den pleiekulturen som råder i enheten og at lederens holdninger og handlinger har stor betydning for den faglige standarden og for det menneskesynet som personalet har. Hun mener det må skapes en felles kultur for personsentrert omsorg hvor personalet deler de samme verdier og normer for samhandling med pasientene. Det er mange forhold som må ligge tilrette for å oppnå en slik felles kultur:

- Holdningen og bevisstheten om hva demensomsorg innebærer, må oppjusteres i alles bevissthet og på alle nivå. En felles forståelse er et nødvendig utgangspunkt for det videre arbeidet.
- En må etablere rutiner som sikrer at hver enkelt pasient blir sett som et menneske med unik bakgrunn, individuelle egenskaper og ressurser. Det er viktig med felles forståelse av behandling og omsorg som av stor betydning for sykdomsforløpet.
- Omsorgsgiverne skal ha oppdatert, gyldig og relevant kunnskap om pasientens fortløpende behov. Derfor må det satses på kompetanse- og fagutvikling.
- Personer med demens er likeverdige medlemmer av menneskeheten og dette bør komme til uttrykk i praksis. Omsorg vil si å bevare og utvikle den enkeltes personlighet, å tilrettelegge for trygghet i miljøet, samt møte grunnleggende behov og å gi fysisk omsorg. For å kunne gi et godt tilbud til personer med demens på alle nivåer, er det nødvendig å skape en omsorgskultur hvor disse faktorene er rådende (Kitwood 2006, Rokstad 2008, 340-350).

Rokstad (2008, 153-179) og Jakobsen (2007) viser til de fem avgjørende elementer i et terapeutisk miljø: trygghet, struktur, støtte, engasjement og gyldiggjøring.

Å skape *trygghet* i miljøet for personer med demens er en balansegang mellom behovet for å kompensere for sviktende funksjoner og idealet om ikke å legge større restriksjoner enn nødvendig på pasienten. Trygghetsbehovet kan kreve at beboere med forvirring og motorisk uro hindres i å gå ut, samtidig som terapeutisk tilrettelegging tilsier at omgivelser for vandring skal etableres på en trygg måte. Å sikre trygghet på det psykososiale nivå innebærer blant annet å forebygge uro og irritabilitet for å hindre utrygghet hos beboeren og de andre i miljøet. *Struktur* innebærer forutsigbarhet på flere områder, samt en plan for hvilke beboere som skal være hvor til hvilken tid. Struktur gir også holdepunkter for døgnrytme og aktivitetsplan for dagen. Opplevelse av *støtte* bygger på relasjoner hvor beboeren føler omsorg og forståelse. Målet med støtten er å redusere angst og samtidig bidra til opplevelse av tillit, trygghet og egenverdi. *Engasjement* innebærer at en lar beboeren få delta aktivt i omgivelsene og samhandle med miljøet. Noen kan trenge hjelp for å få til en sosial interaksjon og da vil personalet ha en viktig rolle som tilrettelegger. *Gyldiggjøring* innebærer å forsterke beboerens individualitet, samt å bygge toleranse for avvikende atferd og sviktende funksjon. Utfordrende atferd må ikke ignoreres, avfeies eller stemples som avvik eller problemer, men forstås som uttrykk for og forsøk på kommunikasjon fra beboerens side. Utfordringen er å forstå hva som ligger bak beboerens uttrykk og imøtekomme det behovet (Rokstad 2008, 153-179, Jakobsen 2007).

Holthe (2007, 164-198) deler miljøet omkring oss i det sosiale og det fysiske miljøet. Det fysiske miljøet er statisk og dreier seg blant annet om rammer av vegger, tak og gulv, lys, akustiske forhold og luftkvalitet. Det sosiale miljøet er dynamisk og påvirkes av hvem som er til stede. Videre beskriver Holthe flere faktorer som bidrar til terapeutiske mål for miljøbehandlingen og bruker en modell for å illustrere det. Den modellen er bygd på 4 aspekt omfatter personer med demens, fysiske omgivelser og sosial kontekst som samhandlingsmønstre, rutiner og relasjoner, samt kompetanse og holdninger hos personalet. Det siste aspektet er organisatorisk forhold som går på ledelse, omsorgskultur og målsetting. Personene med demens, beboerne, har en progredierende lidelse og utgjør derfor en faktor som vil endre seg. Fordi beboerne vil endre seg, må også den sosiale konteksten endre seg. Personalet er nøkkelpersoner for det sosiale miljøet og samhandlingsmønstre og relasjoner vil endre seg etter hvem som er på jobb og hvilken kompetanse og motivasjon de har for å gjøre en god jobb. Organisatoriske forhold vil også ha betydning for miljøbehandlingen i og med at holdninger i øverste ledelse virker nedover

i systemet. Lederens holdninger påvirker både personalgruppen og omsorgskulturen på institusjonen (Holthe 2007, 164-198).

4.2 Generelle og spesifikke tiltak

James et al. (2008a, 2008b) har utarbeidet en oversiktsartikkel i to deler som viser til ulike former for ikke-medikamentell behandling av utfordrende atferd. Her deles tiltakene inn i to grupper, generelle tiltak og utformingsledet tiltak. De generelle tiltakene er utviklet for å skape en atmosfære og et miljø som tar sikte på å fremme trivselen hos beboerne. Det er antydning at å bedre beboerens generelle nivå av tilfredshet, bidrar til å bedre humøret, samt redusere angst og forekomst av utfordrende atferd.

Av generelle tiltak kan det nevnes realitetsorientering, validering og reminisens.

Psykomotorisk terapi består blant annet av ballspill, multisensorisk stimulasjon og miljømessig tilrettelegging, samt alternativ terapi i form av aroma, musikk og tøy dukker/leker (James et al. 2008a). Den andre gruppen bestående av utformingsledet tiltak, blir vanligvis brukt når et problem allerede har blitt diagnostisert (depresjon eller angst) eller observert (agitasjon, roping, vandring). Tiltakene er da rettet mot problemet eller årsaken til problemet. James et al. (2008b) går nærmere inn på atferdsterapi og behovsleddet terapi, også kalt personfokuset tilnærming. Atferdsterapi krever en detaljert vurderingsperiode med identifisering av triggere, atferd og forsterkere, samt sammenheng mellom disse. På bakgrunn av analyseresultatene vil det bli utarbeidet tiltak. Behovsleddet terapi er basert på to typer informasjon. Den ene er bakgrunnsopplysninger om blant annet kognisjon, helse og personlighet. Den andre er helhetlig beskrivelse av episoder med utfordrende atferd. Ved å samle disse to informasjonstypene er man bedre rustet til nøyaktig å kunne identifisere personens behov (James et al. 2008b).

Rokstad (2008, 180-204) påpeker at tiltak må bygge på informasjonshenting og en antagelse om hva som ligger til grunn for atferden og beskriver noen tiltak som kan forebygge og moderere utfordrende atferd. Utfordrende atferd som har sammenheng med frontotemporallappdemens krever spesielle prinsipper for miljøbehandling og gjør det nødvendig å satse spesielt på opplæring og veiledning av personalet. Somatiske sykdommer og plager er ofte sterk medvirkende årsak til utfordrende atferd og vurdering av smerte vil være viktig. Hos personer i sen fase av demenssykdommen vil det være nødvendig med observasjonsbaserte smertevurderingsmetoder.

5.0 METODE

I følge Dalland (2000) er metode en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Dette er en litteraturstudie hvor jeg bruker funn fra nyere forskning, samt annen relevant teori for å belyse temaet.

5.1 Datainnsamling

For å kunne belyse problemstillingen valgte jeg å ta med teori om demens, utfordrende atferd og miljøterapi. Noe av teoritilfanget er fra pensumlitteraturen, men noe er selvvalgt litteratur som kommer fra en oversiktsartikkel og fra fagbøker på arbeidsplassen min.

Ett av kravene til denne oppgaven var at den skulle inkludere minimum 5

forskningsartikler og da måtte det foretas litteratursøk i forskjellige databaser. De første litteratursøkene ble gjort allerede i mai 2009, men ettersom jeg har endret tema og problemstilling underveis, vil ikke disse bli presentert her. Hovedtyngden av litteratursøk har skjedd i perioden september 2009 til mars 2010. Søk i databaser har vært den største

utfordringen med oppgaven, og mye prøving og feiling i starten medførte stor frustrasjon. Først måtte jeg finne passende søkeord, samt søkekombinasjoner. Jeg brukte søkeord som

dementia or alzheimer, nursing home or residential care, behaviour or behavioral, BPSD, environment, treatment. Mellom synonymord brukte jeg or, ellers ble det brukt and. I tillegg til demens og alzheimer var atferd og APSD hovedsøkeord i SweMed+.

De ulike søkekombinasjonene kunne gi ulik mengde treff, fra flere tusen og ned til et par. Ved høyt antall treff ble det lagt til ytterligere en kombinasjon for å prøve å begrense mengden artikler.

Ovid og ProQuest var de databasene som ble mest brukt. Disse databasene var tilgjengelig på bibliotekets sider og inneholdt informasjon om helse og medisin. Etter å ha fått et visst antall treff, måtte jeg gå gjennom listen for å prøve å finne passende artikler.

Jeg så først om overskriften kunne settes i sammenheng med mitt tema. Når den gjorde det, las jeg sammendraget og deretter hele artikkelen hvis den virket interessant. Artikler som jeg ville gå nærmere gjennom ble skrevet ut. Artikler som ikke fantes i fulltekst ble

bestilt enten på biblioteket eller fra andre bibliotek. Ved en anledning brukte jeg også "find similar" for å finne en oversiktsartikkel nr 2 som jeg skulle bruke i teoridelen. Manuelt søk ble også foretatt flere ganger, både ut fra interessante titler i litteraturlister og etter tips fra forelesere om aktuelle forfattere.

Alle artiklene skulle være vitenskapelige og enten på norsk eller engelsk, og ikke være eldre enn 10 år. De skulle også omhandle enten

risikofaktorer eller behandling av utfordrende atferd hos personer med demens i sykehjem. Jeg satt til slutt igjen med 10 forskningsartikler, 3 kvalitative og 7 kvantitative, som jeg har valgt å bruke i min oppgave.

5.2 Kvalitetsvurdering

I kvalitetsvurderingen av artiklene har jeg tatt utgangspunkt i Willmans skjema (Willman, Stoltz og Bahtsevani 2006), et for kvalitative og et for kvantitative studier. Se vedlegg 1 og 2. Disse skjemaene er skrevet på svensk, og selv om enkelte av ordene var vanskelig å forstå, har jeg hatt god nytte av dem. I vurderingen la jeg i første omgang vekt på at det var en tydelig hensikt og problemstilling. Teorigrunnlaget skulle være relevant i forhold til hensikt og problemstilling. Resultatet i artikkelen skulle være tydelig og godt fremstilt, samt svare på problemstillingen. Likeså skulle den ha en god drøfting, helst med hvilke konsekvenser resultatet hadde for praksis. Ethiske vurderinger ble også vektlagt. De fleste artiklene sier noe om etiske vurderinger og hensyn som har blitt gjort, men kun 3 av 10 artikler har blitt godkjent av etisk komité. På bakgrunn av disse vurderingene vil jeg si at samtlige artikler er av god kvalitet til bruk i min oppgave. Jeg har brukt graderingene god – middels – dårlig.

5.3 Dataanalyse

I følge Dalland (2000) er analyse et granskingsarbeid der utfordringen ligger i å finne ut hva materialet har å fortelle. Samtlige av mine artikler var på engelsk og måtte derfor oversettes til norsk først. Oversettingsarbeidet har ikke vært enkelt, mange av de engelske begrepene fantes ikke i ordlisten og dette kan være en mulig feilkilde. Etter oversettelsen gikk jeg gjennom alle artiklene for å finne ut hva hver enkelt av dem omhandlet. Jeg prøvde å plukke ut de viktigste funnene, de som sa noe om min problemstilling. Slik kom jeg fram til to hovedkategorier, risikofaktorer og forebygge og behandle. Deretter skrev jeg en kort sammenfatning av artiklene som jeg senere overførte til tankekart. Videre forsøkte jeg å se etter likheter og ulikheter, og kom da frem til ulike undertema som jeg overførte til nye tankekart. I resultatdelen presenterer jeg derfor artiklene samlet under de ulike temaene. Analysen har vært en tidkrevende jobb og det har vært fare for at jeg har sett meg blind på funnene og temaene. Jeg har derfor måtte ta igjen dette arbeidet flere ganger for å klare å systematisere det på en god måte. Under risikofaktorer er undertema udekte behov

og personalets kompetanse og atferd. Forebygging og behandling har undertema som kartlegging og vurdering, helhetlig tilnærming og ulike spesifikke intervensjoner. De ulike temaene skal nå kunne gi svar på min hensikt og problemstilling.

6.0 RESULTAT

Ut fra problemstillingen og funn fra forskningsartiklene har jeg kommet frem til to hovedkategorier, faktorer som kan utløse utfordrende atferd, samt forebygging og behandling av utfordrende atferd.

6.1 Faktorer som kan utløse utfordrende atferd

Udekte behov

Udekte behov kan utløse utfordrende atferd eller forverre atferd, noe som kan føre til nye udekte behov. Forestillingen om at atferd kan være et tegn på udekte behov har fått større støtte siden publiseringen av The Need-Driven Dementia-Compromised Behavior (NDB) model i 1996 (Hicks-Moore 2005). Denne modellen viser til bakgrunnsfaktorer og nærværende faktorer som mulige årsaker til atferdssymptom. Bakgrunnsfaktorer går blant annet på demografi, personlighetskarakteristikk, kognitive evner og helsestatus. De nærværende faktorene består av fysiologiske og psykologiske behov, samt fysisk og sosialt miljø (Whall et al. 2008). De faktorer som var forbundet med utfordrende atferd i sykehjem, viste at enkelte faktorer innenfor disse områdene kan fungere som risikofaktorer og ”triggere” til utfordrende atferd. Av bakgrunnsfaktorer var det kjønn, demensstadium og tidligere personlighetsprofil, sammen med total mengde nattesøvn som viste seg å være av betydning for om en beboer utviste utfordrende atferd under dusj (Whall et al. 2008). Sykehjemsbeboere med demens ofte får inadekvat smertebehandling og smerte kan medføre lavere aktivitetsnivå og sosialisering, samt økt depresjon og utfordrende atferd (Kovach et al. 2006, Chapman og Toseland 2007).

I avdelinger med høy forekomst av utfordrende atferd, er det funnet en høyere andel av beboere som trenger hjelp av 2 pleiere i morgenstell (Isaksson et al. 2009). En annen studie viser at hos beboere med lavere ADL funksjon, lavere språkfunksjon og motoriske evner er det høyere forekomst av atferdssymptomer (Edvardsson et al. 2008). Dusj var den pleiesituasjonen som tydeligst viste sammenheng med utfordrende atferd (Whall et al.

2008). Den samme studien viste at dusj er en pleiesituasjon som lett kan utløse engstelse og forvirring, spesielt hvis det blir gjort på en rask måte, noe som øker risiko for utfordrende atferd.

Personalets kompetanse og atferd

Ledelsesstil er av stor betydning for å redusere forekomst av utfordrende atferd. En leder kan undertrykke sine ansatte og fremme et miljø som kveler initiativ, åpenhet og fleksibilitet. Dette bidrar til stress, spenning og strid hos personalet, noe som igjen kan føre til utfordrende atferd hos beboere (Isaksson et al. 2009). Det er også viktig at avdelingen har en tilfredsstillende grunnbemanning. I avdeling med høy forekomst av utfordrende atferd var det funnet større hjelpebehov hos beboerne og lavere pleier – beboer forhold enn ved avdeling med lavere forekomst av utfordrende atferd. Personalets atferd er også av betydning for forekomst av utfordrende atferd hos beboerne. Manglende interesse og autoritære holdninger er knyttet til opplevelse av utfordrende atferd (Isaksson et al. 2009). Småerting og negativ oppførsel hos pleier var tydelig forbundet med utfordrende atferd hos beboer under dusj. Den negative oppførselen førte til en gjensidig negativitet hos beboeren og dermed en negativ vekselvirkning de imellom (Whall et al. 2008). Det er også funnet at sykepleieres respons på behov hos personer med demens kan bidra til å opprettholde eller forsterke en allerede endret atferd (Kovach et al. 2006). Denne studien viste også at sykepleiere som fikk opplæring i bruk av helhetlig tilnærming, brukte den nest minst av 4 ulike tilnærminger.

Forskning viser tydelig sammenheng mellom høy arbeidsbelastning, lavere jobbtildfredshet og økt forekomst av atferd. I avdelinger med høy kontra lav forekomst av utfordrende atferd var det hovedsaklig 5 faktorer som skilte gruppene: atferd indeks, psykiatrisk indeks, psykologisk arbeidsbelastning, fullstendig hjelp med påkledning og jobbtildfredshet. I sammenhengen mellom arbeidskarakteristikk hos personalet og forekomst av utfordrende atferd, er det funnet høyere forekomst av atferdssymptomer i enheter med høy jobb-belastning - sammenlignet med enheter med lav jobb-belastning (Edvardsson et al. 2008). En økologisk teori om aldring viser til atferd som et produkt av krav fra miljøet og hvilken grad av personlig kompetanse personen har for å møte de kravene. Hvis miljømessige krav overstiger personlig kompetanse vil feiltolkning kunne opptre og atferd vil derfor synes upassende. I avdelinger hvor personalet opplever omsorgsmiljøet som mindre positiv, er det funnet mer utfordrende atferd i form av verbal uro, vandring og rastløshet blant

beboerne (Edvardsson et al. 2008). Denne studien peker på at trivsel hos personalet har sammenheng med trivsel hos personer med demens i sykehjem. Den fysiske utformingen av miljøet synes å være av stor betydning for forekomst av utfordrende atferd. Store avdelinger med mange senger og lange korridorer kan knyttes til utfordrende atferd. Uoversiktlig areal gjør det vanskeligere for personalet å ha tilsyn med beboerne. Likeså vil overfylte rom, støy og mangel på privatliv kunne utløse utfordrende atferd. Det er også viktig å være klar over at personer med demens er spesielt sensitive for selv små endringer i miljøet (Isaksson et al. 2009).

6.2 Forebygge og behandle utfordrende atferd

Kartlegging og vurdering

Det er vanskelig å skille tydelig mellom forebygging og behandling, men det er viktig å kjenne til faktorer som kan utløse og tiltak som kan redusere utfordrende atferd. Når en beboer utviser utfordrende atferd må personalet prøve å finne årsaken til atferden. Områder som må vurderes er blant annet smerte eller ubehag, behov for stimulering eller sosial kontakt, kjedsomhet, uro eller opphisselse, feiltolkning av situasjonen, depresjon og hallusinerer (Cohen-Mansfield, Libin og Marx 2007). Kjedsomhet leder ofte til utfordrende atferd og er derfor viktig å forebygge (Buettner, Fitzsimmons og Atav 2006). For å utarbeide gode intervensjoner er det viktig å ta en systematisk analyse først. Finnes det underliggende behov? Beboerens livshistorie vil være til god hjelp; tidligere rolleidentitet, tidligere eller nåværende foretrekking, samt kognitive, motoriske og sensoriske evner og begrensninger. På bakgrunn av dette utarbeides behandlingsplan med intervensjoner (Cohen-Mansfield, Libin og Marx 2007, Buettner, Fitzsimmons og Atav 2006). Det er viktig å prøve å forstå etiologien i utfordrende atferd ut fra individuelle undersøkelser. Ulik utfordrende atferd har ulik etiologi og ulike fremgangsmåter for behandling (Cohen-Mansfield, Libin og Marx 2007). Medisinsk historie, mentale problemer eller symptomer og emosjonelle spørsmål er viktige bakgrunns-elementer i utarbeidelse av tiltaksplan. Også tidligere interesser blir brukt i å identifisere nye aktiviteter for å opprettholde og forbedre engasjementet (Chapman og Toseland 2007). I tillegg til å kartlegge type atferd er det også viktig å observere når tid på døgnet den aktuelle atferden utvises, dette med tanke på hvilket tidspunkt intervensjonene skal settes inn (Buettner, Fitzsimmons og Atav 2006). Det må også foretas vurderinger etter at

intervensjonene er satt i verk, for å se om ønsker atferd oppnås eller om det må endres intervensjoner. I en studie ble det funnet at beboerne mottok utilstrekkelige vurderinger i 97 % av tilfellene (Kovach et al. 2006).

Helhetlig tilnærming

Forskning viser også at bruk av avanserte omsorgsteam har god effekt på utfordrende atferd og smerte. Omsorgsteamet, bestående av blant annet sykepleier, lege, sosialarbeider og ernæringsspesialist, har en helhetlig tilnærming med fokus på medisinske spørsmål, meningsfulle aktiviteter, psykologiske problem og atferdsbekymringer (Chapman og Toseland 2007). Av flere forskjellige tilnærminger brukt i en annen studie vises det at bruk av helhetlig tilnærming i vurdering og behandling av utfordrende atferd har best effekt (Kovach et al. 2006). Den samme studien viser at den responsen som sykepleiere utøver på utfordrende atferd, er av stor betydning for om atferden reduseres, forblir uendret eller forsterkes. I en studie hvor en sammenlignet effekten av flere behandlingsformer, ble det funnet at plasebo-formen hadde god effekt i å redusere utfordrende atferd. Plasebo-formen besto av et 15 minutters båndopptak av et tema med begrenset interesse for mange beboere. Dette antyder at personer med utfordrende atferd responderer på menneskelig dialog, uansett om den er av personlig karakter eller ikke (Garland et al. 2007). I en annen studie ble det sett noe reduksjon av utfordrende atferd i kontrollgruppen også. Dette ble satt i sammenheng med omfattende screeningprogram og det antydes at den økende sosiale kontakten kan ha hatt en positiv innvirkning på beboernes atferd i form av redusert utfordrende atferd (Chapman og Toseland 2007).

Ulike spesifikke intervensjoner

Utfordrende atferd som utvises ved måltider har ofte sammenheng med at personalet forsøker å få beboere til å spise, enten veiledende eller ved konkret hjelp. Musikk har godt dokumenterte evner til å berolige og erstatte agitasjon og engstelse med stillhet og avslapping (Hicks-Moore 2005). Forskning viser også at musikk har effekt på utfordrende atferd hos personer med demens. Beroligende musikk spilt ved kveldsmat har vist seg å gi en mer harmonisk og avslappende atmosfære i spiserommet. Musikk kan bidra til mer glede, økt sosialisering og konversering, samt redusert rastløshet i form av at beboerne blir sittende lengre ved bordet etter at måltidet er ferdig (Hicks-Moore 2005). Studier viser at musikk som er kjent for de fleste og som inneholder en glad tekst kan ha effekt på både

negativ og positiv atferd. Negativ atferd i form av blant annet vandring, rastløshet, verbal uro kan reduseres samtidig som positiv sosial atferd forsterkes. Ikke alle viser seg å ha effekt av musikk, men for de som har effekt, er musikk et billig og enkelt tiltak (Ziv et al. 2007). Musikk står også sentralt i en studie hvor det blir sammenlignet flere behandlingsformer. Her viste musikk å gi reduksjon i utfordrende atferd og de forbedringene som inntraff under behandlingen var tydelig også 15 minutter etter. Verbal utfordrende atferd fortsatte å avta også *etter* at musikken stoppet (Garland et al. 2007). Andre intervensjoner også omtalt, for eksempel familiefilmer og bilder, bordspill, tøyleketøy, med mer. Slike intervensjoner gir beboeren engasjement i meningsfulle aktiviteter, noe som viser seg å gi økt fornøyelse og interesse, samt å redusere utfordrende atferd. Dette viser at systematisk bruk av individualiserte ikke-medikamentelle intervensjoner har effekt på utfordrende atferd. Forebygging, tilpassing og fleksibilitet er viktige element i intervensjonene som bør være tilpasset funksjonsnivået, enkle å gjennomføre og forankret i personsentrert omsorg (Cohen-Mansfield, Libin og Marx 2007).

Terapeutisk rekreasjonsintervensjoner (TRI) er individuelt utarbeidet med tanke på utfordrende atferd og har som mål enten å vekke eller roe beboeren, å skape en tilstand med våken oppmerksomhet uten forstyrrende atferd (Buettner, Fitzsimmons og Atav 2006). Et eksempel på terapeutisk rekreasjonsintervensjon kan være rullestolkjøring 30 minutt daglig, 5 dager pr uke i 2 uker for å roe agitert rullestolkjøring på ettermiddag. Forskning viser at TRI som er foreskrevet for å endre utfordrende atferd hos personer med demens har effekt. Det krever en grundig og fullstendig vurdering, samt en fint tilpasset intervensjon basert på tidligere interesser, aktuell funksjon, mål for atferden og tid på dagen når det er behov. Studien til Buettner, Fitzsimmons og Atav (2006) viser at intervensjoner som er utarbeidet på dette grunnlaget, demper utfordrende atferd når den er ment å dempe, samt vekker når den er ment å vekke.

Det har blitt utarbeidet en serie forsøksintervensjoner (STI) som anses å være en fornyende fremgangsmåte for å møte behov hos personer med demens. STI har tre kjernekomponenter: identifisering av atferdsendring, en rekke vurderinger og en rekke behandlinger. Funn viser at helhetlig vurdering etterfulgt av behandling har best effekt på utfordrende atferd. Bruk av ineffektive behandlinger og behandling uten vurdering er forbundet med gjentagelse av atferden (Kovach et al 2006).

7.0 HVORDAN KAN HELSEPERSONELL FORBYGGE OG BEHANDLE UTFORDRENDE ATFERD HOS PERSONER MED DEMENS I SYKEHJEM VED BRUK AV MILJØTERAPI? HVILKE FAKTORER KAN UTLØSE UTFORDRENDE ATFERD?

For å kunne forebygge og behandle utfordrende atferd, er det en forutsetning å kjenne de ulike risikofaktorene. Likeså vil en grundig kartlegging og vurdering være avgjørende for om vi lykkes med dette arbeidet.

Fremtredende faktorer ved utfordrende atferd

Når vi snakker om risikofaktorer ved utfordrende atferd må vi også ha demenssykdommen og symptomene med i tankene. Det har skjedd en endring i synet på utfordrende atferd de siste 10 årene, noe som har ført til mer fokus på atferdendring som et tegn på udekte behov eller mål. Både Whall et al. (2008) og Rokstad (2008, 180-204) omtaler bakgrunnsfaktorer og nærværende faktorer som medvirkende årsaker til utfordrende atferd. Enkelte av bakgrunnsfaktorene er det ikke mulig å endre, som for eksempel kjønn, demensstadium og personlighetstrekk (Whall et al. 2008).

Etter hvert som demenssykdommen utvikler seg og den kognitive svikten blir større, vil beboeren få større vansker med å forstå hva som skjer rundt seg. En person med demens vil ha vansker med rette oppmerksomheten mot flere ting samtidig, samt å holde oppmerksomheten rettet mot en ting over tid.

Dette gjør at personen ikke greier å skille mellom viktige og mindre viktige stimuli (Engedal og Haugen 2004). Dette vil være av betydning også i hjelpesituasjoner, som blant annet dusj.

En av de personlighetstrekk Whall et al. (2008) beskriver, går blant annet på redusert evne til å tilpasse seg andre tidligere i livet og hvor personen ofte har vært uenig med de rundt seg.

En beboere jeg har kjennskap til, hadde som hjemmeboende sterkt fokus på egne plager overfor nærmeste familie. Dette opplevdes som slitsomt for pårørende og de påpekte dette problemet når personen flyttet på institusjon. Hun fortsatte med denne fokuseringen av egne plager også et par år etter å ha flyttet på institusjon og hun utviste ofte utfordrende atferd i denne perioden. Så begynte det å avta gradvis, etter hvert som demenssykdommen skred frem. Kan det være at noen sterke personlighetstrekk blir ”dempet” etter hvert som demenssykdommen utvikler seg? Eller kan det være at personalet i denne perioden har

funnet ut hvilke faktorer som kan utløse hennes atferd og at forebygging og aktiv miljøterapi har hatt god effekt hos henne? Det kan også være en blanding av disse faktorene.

Nærværende faktorer er faktorer i det fysiske og sosiale miljøet. Det kan være av personlig art i form av trivsel, dagsform, nattesøvn og egen opplevelse av situasjonen. Alle disse faktorene har innvirkning på beboernes atferd (Whall et al. 2008). Dette er faktorer som personalet ofte kan gjøre noe med, og som vi derfor bør ha fokus på. Miljøet, både fysisk utforming og sosialt, er av betydning for forekomst av utfordrende atferd. Forskning viser at lange korridorer og uoversiktlige areal gjør det vanskelig for personalet å ha tilsyn med beboerne (Isaksson et al. 2009). Da er det et paradoks at nye sykehjem blir bygd med lange, smale korridorer når man tenker på at ca 80 % av sykehjemsbeboere ved somatisk avdeling har en demenssykdom. Det viser seg gang på gang at uheldig sammensetning av beboere under måltid kan utløse utfordrende atferd hos enkelte av beboerne. Vi ser også at noen beboere virker som triggere på hverandre. En beboer som søker bekreftelse og trygghet hos andre i form av fysisk kontakt, det å stryke på andre, kan oppleves som provoserende for mange.

Mye uro og støy vil kunne utløse utfordrende atferd (Isaksson et al. 2009). Et fjernsyn står på inne på et rom med åpen dør, det spilles musikk på dagligstua, en pleier prøver å snakke med en beboer med nedsatt hørsel og telefonen ringer. Når alt dette skjer i det samme rommet, er det klart at mange personer med demens blir engstelig, urolig og kanskje vil hjem. Dette vil oppleves som støy og med tanke på at mange ikke greier å gi verbalt uttrykk for sine behov, er det kanskje naturlig at det oppstår utfordrende atferd.

Smerter er også et udekt behov. Det viser seg at sykehjemsbeboere med demens ofte mottar inadekvat smertelindring og at smerter kan medføre utfordrende atferd (Chapman og Toseland 2007, Kovach et al. 2006).

Mange personer med demens har nedsatt språkfunksjon, enkelte har ikke verbalt språk igjen, mens noen kanskje ikke vet hva slags ord som skal brukes. Da er det ikke lett å kartlegge om det er smerter som er den underliggende årsaken til atferden. Jeg tror likevel at det ofte blir prøvd med smertelindring, både i form forsiktig håndtering av beboeren og bruk av analgetika. Det kan imidlertid være vanskelig å administrere legemidler til personer med alvorlig demens. Beboeren kan ha vansker med å forstå at tablettene skal svelges eller det kan være at enkelte ikke vil åpne munnen.

Mye tyder også på at personer med demens føler frykt i forhold til opplevelse av smerte, fordi de har vansker med å knytte smerteopplevelsen til en årsak. I tillegg til smerte, må man være oppmerksom på andre former for ubehag hos beboerne. Både tørst og sultefølelse gir ubehag som kan gi uro, det samme gjelder også for eliminasjon (Rokstad 2008, 180-204). Det er ikke uvanlig at obstopasjon eller en urinveisinfeksjon medfører uro og kraftig forvirring hos personer med demens.

Det synes å være en sammenheng mellom høy jobb-belastning, lavere jobbtfredshet og forekomst av utfordrende atferd (Edvardsson et al. 2008, Isaksson et al. 2009). En mulig tolkning av den høye forekomsten av atferdssymptomer i avdelinger hvor man opplever høy jobb-belastning, er at personalet som opplevde belastningene distanserer seg fra beboerne. Den utfordrende atferden blir da et uttrykk for beboernes usikkerhet i forhold til reserverte personell (Edvardsson et al. 2008). Jeg tror det kan være litt av begge deler. Det kan oppleves som belastende å jobbe med personer med langtkommen demens som har et stort hjelpebehov og nedsatt språkfunksjon. Når man jobber med personer med demens bør man til enhver tid være opplagt og fokusert, og slik er det ikke alltid. Uansett dagsform så må personalet være årvåken for å se etter tegn hos beboerne. Det kan være en bevegelse som sier at beboeren må på toalettet eller har smerter. Det kan være ”noe” ved kroppsholdningen som sier at beboeren føler seg oversett og som igjen kan medføre en periode med gråt hos denne personen. Dette er en del av min hverdag, og det er belastende å måtte være så til stede hele tiden. Av og til kommer en til kort i situasjoner, og det kan også oppleves belastende. En ”sliten” pleier vil lettere kunne gjøre feilvurderinger eller utføre handlinger som fremprovoserer utfordrende atferd. Eller kanskje man kan tolke det dit hen at det er forekomsten av utfordrende atferd som oppleves belastende for personalet. Jeg tror likevel at når vi lykkes i vårt arbeid, så vil det til en viss grad kunne veie opp for de situasjonene som oppleves som belastende.

Økt hjelpebehov viser seg å være av betydning for forekomst av utfordrende atferd (Edvardsson et al. 2008, Isaksson et al. 2009). Det å ha behov for hjelp i stell kan oppleves som vanskelig for mange. Det kan føles som en invadering i den private sonen og deres integritet. Dette kan oppleves som en provokasjon for beboeren og trigge utfordrende atferd (Isaksson et al. 2009). Av og til må man også være to i stell og jeg tror personalets væremåte er av betydning her. Småprat personalet imellom kan fort utløse utfordrende atferd, spesielt hos personer med frontallappdemens. Rokstad (2008, 180-204) påpeker at personer med frontallappdemens mangler evne til å sortere impulser og regulere stimuli fra omgivelsene, noe som kan slå ut i sosialt uhemmet atferd og språk.

Dusj viser seg å være en pleiesituasjon som lett kan utløse engstelse og forvirring, spesielt hvis det blir gjort på en rask måte og i følge Whall et al. (2008) har dette en tydelig sammenheng med utfordrende atferd. Hva blir gjort rundt om kring på sykehjemmene i forhold til dette? Flere har vel opplevd utsagn som: ”Fru Hansen liker ikke å dusje, derfor er det best å gjøre det så fort som mulig”. Hvorfor liker ikke Fru Hansen å dusje? Det kan være fordi hun har kommet så langt i sin demenssykdom at hun ikke forstår hva som skjer rundt henne, eller det kan være personalet som utløser atferden med sin hurtige væremåte. Jeg tror det er viktig å ha fokus på personalets atferd innimellom, som en påminnelse for oss selv. Å tenke over hvordan vi oppfører oss overfor beboerne, pårørende og hverandre kan være et tema til refleksjon på teammøte eller et fokusområde for miljøgruppen ved enheten. Whall et al. (2008) viser til funn av småerting og negativ oppførsel hos personalet i forbindelse med dusj av beboere.

Selv om humor er et viktig redskap i hverdagen så skal en tenke over når, hvor og til hvem det blir brukt. Mange personer med alvorlig demens kan ha vansker med å forstå spøk og ironi, spesielt hvis det er mye som skjer rundt dem som ved stell.

Manglende interesse og autoritære holdninger hos personalet er knyttet til opplevelse av utfordrende atferd (Isaksson et al. 2009). Jeg tror personalets dagsform kan være av betydning for manglende interesser. Selv om vi skal være profesjonelle i vår yrkesutførelse, så er vi likevel sårbare for påvirkninger. En natt med dårlig søvn kan ha innvirkning på vårt engasjement denne dagen. Den manglende interessen kan føre til at udekte behov hos personer med demens forblir udekt, og en eventuell atferdsendring vedvarer eller eskalerer som følge av nye udekte behov. Vi ser også at uro i avdelingen lett kan spre seg blant beboerne, vil en først reise hjem, vil ofte flere det også. Det kan også hende at beboere slår seg sammen og skal hjelpe hverandre slik at de får komme seg hjem. Ved demenssykdom svikter hukommelsen generelt, men langtidshukommelsen har lang levetid og er derfor den form for hukommelse som varer lengst (Engedal og Haugen 2004). Det er derfor ikke uvanlig at personer med demens vil hjem til mor, selv om hun kanskje har vært død i 20 år. Rokstad (2008, 180-204) sier at opplevelsen av ikke å finne sammenheng i tilværelsen er nærliggende når hukommelse og orienteringsevne reduseres, og at det da er naturlig å be om hjelp til å komme seg hjem. Hun omtaler også ”hjemlengsel” som uttrykk for en lengsel etter trygghet i tilværelsen.

Hvordan forebygge og behandle utfordrende atferd

Rokstad (2008, 180-204) sier at utfordringen er å forstå hva som ligger bak beboerens uttrykk og imøtekomme det behovet. Hun mener den atferden som utfordrer oss må ses på som en form for kommunikasjon, et forsøk på å meddele seg til omgivelsene fra beboerens side.

Atferd kan skyldes udekkede behov eller være et produkt av miljømessige krav og hvilken grad av personlig kompetanse beboeren har for å møte de kravene (Rokstad 2008, 180-204, Edvardsson et al. 2008).

En grunnleggende forståelse må være å knytte atferdssymptomene til demenssykdommen, ikke til personen. ”I dag har Fru Hansen vært helt forferdelig og jeg er så sliten av henne...”. Dette er utsagn som uheldigvis forekommer og som sier noe om våre holdninger til personen med demens og forståelsen av atferd. En slik forståelse av atferd kan vanskeliggjøre arbeidet med utfordrende atferd, både forebyggende og behandlende. Kirkevold (2004, 301-315) mener at ved å bruke betegnelsen utfordrende atferd, understrekes det at løsningen ligger i forståelsen av selve atferden og at tiltakene går ut på å justere miljøfaktorer, endre pleierens atferd eller korrigere enkelte forhold hos personen selv.

Ranhoff (2008, 137-147) gir en god oversikt av overordnede prinsipper for forebyggende helsearbeid og av hennes prinsipp legger jeg stor vekt på livskvalitet. En beboer som utviser utfordrende atferd har det ikke bra og da er det personalets jobb å prøve å finne årsaken – vi skal bidra til mest mulig livskvalitet. Derfor mener jeg det er viktig å kartlegge atferden. Kirkevold (2004, 301-315) sier det er to hovedgrunner til å kartlegge og vurdere utfordrende atferd hos personer med demens. Det ene er å finne de bakenforliggende årsakene for å kunne velge de mest hensiktsmessige tiltakene. For det andre vil en god beskrivelse av atferden være et godt utgangspunkt for å evaluere effekten av de tiltakene som blir satt inn.

Det er viktig å lete etter underliggende årsaker til utfordrende atferd og da må flere områder vurderes (Cohen-Mansfield, Libin og Marx 2007). Det må blant annet vurderes om beboeren har smerter eller andre ubehag, behov for stimulering eller sosial kontakt.

Solheim (2009) stiller spørsmål om hvordan kartlegging fungerer i det daglige, kartlegges det eller blir tiltakene prøvd ut etter impulsmetoden? Jeg tror dette varierer fra det ene sykehjemmet til det andre. Ved en skjermet avdeling som er tilrettelagt for personer med demens vil det kanskje være mer fokus på dette området, fordi kunnskapen om demens

sannsynligvis vil være høyere her. Man vet hvor viktig det er å kartlegge når atferden oppstår. Er det spesielle situasjoner i forkant av atferden, hvor lenge varer den og hvordan kommer den til uttrykk? Hva som blir gjort med kartleggingsresultatene synes jeg er interessant og her tror jeg vi har mye å lære med tanke på å systematisere funnene og utarbeide gode intervensjoner. Det som også kan være vanskelig, selv med god kartlegging, er å finne ut hva den konkrete årsak til atferden er. Rokstad (2008, 180-204) sier at tiltak må bygge på informasjonshenting og en antagelse om hva som ligger til grunn for atferden. Det er vel mye slik det foregår på sykehjem også, vi vurderer *mulige* årsaker. Hvis man da ikke lykkes med tiltakene på bakgrunn av denne vurderingen, tenker jeg at man må foreta nye vurderinger med påfølgende nye tiltak. Dette er hva jeg anser som en del av den helhetlige tilnærmingen som er et viktig element fra mine funn.

Det finnes flere forskjellige typer tilnærminger og James et al. (2008a, 2008b) vektlegger personfokusert tilnærming. Funn tyder på at den helhetlige tilnærmingen gir best resultat i forebygging og behandling av utfordrende atferd (Chapman og Toseland 2007, Kovach et al. 2006). Det vil si tiltaksplan med intervensjoner utarbeidet på grunnlag av en helhetlig vurdering av medisinske spørsmål, meningsfulle aktiviteter, psykologiske problem og atferdsbekymringer. Bruk av avansert omsorgsteam med helhetlig tilnærming har vist seg å redusere både smerte og utfordrende atferd (Chapman og Toseland 2007). Jeg tror ikke det lar seg gjøre å opprette så avansert sammensatte team rundt om i kommunene, både med tanke på økonomi og kompetanse. Ikke alle kommuner har for eksempel ernæringsspesialist, og eventuelle interkommunale løsninger tror jeg vil medføre for stor avstand til selve pleiemiljøet. Men vi kan med fordel dra nytte av den helhetlige tankemåten i vårt arbeid med personer med demens, samt å utarbeide godt tilpassede intervensjoner. Kirkevold (2004, 301-315) viser også til betydningen av tilstrekkelige ressurser og profesjonelt pleierteam i forebyggingen av utfordrende atferd. Han sier at uansett hvor gode miljøtiltak man har og hvor mye arbeid som legges i å forebygge atferdssymptomer, så vil det alltid oppstå situasjoner som er ekstra utfordrende. Dette ser vi også i praksis, vi kommer til kort i enkelte situasjoner. Da kan vi ta kontakt med alderspsykiatrisk avdeling for råd og veiledning. Innimellom må vi likevel innse at vi ikke får bort den utfordrende atferden, vi greier bare å dempe den.

Kovach et al. (2006) bruker også begrepet helhetlig tilnærming i sin studie som undersøker sykepleierespons. Funn viser at sykepleiere som fikk opplæring i bruk av helhetlig tilnærming, brukte den nest minst av fire tilnærmingsresponser – selv om denne var mest

effektiv. Dette er litt interessant og får meg til å stille spørsmål om hva vi gjør med kunnskapen vår. Er det slik at vi ofte vet hva som er det beste for beboerne, men likevel handler annerledes – at det er vanskelig å omsette teori til praksis? Eller kan det være at det tar en stund før vi får innarbeidet nye kunnskaper i våre daglige rutiner? I en forskningsstudie vil jeg tro det går greit å innføre ny kunnskap i pleiemiljøet, men i daglig praksis er det ikke alltid like enkelt. Da kan man møte både velvilje, motstand, skepsis og interesse. Det vil være viktig å ha tro på den en gjør når en skal prøve å innføre ny kunnskap.

Kitwood (2006) skriver om positivt personarbeid og endring av holdninger innen demensomsorgen. Jeg tror det har skjedd en positiv endring i holdninger og forståelsen av personer med demens over tid. Det har også blitt mer fokus på miljøterapi, men jeg tror det likevel det fremdeles kan bli gjort mer på alle disse områdene. Rokstad (2008, 340-350) mener det må skapes en felles kultur for personsentrert omsorg hvor personalet deler de samme verdier og normer for samhandling med pasientene, og påpeker at lederen har en viktig funksjon i dette arbeidet. Jeg tror dette kan være lettere å gjennomføre ved en liten enhet som er spesielt tilrettelagt for personer med demens, hvor det er få ansatte sammenlignet med store sykehjem og mange avdelinger. Erfaringsmessig vet jeg at personalet ved slike spesialenheter opparbeider en ”spisskompetanse” på demensomsorg og har et helhetlig fokus på beboerne, personalet og de fysiske omgivelsene, samt på interaksjonene mellom disse. Sosial kontakt er av stor betydning for beboernes atferd. To av studiene viser en reduksjon av utfordrende atferd som følge av økt sosial kontakt mellom personalet og beboerne i løpet av tiden undersøkelsen tok (Garland et al. 2007, Chapman og Toseland 2007). Dette ser vi daglig i praksis også. Hvis ikke en av personalet sitter i fellesskapet blir det lett at mange vandrer formålsløst rundt, med fare for at noen kommer i konflikt med hverandre. Det er ikke alltid nødvendig med samtale heller, det kan være nok bare å være tilstede. Dette viser også at trygghet i miljøet er viktig for personer med demens. Rokstad (2008, 153-179) sier at å sikre trygghet på det psykososiale nivået, innebærer blant annet å forebygge uro og irritabilitet for å hindre utrygghet hos beboeren og de andre i miljøet. Holthe (2007, 164-198) viser til flere faktorer som bidrar til terapeutiske mål for miljøbehandlingen, og kompetanse og holdninger hos personalet er en av disse. Hun sier også at personalet er viktig for det sosiale miljøet, og at samhandlingsmønstre og relasjoner vil endre seg etter hvem som er på jobb og hvilken kompetanse og motivasjon de har for å gjøre en god jobb. Alle er vi nå forskjellige, så dette skjer naturlig nok over alt. Det kan for øvrig være stor forskjell på atmosfæren i

avdelingen alt ettersom hvem som er på jobb og det synes jeg vi skal merke oss. Det kan variere fra rolig og dempet til støyende og urolig miljø, og den sistnevnte legger ikke forholdene til rette for god miljøbehandling.

James et al. (2008a) beskriver generelle og utformingsledet tiltak. Selv om jeg viser mye til spesielle intervensjoner, er det viktig at vi ikke glemmer de generelle og enkle tiltakene. Aktiviteter som sansegruppe, sangstund og lesestund er generelle miljøtiltak som personalet kan gjennomføre i større grupper. Jeg anser slike tiltak for å være forebyggende mot uro, samtidig som de øker trivselen og tilhørigheten blant beboerne. Vi må samtidig passe oss for en viktig fallgrube; det å absolutt skulle ha med alle beboerne på en aktivitet. Dersom en beboer ikke ønsker å delta i en aktivitet, kan man alltid prøve å overtale personen hvis man tror beboeren ville hatt glede av det. Det har for øvrig ingen hensikt å involvere en person som motsetter seg deltagelse. Da kan det være at beboeren har større glede av å være iakttaker av aktiviteten.

For å utarbeide gode intervensjoner er det viktig å ta en systematisk analyse først, blant annet for å avdekke om det finnes underliggende behov. I tillegg vil opplysninger om beboerens tidligere rolleidentitet og interesser, samt kognitive, motoriske og sensoriske evner og begrensninger være viktig. På bakgrunn av dette utarbeides en behandlingsplan med intervensjoner (Cohen-Mansfield, Libin og Marx 2007, Buettner, Fitzsimmons og Atav 2006). Det som ofte viser seg å være problemet i praksis, er å holde tiltaksplanene oppdater til en hver tid. Dette er tidkrevende arbeid og tidspress kan medføre en nedprioritering av slike oppgaver. En annen utfordring er å få alle i personalet til å lese tiltaksplanene og få med seg eventuelle endringer. Dette gjelder i hovedsak for de som har en helgestilling og som er på jobb bare hver tredje helg. En godt utarbeidet tiltaksplan må være tilgjengelig for alle, den må følges opp på samme måte av alle og det må dokumenteres at tiltakene blir gjennomført. I følge Kovach (et al. 2006) må det også foretas vurderinger etter at intervensjonene er satt i verk, for å se om ønsket atferd oppnås eller om det må endres intervensjoner.

Når vi utarbeider intervensjoner for å forebygge eller å behandle utfordrende atferd må vi ha tanker om målet, hvilke endringer ønsker vi? Engedal og Haugen (2004) omtaler at miljøbehandling har som mål å redusere negative følger av sykdommen og bidra til en kvalitativ bedre hverdag for de som er rammet.

Utfordrende atferd vil ofte få konsekvenser for flere enn den personen det gjelder, det vil ha innvirkning på pårørende, andre beboere og personalet. Men vi ser også

atferdsymptomer som har mest innvirkning på den det gjelder, nemlig tilbaketrekking. Jeg tror denne formen for utfordrende atferd lett kan bli oversett, fordi den ikke er ”belastende” på andre. Like fullt er det vår oppgave å kartlegge også denne formen for atferd.

Rokstad (2008, 153-179) peker på engasjement som et viktig element i et terapeutisk miljø. Det innebærer at beboerne får delta aktivt i omgivelsene og at de som trenger hjelp for å få til sosiale interaksjoner, får det tilrettelagt av personalet.

Terapeutiske intervensjoner som er utarbeidet med tanke på å vekke, har en vekkende effekt og de som er tenkt å roe, har en dempende effekt. Intervensjonene må være godt tilpasset den enkelte, basert på tidligere interesser, ha tydelige mål og være virksom den tid på dagen når det er behov (Buettner, Fitzsimmons og Atav 2006).

Jeg tror at kartlegging, vurdering og utarbeidelse av slike intervensjoner som TRI kan virke litt uoverkommelig, med tanke på de knappe ressursene som finnes rundt om på sykehjemmene. Som nevnt tidligere er kartlegging og vurdering tidkrevende, men det kan også være tidsbesparende.

Kovach et al. (2006) omtaler gjentagende ineffektiv behandling også som tidkrevende. En intervensjon behøver ikke nødvendigvis å være så avansert, men noe en kan utføre i fellesskapet med andre. En beboer som tidligere var syerske av yrke kan ha god effekt av å hjelpe til med for eksempel å navne tøy. Da kan man samtidig sitte i fellesskapet og samtale med andre beboere. Dette er også i tråd med miljøbehandlingen, som innebærer tilrettelegging av beboerens omgivelser og hvor en aktivt bruker forhold som virker inn på dagliglivet (Rokstad 2008, 153-179).

Musikk kan bidra til å redusere utfordrende atferd, samt å forsterke positiv sosial atferd. Musikken som spilles bør være velkjent for de fleste og ha en glad tekst (Garland et al 2007, Ziv et al 2007). Det er også vist at beroligende musikk spilt ved kveldsmaten reduserer utfordrende atferd, bidrar til mer glede, økt sosialisering og konversering (Hicks-Moore 2005).

Det er likevel ikke alle som har god nytte av musikk, så her må man prøve seg frem. Det er kanskje ikke alle ved avdelingen som liker musikk heller. Jeg har gode erfaringer med musikk sammen med personer med demens. Det kan være musikk til å danse etter, å slappe av med eller å synge med. Det man skal være forsiktig med er volumet, det er avgjørende for effekten. Det er mulig å skru opp lyden på en enkelt sang for å ta et ”rockeshow”, det vekker de fleste, men høy musikk blir man fort sliten av og det skaper lett uro. For beboere med nedsatt hørsel og bruk av høreapparat, vil musikk kunne

oppleves som forstyrrende. Vi skal også tenke over hvilken alderssammensetning det er blant beboerne. 90 åringene i dag kan ha vært oppvokst med ”matro”, at det skal være ro ved måltidene. Da kan musikk raskt virke mot sin hensikt. Jeg tror likevel at sang og musikk generelt har god innvirkning på de fleste, så lenge personalet er oppmerksom på risikofaktorene.

8.0 KONKLUSJON

Funn i litteraturstudien viser at det finnes forskjellige faktorer hos beboeren, personalet og i omgivelsene som kan utløse utfordrende atferd. For å forebygge og behandle atferd må personalet ha en helhetlig tilnærming med fokus på personen med demenssykdom. Det er viktig å finne årsaken til atferden og i første omgang må personalet vurdere om det foreligger udekte behov hos beboeren. Videre trengs grundig kartlegging og vurdering, både av beboeren og selve atferden som utvises. Disse dataene ligger til grunn for utarbeidelse av spesifikke intervensjoner og når tid på døgnet de skal settes i verk. Intervensjonene skal være godt tilpasset den enkelte beboer, enkle å gjennomføre og forankret i personsentrert omsorg. Kartlegging, vurdering og utarbeidelse av intervensjoner er omfattende og tidkrevende. Dette kan være vanskelig å gjennomføre systematisk i en travel hverdag med innsparinger og nedbemanning i enkelte kommuner. Jeg tror vi bør være mer bevisst på risikofaktorene og bruke miljøterapi aktivt for å forebygge utfordrende atferd. Mye av forskningen er gjennomført i vanlig sykehjem. Ved en skjermet enhet hvor det kun er personer med demens, vil kanskje forekomst av utfordrende atferd være høyere. Det hadde vært interessant om fremtidig forskning kunne undersøke hvilke kunnskaper personalet ved slike enheter har i forhold til forebygging og behandling av utfordrende atferd, samt hvilken sammenheng denne kunnskapen har med forekomst av utfordrende atferd.

LITTERATURLISTE

- *Buettner, Linda, Suzanne Fitzsimmons og A. Serder Atav. 2006. Predicting Outcomes of Therapeutic Recreation Interventions for Older Adults With Dementia and Behavioral Symptoms. *Therapeutic Recreation Journal* 40(1):33-47. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- *Chapman, Dennis G. og Ronald W. Toseland. 2007. Effectiveness of Advanced Illness Care Team for Nursing Home Residents With Dementia. *Social Work* 52(4):321-329. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- *Cohen-Mansfield, Jiska, Alexander Libin og Marcia S. Marx. 2007. Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention. *The Journal of Gerontology* 62A(8):908-916. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- *Dalland, Olav. 2000. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 3.utgave.
- *Edvardsson, David, P.O. Sandman, Rhonda Nay og Stig Karlsson. 2008. Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics* 20(4):764-776. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- Engedal, Knut. 2008. *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse. 2.utgave.
- Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2004. *Fakta og utfordringer. Lærebok om demens*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. 3.utgave.
- *Garland, Kathryn, Edwina Beer, Barbara Eppingstall og Daniel W. O'Connor. 2007. A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Resident With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 15(6):514-521. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- *Hicks-Moore, Sandee Lynn. 2005. Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes. *Journal of Gerontological Nursing* 31(12):26-32. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- *Holthe, Torhild. 2007. Det går an! Tilrettelegging av fysisk miljø på institusjon, dagsenter og hjemme. I *Det går an! Muligheter i miljøterapi*. Ragnhild M. Eidem Krüger (red.), Birger Lillesveen, Marit Nåvik, Anne Marie Rokstad, Kjersti Wogn-Henriksen og Allan Øvereng, 164-198. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- *Isaksson, Ulf, Sture Åström, Per-Olof Sandman og Stig Karlsson. 2009. Factors associated with the prevalence of behavior among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 18(7):972-980. Tilgjengelig fra: Ovid.
- Jakobsen, Rita. 2007. *Ikke alle vil spille bingo. Om teori og praksis i demensomsorgen på sykehjem*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- * James, Ian A., Lorna Mackenzie, Sanjeet Pakrasi og Jane Fossey. 2008a. Nonpharmacological treatments of challenging behaviours. *Nursing and Residential Care* 10(5):228-232. Tilgjengelig fra: Ovid.
- * James, Ian A., Lorna Mackenzie, Sanjeet Pakrasi og Jane Fossey. 2008b. Nonpharmacological treatments of challenging behaviours: part 2. *Nursing and Residential Care* 10(6):290-292. Tilgjengelig fra: Ovid.
- Kirkevold, Øyvind. 2004. Utfordrende atferd – forståelse og behandling. I *Fakta og utfordringer. Lærebok om demens*. Knut Engedal og Per Kristian Haugen, 301-315. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. 3.utgave.
- Kitwood, Tom. 2006. *En revurdering af demens – personen kommer i første rekke*. København: Munksgaard Danmark.

- *Kovach, Christine, Sheryl T. Kelber, Michelle Simpson og Thelma Wells. 2006. Behaviors of Nursing Home Residents with Dementia. Examining nurse responses. *Journal of Gerontological Nursing* 32(8):13-21. Tilgjengelig fra ProQuest.
- Laake, Knut. 2006. *Geriatriske praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. 4.utgave.
- *Ranhoff, Anette Hylene. 2008. Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff (red.), 137-147. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. Hva er demens? I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red.), 27-45. Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. Kompetanseutvikling hos personalet. I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red.), 340-350. Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. Miljøbehandling. I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red.), 153-179. Oslo: Akribe AS.
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. Utfordrende atferd. I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye (red.), 180-204. Oslo: Akribe AS.
- *Solheim, Kirsti. 2009. *Demensguide. Holdninger og handlinger i demensomsorgen*. Oslo: Universitetsforlaget. 2.utgave.
- *Whall, Ann L., Kathleen B. Colling, Ann Kolanowski, HyoJeong Kim, Gwi-Ryung Son Hong, Barry DeCicco, David L. Ronis, Kathy C. Richards, Donna Algase og Cornelia Beck. 2008. Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist* 48(6):721-731. Tilgjengelig fra: ProQuest.
- *Willman, Ania, Peter Stoltz og Christel Bahtsevani. 2006. *Evidensbasert omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Sverige: Författarna och Studentlitteratur. 2.utgave.
- *Ziv, Naomi, Amit Granot, Sharon Hai, Ayelet Dassa og Iris Haimov. 2007. The Effect of Background Stimulative Music on Behavior in Alzheimer`s Patients. *Journal of Music Therapy* 44(4):329-343. Tilgjengelig fra: ProQuest.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Skjema for kvalitetsbedømming av studier med kvantitativ metode

Vedlegg 2: Skjema for kvalitetsbedømming av studier med kvalitativ metode

Vedlegg 3: Oversiktstabell over litteratursøk

Vedlegg 4: Oversiktstabell i forhold til innhold og kvalitet på inkluderte artikler

Bilaga G

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

Forskningsmetod

RCT CCT (ej randomiserad)

multicenter, antal center.....

kontrollgrupp/er

Patientkaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Kriterier för exkludering

Adekvata exklusioner ja nej

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

Urvalsförfarandet beskrivet?

ja nej

Representativt urval?

ja nej

Randomiseringsförfarande beskrivet?

ja nej vet ej

Likvärdiga grupper vid start?

ja nej vet ej

Analyserade i den grupp de randomiserades till?

ja nej vet ej

Blindning av patienter?

ja nej vet ej

Blindning av vårdare?

ja nej vet ej

Blindning av forskare?

ja nej vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?

ja nej

Bortfallsstorleken beskriven?

ja nej

Adekvat statistisk metod?

ja nej

Etisk resonemang?

ja nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?

ja nej

Är instrumenten reliabla?

ja nej

Är resultatet generaliserbart?

ja nej

Hovudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, powerberäkning)

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dårlig

Kommentar

Granskare sign:.....

Bilaga H

Exempel på protokoll för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering ja nej vet ej

Patientkaraktäristika

Antal.....

Ålder.....

Man/kvinna.....

Är kontexten presenterad?

ja nej vet ej

Etisk resonemang?

ja nej vet ej

Urval

- Relevant?

ja nej vet ej

- Strategisk?

ja nej vet ej

Metod för

- urvalsförfarande tydligt beskrivet?

ja nej vet ej

- datainsamling tydligt beskriven?

ja nej vet ej

- analys tydligt beskriven?

ja nej vet ej

Giltighet

- Är resultatet logisk, begripligt?

ja nej vet ej

- Råder datamättnad?

ja nej vet ej

- Råder analysmättnad?

ja nej vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt?

ja nej vet ej

- Redovisas resultatet i förhållande till

en teoretisk referansram?

ja nej vet ej

Genereras teori?

ja nej vet ej

Hovedfyn

Vilket/-n fenomen/upplevelse/mening beskrivs? Är beskrivning/analys adekvat?

.....
.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Bra

Medel

Dårlig

Kommentar.....

.....

Granskare (sign).....

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Brukte artikler
10.09.2009	ProQuest	1- Dementia or alzheimer 2- nursing home or residential care 3- behaviour 4 - 1 and 2 and 3 = 341 treff 5 - environment 6- 4 and 5	30	11	1	1
17.09.2009	ProQuest	1- dementia or Alzheimer 2- nursing home or residential care 3- attitude 4 -1 and 2 and 3	57	9	2	1
17.09.2009	SweMed+	APSD	4	2	1	0
17.09.2009	ProQuest	BPSD	41	7	2	0
27.11.2009	Ovid medline	1- dementia or Alzheimer 2- behaviour or behaviour symptom 3 -1 and 2 4 -nursing home 5 -3 and 4 6- nonpharmacological 7- environment 8- 6 and 7	77	6	2	0
27.11.2009	Ovid medline	1-dementia or Alzheimer 2- behaviour or behavioural symptom 3- 1 and 2 4- nursing home 5- 3 and 4	261	18	3	1

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Brukte artikler
24.11.2009	SweMed+	1- demens or alzheimer 2- atferd 3- 1 and 2	12	3	1	0
14.01.2010	Ovid	1- alzheimer or dementia 2- environment 3- behaviour therapy 4- 2 and 3 5- 1 and 4	14	3	1	0
14.01.2010	Ovid	Brukte find similar på forrige søk for å finne artikkel nr 2.	1	1	1	0
14.01.2010	ProQuest	1- behaviour 2- dementia or alzheimer 3- nursing home or residential care 4- 1 and 2 and 3	225	13	2	1
14.01.2010	ProQuest	1 -dementia or Alzheimer 2- behaviour or BPSD 3- nursing home or residential care 4- 1 and 2 and 3	229	19	5	1
02.03.2010	ProQuest	Manuelt søk: algase	44	5	2	0
02.03.2010	ProQuest	1- interaction 2- environment 3- dementia 4- 1 and 2 and 3	38	3	1	0
05.03.2010	Ovid	Manuelt søk: brodaty	0	0	0	0

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Brukte artikler
05.03.2010	Ovid	1 -multisensory or multi-sensory 2- dementia or Alzheimer 3- 1 and 2	48	5	2	0
18.03.2010	Ovid	1 -environment 2- dementia 3- multisensory 4- 1 or 3 5- 2 and 4	113	15	3	0
22.03.2010	ProQuest	1 -milieu 2- treatment 3- dementia 4- 1 and 2 and 3	1	1	0	0
22.03.2010	ProQuest	1- treatment 2- dementia 3- environment 4- 1 and 2 and 3	56	3	1	0
22.03.2010	ProQuest	1- nonpharmacologic 2- dementia 3- 1 and 2	18	4	1	0
24.03.2010	ProQuest	1- behavioral 2- dementia 3- treatment 4- 1 and 2 and 3	158	15	3	1
24.03.2010	ProQuest	1- dementia 2- behaviour 3- 1 and 2	1184	24	4	1
24.03.2010	ProQuest	Manuelt søk: kovach	188	1	1	0

Søkedato	Database	Søkeord	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Brukte artikler
20.03.2010	ProQuest	1- behaviour or behavioral 2- dementia or alzheimer 3- nursing home or residential care 4- 1 and 2 and 3	175	17	7	3

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltagere/fracfall	Hovedfunn	Kvalitet
Sandee Lynn Hicks-Moore(2005). <i>Journal of Gerontological Nursing</i> 31(12):26-32. Canada.	Relaxing Music at Mealtime in Nursing Homes.	Å undersøke sammenheng mellom avslappende musikk og agitasjon hos sykehjemsbeboere med demens	Kvalitativ studie med kvasiekperimentell design	30 sykehjemsbeboere deltok	Utfordrende atferd avtok med musikk	God*
Dennis G. Champan, R. W. Toseland (2007). <i>Sosial Work</i> 52(4): 321-329. USA	Effectiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia.	Undersøke om bruk av avansert team reduserer smerte, depresjon og utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens.	Kvantitativ studie med randomisert tverrsnittdesign. Bruk av spesielt tilpasset intervensjoner og helhetlig tilnærming. Kontrollgruppe mottok vanlig pleie.	118 sykehjemsbeboere deltok	Tydelig reduksjon av utfordrende atferd i behandlingsgruppen, begge gruppene fikk redusert smerte. Ingen effekt på depresjon.	God*
Kathryn Garland, E. Beer, B. Eppingstall, D.W. O'Connor (2007). <i>The American Journal of Geriatric Psychiatry</i> 15(6):514-521. USA	A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music.	Sammenligne effekt av to individualiserte psykososiale behandlingsformer for å redusere utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens.	Kvalitativ studie med eksponering av foretrukket musikk, familietekst og annen upersonlig tekst.	30 sykehjemsbeboere deltok.	Både personlig, upersonlig tekst og musikk hadde effekt, men foretrukket musikk ga mest reduksjon i utfordrende atferd.	God*
Jiska Cohen-Mansfield, A. Libin, M. S. Marx (2007). <i>The Journals of Gerontology</i> 62A(8):908-916. USA	Nonpharmacological Treatment of Agitation: A Controlled Trial of Systematic Individualized Intervention.	Undersøke effekt av en systematisk alorytme for utvikling av individualiserte intervensjoner for å redusere utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens.	Kvantitativ plasebokkontrollert studie med intervensjoner og spørreskjema til pårørende.	167 sykehjemsbeboere fra 12 sykehjem deltok	Systematisk bruk av individualiserte intervensjoner reduserer utfordrende atferd, samt gir økt interesse og fornøyelse.	God*

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltagere/fracfall	Hovedfunn	Kvalitet
David Edvardsson, P.O. Sandman, R. Nay, S. Karlsson (2008). <i>International Psychogeriatrics</i> 20(4):764-776. Sverige	Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care.	Undersøke sammenhengen mellom arbeidskarakteristikk hos personalet og forekomst av atferdssymptomer hos sykehjemsbeboere med demens.	Kvantitativ studie, med datasamling og spørreskjema.	40 sykehjemsenheter med 354 beboere, samt 346 pleiere.	I enheter med høy jobb-belastning fant man opplevelse av mindre positivt pleiemiljø, beboerne hadde lavere ADL skår, lavere kommunikative og motoriske evner og høyere forekomst av utfordrende atferd.	God*
Ann L. Wall et al (2008). <i>The Gerontologist</i> 48(6):721-731. USA	Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia.	Beskrive forekomst av utfordrende atferd på bakgrunn av NDB modellen.	Kvantitativ, flervariert tverrsnittstudie.	107 beboere fra 9 sykehjem.	Dusj var eneste pleiesituasjonen som var direkte forbundet med utfordrende atferd. Søvn, demensstadium, kjønn og tidligere personlighetsprofil forbundet med forekomst av utfordrende atferd.	God*
Ulf Isaksson, S. Åström, P.O.Sandman, S. Karlsson (2008). <i>Journal of Clinical Nursing</i> 18(7):972-980. Sverige	Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes.	Sammenligne avdelinger med høy kontra lav forekomst av utfordrende atferd, sett i sammenheng med miljømessige og organisatoriske faktorer, samt beboer- og personell-karakteristikk	Kvantitativ tverrsnittstudie med beskrivende oversikt/kartleggings design.	450 beboere og 364 pleiere fra 10 ulike sykehjem.	Det ble funnet 5diskriminerende faktorer mellom avdelingene; atferdssymptomer, psykiatriske symptomer, beboernes hjelp til påkledning, psykologisk jobb-belastning og jobbtilfredshet.	God*

Forfattere År Land Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode/instrument	Deltagere/fracfall	Hovedfunn	Kvalitet
Christine R. Kovach, S. Kelber, M. Simpson, T. Wells (2006). <i>Journal of Gerontological Nursing</i> 32(8):13-21. USA	Behaviors of Nursing Home Residents with Dementia. Examining nurse response.	Undersøke sykepleierespons (vurdering og behandling) i fht utfordrende atferd hos sykehjemsbeboere med demens.	Kvantitativ studie med behandlingsgruppe og intervensjoner, samt kontrollgruppe.	112 sykehjemsbeboere og 54 sykepleiere	I studien responderte sykepleierne på 4 måter i fht utfordrende atferd; uten behandling, behandling uten vurdering, gjentakende bruk av ineffektive behandlinger og helhetlig vurdering etterfulgt av behandling.	God*
Naomi Ziv, A. Granot, S. Hai, A. Dassa, I. Haimov (2007). <i>Journal of Music Therapy</i> 44(4):329-343. Israel	The Effect of Background Stimulative Music on Behavior in Alzheimer`s Patients.	Undersøke effekt av bakgrunnsmusikk I forhold til positiv atferd relater til emosjonelle og sosiale aspekt, samt negative symptomer relatert til utfordrende atferd.	Kvalitativ studie med eksponering av musikk.	28 sykehjemsbeboere med alzheimer.	Bakgrunnsmusikk har god effekt på både å redusere negativ atferd, samt å forsterke positiv atferd. Mest effekt på å forsterke positiv sosial atferd. Ingen signifikant effekt på nøytral atferd.	God*
Linda L. Buettner, S. Fitzsimmons, A. Serdar Atav (2006). <i>Therapeutic Recreation Journal</i> 40(1):33-47. USA	Predicting Outcomes of Therapeutic Recreation Interventions for Older Adults with Dementia and Behavioral Symptoms.	Undersøke evnen til å forutsi resultat av ordinert terapeutisk rekreasjonsintervensjon for behandling av utfordrende atferd.	Klassisk eksperimentell studie med behandlings- og kontrollgruppe. Kvantitativ.	107 beboere fra 5 sykehjem.	Intervensjon som ble forordnet med tanke på å skape en roende effekt, hadde en roende effekt. Likeså hadde intervensjoner forordnet for å vekke, en vekkende effekt.	God*

