



# Fordypningsoppgave

**VAE705 Aldring og eldreomsorg**

**Relasjon og kommunikasjon mellom personale og eldre pasienter med demenssykdom**

**Anita Karin Bjørnhaug**

**Totalt antall sider inkludert forsiden: 67**

**Molde, 20.05.2012**



## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og <a href="#">Forskrift om eksamen</a> §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se <a href="#">Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens <a href="#">retningslinjer for behandling av saker om fusk</a>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av <a href="#">kilder og referanser på biblioteket sine nettsider</a>	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Ragnhild Sættem

## 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: 14.02.12

**Antall ord: 9993**

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Det er rundt 66 000 mennesker med demens i Norge. Hvis en ser på forekomsten i et gjennomsnittlig sykehjem vil en finne at ca. 80 % av beboerne vil inneha en eller annen form for demens (Helse-og omsorgsdepartementet 2007). Personer med demens kan oppleve tap av identitet og egenverd. Dette kan skape kommunikasjonsmessige utfordringer som igjen kan føre til utfordrende atferd i samspill med andre mennesker. Derfor er det viktig at personalet får en forståelse gjennom kompetanse om hvordan man kommuniserer med pasienter med demens (Engedal og Haugen, 2009).

**Hensikt:** Hensikten med denne litteraturstudien var å beskrive hvilke faktorer som er viktig for å oppnå god kommunikasjon og for å skape gode relasjoner mellom sykepleier og pasient med demenssykdom. Det ble sett på hvordan vi kan motivere oss til å skape gode relasjoner. Også hvordan vi kan motivere den eldre med demens til å føle seg trygg nok til gode samhandlinger med personer i deres daglige nærmiljø.

**Metode:** For å løse oppgaven benyttet jeg en systematisk litteraturstudie gjennom forskningsartikler og annen relevant litteratur som belyste funnene i datamaterialet. Materiellet fant jeg gjennom søk i ulike databaser. I teoridelen benyttet jeg noe pensumlitteratur samt selvvalgt litteratur. Det ble benyttet totalt 16 artikler i denne studien.

**Resultat og konklusjon:** Funn viser at kunnskap om demens, som å forstå symptomene og årsaker til at utfordrende atferd oppstår oppnås ved utdanning og undervisning. Ved å bli kjent med individet bak pasienten, dennes livshistorie, se behovene den enkelte har og sette inn ulike miljøtiltak vil kunne forbygge og redusere denne atferden. Holdningsskapende arbeid og bevisstgjøring av personalets handlinger har stor betydning for personer med demens sine reaksjoner.

**Nøkkelord:** Relasjon, kommunikasjon, personale, demens, eldre, institusjon.

## **Abstract**

**Background:** There are approximately 66 000 people with dementia in Norway. The incidence in an average nursing home is about 80% of residents have dementia (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007). People with dementia may experience loss of identity and self-worth. This can create communication challenges that can lead to challenging behavior in interaction with other people. It is therefore important that staff have an understanding through knowledge of how to communicate with patients with dementia (Engedal and Haugen, 2009).

**Purpose:** The purpose of this literature study was to describe the factors that are important to achieve good communication and create good relationships between nurse and patient with dementia. I would found out how we can motivate us to create good relationships, also how to motivate the elderly with dementia to feel confident enough good interactions with people in their everyday community.

**Method:** To solve the problem I used systematic literature review through research articles and other relevant literature that highlighted the findings. I found articles by searching in different databases. In the theoretical part I used some textbooks and self-selected literature. I used 16 articles in this study.

**Results and conclusion:** Findings show that knowledge of dementia, such as understanding the symptoms and causes of challenging behavior occurs is achieved by education and teaching. By becoming familiar with the individual behind the patient, his life story, seeing his needs and set various environmental measures will prevent and reduce this behavior. Efforts to change attitudes and awareness of staff's actions are very important for people with dementia and their reactions.

**Keywords:** Relations, communications, staff, dementia, elderly, institution.

*”Det krever en stor lytter for å høre hva som faktisk sies,  
en enda større for å høre hva som ikke sies,  
men som kommer til uttrykk i talen”*

*Richard Palmer*

# INNHOLDSFORTEGNELSE

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>1</b>
1.1 Hensikt.....	2
1.2 Problemstilling .....	2
<b>2.0 TEORIBAKGRUNN .....</b>	<b>2</b>
2.1 Demens .....	2
2.1.1 Typer demens.....	3
2.1.2 Symptomer på demens .....	3
2.2 Kommunikasjon, relasjon og samhandling ved demens.....	4
2.3 Identitet og grunnleggende behov.....	6
2.4 Utfordrende atferd .....	8
2.5 Kontekstens innvirkning på kommunikasjon og relasjon .....	9
2.6 Personalets funksjon i institusjonen .....	10
<b>3.0 METODE.....</b>	<b>11</b>
3.1 Inkluderingskriterier .....	11
3.2 Datainnsamling .....	12
3.3 Søkehistorikk.....	12
3.4 Kvalitetsvurdering .....	13
3.5 Etske hensyn.....	14
3.6 Dataanalyse.....	14
<b>4.0 RESULTATPRESENTASJON.....</b>	<b>16</b>
4.1 Kompetanse og holdninger blant personalet .....	16
4.2 Årsaker til at utfordrende atferd oppstår .....	17
4.3 Tilnærming og forebygging av utfordrende atferd .....	17
<b>5.0 RESULTATDISKUSJON .....</b>	<b>19</b>
5.1 Personalet .....	19
5.1.1 Kompetanse .....	19
5.1.2 Atferd og holdninger .....	20
5.2 Årsak til at utfordrende atferd oppstår.....	22

5.2.1 Miljøets betydning .....	23
<b>5.3 Tilnærming og forebygging .....</b>	<b>23</b>
5.3.1 Samarbeidspartnere.....	23
5.3.2 Identitet.....	24
5.3.2.1 Individuell omsorg .....	24
5.3.2.2 Reminisens og livshistorien .....	25
5.3.3 Kommunikasjon og relasjon .....	26
5.3.4 Miljø .....	27
<b>6.0 KONKLUSJON .....</b>	<b>29</b>
<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>30</b>
<b>Vedlegg 1 .....</b>	<b>35</b>
<b>Vedlegg 2 .....</b>	<b>36</b>
<b>Vedlegg 3 .....</b>	<b>37</b>
<b>Vedlegg 4 .....</b>	<b>38</b>
<b>Vedlegg 5 .....</b>	<b>40</b>



## 1.0 INNLEDNING

Demensplan 2015 viser til at det skal være et antall rundt 66 000 mennesker med demens i Norge. Det er naturligvis en økning i antall tilfeller jo høyere aldersgruppe man ser på. Hvis en ser på forekomsten i et gjennomsnittlig sykehjem vil en finne at ca 80% av beboerne vil inneha en eller annen form for demens (Helse-og omsorgsdepartementet 2007).

Personer med demens kan oppleve tap av identitet og egenverd. Dette igjen kan skape kommunikasjonsmessige utfordringer som kan komme til uttrykk gjennom utfordrende atferd i samspill med andre mennesker. Derfor er det viktig at personalet får en forståelse for viktigheten av å styrke pasientens egenverd gjennom riktig kommunikasjon. Det kreves kompetanse omkring hvordan man kommuniserer med pasienter med demens (Engedal og Haugen, 2009).

Rapporten «Glemsk, men ikke glemt» og i Demensplanen 2015- «Den gode dagen» er det uthevet som et viktig punkt med økt kompetanse i demensomsorgen. Andelen faglærte må økes i forhold til ufaglærte. For å kunne yte god kvalifisert hjelp må fagutdanningen bidra til at helsepersonell får en økt forståelse for den eldres problemer og situasjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2007 og Sosial- og Helsedirektoratet 2007).

Dette vil kreve mye av oss som helsepersonell. Jeg har i en del år jobbet som sykepleier, senere også som avd.leder i et sykehjem. Underveis har jeg sett nødvendigheten i å ha en hensiktsmessig kommunikasjon med de eldre med demenssykdom i institusjonen, for å oppnå god relasjon. Som helsepersonell og medmenneske skal vi være lydhøre for hvordan pasienten ønsker å bli møtt. Dårlig eller mangelfull kommunikasjon skaper ofte misforståelser og uro samt noen ganger aggresjon hos den demente. På bakgrunn av dette har jeg valgt følgende hensikt og problemstilling:

## **1.1 Hensikt**

Hensikten med denne litteraturstudien var å belyse hvordan en kan oppnå god kommunikasjon som skaper gode relasjoner mellom personale og pasienter med demens.

## **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan man skape god kommunikasjon og gode relasjoner mellom personalet og pasienter med demens i institusjon?

## **2.0 TEORIBAKGRUNN**

### **2.1 Demens**

Definisjon på demens:

*«Demens (gal, avsindig) er en fellesbetegnelse på en tilstand (syndrom) som kan være forårsaket av ulike organiske sykdommer, og som er kjennetegnet ved en kronisk og irreversibel kognitiv svikt, sviktende evner til å utføre dagliglivets aktiviteter på en tilfredsstillende måte sammenlignet med tidligere, og endret sosial atferd» (Engedal og Haugen, 2009 s. 17).*

ICD-10 (Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer) sier at demens er et syndrom forårsaket av sykdom i hjernen, oftest progressiv eller kronisk, hvor flere funksjoner blir forstyrret, som hukommelse, forståelse, tenkeevne, dømmekraft, orienteringsevne, språk, regneferdighet og læringskapasitet. Bevisstheten er ikke redusert. Kognitive funksjoner som motivasjon, følelsesmessig kontroll og/eller sosial atferd blir betydelig svekket.

I følge ICD-10 må disse kriteriene være tilstede:

1.

-svekket hukommelse av nyere hendelser

-svikt av andre kognitive funksjoner som tenkning, abstraksjoner, dømmekraft og planlegging.

Der er tre kategorier:

Mild: denne vil påvirke evnen til å greie seg til daglig.

Moderat: da er en avhengig av hjelp fra andre.

Alvorlig: denne tilsier at du må ha kontinuerlig tilsyn og pleie.

**2.**

Klar bevissthet/våkenhetsnivå er vanligvis intakt.

**3.**

Svikt av emosjonell kontroll/emosjonell labilitet, motivasjon, irritabilitet, apati eller unyansert sosial atferd. Minst et av disse må være tilstede.

(Engedal og Haugen, 2009, s. 18)

### **2.1.1 Typer demens**

De ulike typene kan deles i tre hovedgrupper: Degenerative demenssykdommer som omfatter bl.a. Alzheimers sykdom, demens ved Lewy-legeme, Parkinson, frontotemporal demens, og Huntingtons sykdom. Vaskulær demens, forårsaket av hjerneinfarkt p.g.a. emboli og trombose, iskemiske-hypoksisk (surstoffmangel), ulike sjeldne karsykdommer i hjernens blodårer, CADASIL (arvelig) og blandingstilstander mellom Alzheimer og vaskulær demens. Sekundær demens, som følge av bl.a. vit-B1 mangel pga stort alkoholforbruk, Herpes, AIDS, Borrelia, hjernesvulst, hodetraumer, hematomer (Engedal og Haugen, 2009).

### **2.1.2 Symptomer på demens**

Det er store individuelle forskjeller både atferdsmessig og psykososialt. Her kan nevnes tre grupper med vanlige symptomer ved demens som i følge Engedal (2008) kan klassifiseres slik:

Kognitive symptomer som gir generell svikt intellektuelt, svekket hukommelse og læringsevne. Redusert dømmekraft, orienteringsevne, vurderingsevne, konsentrasjonsproblem, vansker med å forstå språk.

Psykologiske og atferdsmessige symptomer som angst, depresjon, vrangforestillinger, hallusinasjoner, motorisk uro, personlighetsendring, blir apatisk, irritabel, får lav terskel for aggressivitet, døgnrytmeforstyrrelser repeterende handlinger forekommer ofte.

Motoriske symptomer som inkontinens, muskelstivhet, koordineringsproblem og balansesvikt (Engedal, 2008).

Engedal sier videre at det vil være ulike måter å møte den demente på ut fra hvilke symptomer de har:

- Ved vaskulær demens vil personalrollen oppfattes som en trener. Disse pasientene møtes med motivering, trening, støtte selvpoppfatning.
- Ved demens ved Alzheimer sykdom vil personalet være den trygge og stabile som forklarer, forstår og lytter.
- Ved frontotemporallappdemens må pleiepersonellet være strukturert og det vil ofte være nødvendig med skjerming og grensesetting.

I følge Kitwood (1999) har pasienter med demens en opplevelse av å være forlatt, kontrollert, ydmyket, forfulgt, truet, innesperret, ekskludert og forvirret. Dette utløser ofte redsel, panikk, kaos og fortvilelse. I tillegg sier han at man kan føle tap over familielivet, kjenner på at en ikke strekker til, sinne over å være dement og andres reaksjoner på denne sykdommen. Vandring, fysisk aggresjon, irritabilitet og rastløshet er i følge Rokstad (2005) de mest vanlige atferdsmessige symptom ved demens.

## ***2.2 Kommunikasjon, relasjon og samhandling ved demens.***

Mennesket har et grunnleggende behov for å bli forstått og selv å forstå. Dette foregår gjennom kommunikasjon i ulike former mellom mennesker. Misforståelser kan lett oppstå når forståelsen ikke er der på samme måte, som før en fikk demens. Dette kan lett føre til en opplevelse av utrygghet og maktesløshet. Vi må etterstrebe den gode samtalen, benytte oss av mer enn bare ord når det er vanskelig. Mange er språkløse, og språk er mye mer enn ord. Derfor er det viktig at vi kan forstå kommunikasjon fra pasienten som kommer til uttrykk gjennom andre sanser enn gjennom ord. Omsorg henger sammen med relasjon,

som er kontakt og samhandling mellom to mennesker (Samuelsen, 2005). Wogn-Henriksen (1997) sier at kommunikasjon er ikke bare ord, men en samhandling mellom flere faktorer som f.eks. mimikk, stemmebruk med hastighet og lydstyrke. Stemmen rommer et vidt spekter av nyanser. Vi har også non-verbale metoder som visuelle tilleggsteget, peking og berøring. Ved å ha en «Jeg-du-tilnærming», som beskrevet i Rokstad og Smebye (2008), vil den som hjelper kunne se mer enn bare sykdommen og symptomene. Denne vil også kunne se hvordan den andre opplever verden og forsøke å forstå dennes individuelle behov. Selv hos mennesker som har utviklet demens vil behovet for kommunikasjon være tilstede. Dette er uavhengig av om språket er mer eller mindre borte.

Det finnes tre vanlig prinsipper innen kommunikasjon til bruk i demensomsorgen. Det ene er *reminisens*, til bruk hos mennesker som har svekket korttidshukommelse. Dette kan brukes til å hente frem minner fra tidligere i livet. Avhengig av hva det er, vil dette skape en stemning hos den som minnes, både på godt og vondt. Videre har vi *realitetsorientering*. Dette verktøyet kan hjelpe til å holde orden på tid og sted som igjen kan forebygge forvirringstilstander. Her er det en balansegang over hva en skal realitetsorientere, hvor mye og hvordan. Faren for at vedkommende kan føle seg usikker og latterliggjort kan være stor. Den tredje metoden er *validering*. Her er muligheten for nærhet større, fordi her skal man forsøke å akseptere og forstå personen og dennes opplevelse av omverdenen fremfor å korrigere (Rokstad og Smebye, 2008).

Noen hjelpemidler for å oppnå forståelse gjennom verbal kommunikasjon:

- Understreke viktige nøkkelord
- Gjenta de siste ordene som ble sagt
- Komme med spørrende gjentakelse
- Oppsummere essenser og viktige utsagn
- Oppfordre til gjentakelse av utsagnet
- Be om omformulering
- Forstå omformulering
- Gi en reflekterende fortolkning (Wogn-Henriksen. S. 295).

Trygg samhandling mellom mennesker bygges på tre forhold som har betydning for å utvikle gode relasjoner: anerkjennelse, væremåte og empati (Røknes og Hansen, 2006).

### **2.3 Identitet og grunnleggende behov**

Alle mennesker, også de med diagnosen demens har fem grunnleggende psykologiske behov i følge Kitwood (1999) De består av inkludering, tilknytning, trøst, sysselsetting og identitet.

*Identitet* betyr å vite hvem vi er, både følelsesmessig og kognitivt. Vi må ha kontinuerlig kontroll med hva som er fortiden og hva som er nåtiden (Kitwood, 1999). Vi er hva vi, og hva andre forventer at vi skal være. Mennesker med demens vil oppleve at identiteten svekkes når de ikke er i stand til å klare seg selv på samme måte som tidligere. Det oppleves også vanskelig når de ikke kan bistå andre med det de tidligere har vært vant til å gjøre (Engedal og Haugen, 2009). Å ha en demensdiagnose vil knyttes både til den patologiske delen i tillegg til den psykososiale erfaringen man har med sykdommen. Personen har sitt eget selv, slik at vi kan ikke møte alle demente på samme måte som før. For å oppleve seg som en person med egen identitet kreves det at man får bekreftelse, aksept og føler tilhørighet med samfunnet. Når et menneske får diagnosen demens mister den noe av selvfølelsen/identiteten. Årsaken er at man ikke lenger vet hvem man er, man blir utrygg på omgivelsene (Jacobsen, 2007).

Rokstad beskriver det å ha identitet er som om det er en sammenheng i alt. Livet er kontinuerlig og mennesket har en opplevelse av enhet og om å være seg selv. Det vil være en kamp for å bevare identiteten ved demens. Til dette trenger den eldre demente hjelp fra omgivelsene. Omverdenen må kunne legge til rette og gjøre hverdagen forutsigbar og trygg. Det vi som helsepersonell skal ha i tankene er at tankeevnen endres, man finner ikke ordene, hukommelsen svekkes, konsentrasjonsvansker oppstår, gjenkjennelse av mennesker og ting svikter. Om et resultat av dette kommer de følelsesmessige endringene inn som følelse av tristhet, sinne og irritasjon og angst (Rokstad, 2005). Vi må anta at disse personene har et stort behov for *trøst* med tanke på at mange har hatt en eller flere tapsopplevelser gjennom livet. Ikke minst etter at demenssykdommen utviklet seg. Man har behov for nærhet, ømhet og lindring av smerte og sorg. Usikkerhet og bekymringer er også hverdagen slik at *tilhørighet* og *inkludering* er viktig å fokusere på i følge Kitwood (1999). Han viser til forskning av John Bowlby fra 1979, der det hevdes at å skape forbindelser er et instinktivt, tverrkulturelt og universalt fenomen. Dette skaper en trygghet i livet og er like viktig for pasienter med demens som hos små barn. Til å bygge opp dette

behøver de hjelp fra menneskene rundt seg. Mennesket har også et naturlig behov for sosialisering, dvs å føle seg inkludert. Behovet viser seg ofte i at personen krever oppmerksomhet på ulike måter. Hvis ikke behovet dekkes vil resultatet lett bli at pasienten isolerer seg helt. Kitwood viser også til Tessa Perrin sin undersøkelse så er det mulig å få denne pasienten til å «ekspandere» igjen hvis behovet senere ble oppfylt (Kitwood, 1999).

Kitwood (1999) peker også på at behovet for *sysselsetting* kan hos enkelte være grunnleggende tilstede. Man har stadig behov for å delta selv ved demens. Dette gjenspeiler seg ofte i at personen ønsker å hjelpe til i ulike aktiviteter. Man har lært fra barndommen av, at ved å gjøre noe så fremkaller en reaksjon fra andre. Resultatet ved ikke å være aktiv kan være at pasienten går inn i en tilstand av nytteløshet, apati og kjedsommelighet. Den enkleste måten for personell å kunne veilede her er å kjenne detaljert til pasientens forhistorie.

Kitwood (1999) mener at personalet kan være medvirkende til å skape et godt personarbeide ved å:

Anerkjenne; for at personene er enestående og er en viktig og egen person, for eksempel ved bruk av navn, hilsen og øyekontakt.

Forhandle; ved at pasienten har medbestemmelse i det daglige.

Samarbeide; at man kan gjøre noe sammen, hjelpe hverandre.

Leke; de daglige oppgaver skaper positiv energi.

Timalerinere; stimulering uten å overgå personens personlige grenser. Eksempler kan være massasje og musikk.

Feste/feire; høytider og andre begivenheter, men også i tillegg kan man skape gode stemninger som for eksempel rundt måltider.

Avslapping; enten sammen med en eller i liten gruppe. Det kan være med beroligende musikk eller berøring.

Validere; selve ordet betyr gyldiggjøring. Dette gjøres gjennom å akseptere personens opplevelse av virkeligheten. Det kreves en sterk evne til empati for å forstå personens følelser og forståelse av omverdenen.

Omfavne; i psykologisk betydning, det personen kan få utløp for tanker og følelser i trygge rammer. Kommunikasjonen her vil være fokusert på bla bekreftelse. Det kan også innebære en fysisk omfavelse for å skape ro og trygghet.

Facilitere; der en tilrettelegger for at personen selv skal kunne gjøre oppgaver som for eksempel morgenstell og samtidig kunne gi bekreftelse på at det han gjør er bra (Kitwood, 1999).

Primæroppgaven til demensomsorgen er å legge til rette for at velvære og identitet kan opprettholdes hos den enkelte pasient. Pasienten trenger hjelp til å gjøre dette når den kognitive svikten fører til at han ikke lenger klarer å finne sammenhengen og kontinuiteten i sin livshistorie. For å kunne bistå til dette må helsepersonell kjenne detaljert til pasientens livshistorie (Kitwood, 1999).

Får mennesket dekket disse behovene vil det også si at man mestrer. Mestring betyr at vi har kontroll med vårt liv. Dette utvikles gjennom det levde liv. Ytre ressurser som nettverk, familie, økonomi og indre ressurser som kognitiv kapasitet, utdanning og sist men ikke minst; evnen til tilpasning/omstilling har stor betydning for mestringsevnen. Men når demenssykdommen inntreer blir det ofte vansker og utfordrende atferd kan bli konsekvensen. For å kunne omstille seg kreves en viss grad omstillingsevne, denne svekkes hos mennesker med demens. Vanlige dagligdagse oppgaver oppleves kaotisk fordi man ikke forstår hva som skal skje eller hvordan man skal utføre selv de enkle oppgavene i hverdagen (Jacobsen, 2007).

## ***2.4 Utfordrende atferd***

Utfordrende atferd er en vanlig følge av alle typer demenssykdom. Denne omtales ofte som atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens, med forkortelsen APSD. Her har vi tre ulike typer: verbal, fysisk utagering og generell fysisk uro. Symptomer på APSD



kan deles inn i to hovedgrupper, psykiatriske- og atferds-symptomer. Herunder finner vi personlighetsendringer, apati, interesseløshet, rastløs motorisk atferd, depresjoner, tilbaketrekking, vrangforestillinger, irritasjon, repeterende handlinger, forandret døgnrytme, vandring i større eller mindre grad, angst, illusjoner, feiltolkning, paranoid og hallusinasjoner. Disse problemene kan føre til atferdsmessige utfordringer som kan komme til uttrykk i aggresjon og utagering som for eksempel slag, kraftig munnbruk, klyping og spytting (Engedal og Haugen, 2009). Endret atferd kommer av at mennesket opplever mestringsvikt, har fått manglende evne til å forstå konkrete situasjoner og på grunn av følelsesmessige reaksjoner (Sosial- og Helsedirektoratet).

Definisjonen kan være:

«En betegnelse for å beskrive det mangfoldet av psykologiske symptomer, psykiatriske symptomer og episoder med atferd som oppstår hos personer med demens, uavhengig av årsak» (Engedal og Haugen, 2009, s 311).

Det er ulike årsaker til at APSD oppstår. Det er ikke bare den dementes symptomer, men også miljøet og samhandling med andre som kan være medvirkende til problemene. Det blir lett å «skylde» på demenssykdommen alene når atferden blir utfordrende.

I tillegg kan vi observere ukritisk atferd ved måltider, seksuell atferd og språkbruk. Årsaken til at denne type atferd oppstår er ofte at mennesker med demens er sårbare pga at denne befinner seg i en uoversiktlig, overveldende og ukjent verden. Det kan forklares med at mennesket får en katastrofereaksjon. Kartlegging kan være med å finne årsak til og i hvilke situasjoner slike avvik oppstår (Engedal og Haugen, 1996).

## ***2.5 Kontekstens innvirkning på kommunikasjon og relasjon***

Kommunikasjon skjer alltid i en sammenheng mennesker i mellom. Det som har betydning her er den sosiale, fysiske og meningskontekst, den sistnevnte er blir også kalt kulturell. Kulturelle forskjeller vil kunne skape ulike reaksjoner (Røknes og Hansen, 2006).

Miljøet i avdelingen har stor betydning for hvordan man kan oppnå en god relasjon. Det må være et skapende miljø som får alle til å føle trygghet og tilhørighet. I bunnen må det ligge en individuell omsorg, noe som gir pasienten den nødvendige imøtekommenhet av den enkeltes grunnleggende behov. Vi tenker at et hvert individ har sin livserfaring som

igjen vil gjenspeile seg i hvordan pasienten takler sin demens, bevisst eller ubevisst. Personalet må kunne tenke forebyggende og inneha tiltak for å håndtere utfordrende adferd (Rokstad, 2005). Jakobsen(2007) sier noe om at inklusjon er med på å gjøre mennesket til en del av en gruppe, det motsatte vil kunne gjøre at pasienten vil kjenne en mer eller mindre redsel for å føle seg alene og forlatt. Vi kan merke det på den måten at pasienten er kontaktsøkende, protesterer eller klamrende. Beskjeftigelse gir mening men det må tas hensyn til personens psykiske og fysiske evner og verdier slik at vi ikke krever mer av vedkommende enn at det er realistisk.

Mellommenneskelig forhold kan føre til god samhandling ka være empati, væremåte og anerkjennels (Røknes og Hanssen, 2005). Hvordan vi oppfattes av den andre kan være avgjørende ved hvordan vi er kledd, håndtrykk, om vi signaliserer uro, avvisning, imøtekommenhet, trygghet m.m. atferden til pasienten utformes både av dennes livshistorie og samspillet i pasientens miljø. Atferd er en form for kommunikasjon, når pasienten ikke kan benytte seg av den verbale kommunikasjonen på samme måte som tidligere (Rokstad, 2005).

## ***2.6 Personalets funksjon i institusjonen***

Hauge (2008, 219-236) skriver at det er sykepleieren som har den høyeste kompetansen som også har ansvar for at kvaliteten for tjenestetilbudet holder mål. Det innebærer møte med pasient og pårørende samt dokumentasjon, lede pleieteamet og fagutviklingen. Kitwood (1999) sier at symbolbildet hos hvert enkelt menneske med demens utgjør en kompleksitet som gjør at personalet må være kritisk og bevisst i sin vurdering av pleiekulturen. Det viktigste er den individuelle personlighet og hjelpebehov som må stå i fokus. Helsepersonell handler ikke med onde hensikter, men vi har med oss en kulturarv som vi må være bevisst på. Noe av det som den ondartede sosialpsykologien, som Kitwood (1999) kaller den kulturelle arven, innebærer disse ti elementene; forræderi, umyndiggjørelse, barnliggjørelse, intimidering, stempling, stigmatisering, forsering av tempo, underkjennelse, forvisning, objektivering, ignorering, tvang, neglekt, anklager, latterliggjøring og nedverdigering. Han peker på at i verste fall så kan det opptil 80 % av døgnet forekomme regelrett forsømmelse av den demente. En måte å komme denne til livs er å veilede og undervise.

### **3.0 METODE**

I følge Dalland (1993) er metode personavhengig. Det finnes flere metoder/måter å løse en oppgave på. Metoden som blir valgt her er en systematisk litteraturstudie, et redskap som skal belyse studiens hensikt. Studien tar utgangspunkt i eksisterende kunnskap gjennom litteratur og forskning innen temaet jeg har valgt. Murlow og Oxman (2003) sin definisjon av systematisk litteraturstudie:

*«-den utgår från en tydligt formulerad fråga som besvars systematisk genom att identifiera, välja, värdera och analysera relevant forskning» (s. 32)*

Murlow og Oxman er gjengitt i Forsberg og Wengstrøm (2008). Artikkene skal inneholde tydelige spørsmål, skal ha en søkestrategi som favner alle relevante studier. Ved en systematisk litteraturstudie vil artiklene være kritisk vurdert og analysert. Det må foreligge et tilstrekkelig antall artikler av god kvalitet for å komme til en god konklusjon

#### **3.1 Inkluderingskriterier**

Forskningsartiklene som skulle inkluderes, skal kunne svare på hvordan man kan skape god kommunikasjon og gode relasjoner mellom personalet og pasienter med demens av begge kjønn i institusjon, og som er problemstillinga i oppgava. Institusjonen kunne være hvilken som helst avdeling i sykehjem. I de fleste typer avdelinger er det vanlig med mange pasienter med demens. Alle typer demens inkluderes samt at hovedvekten blir lagt på den eldre med demens i institusjon. Dette for å fange opp relevant forskning innenfor dette feltet. Noen av artiklene skulle også inkludere APSD (atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens). Artikkene skulle kunne være på norsk, svensk, dansk og engelsk med tanke på språkforståelsen. Alle artiklene som ble brukt i resultatdiskusjonen, skulle være publisert i et eller flere vitenskapelige tidsskrift og være referee-bedømt, med unntak av de artiklene jeg skulle bruke i drøftingsdelen. Et vitenskapelig tidsskrift er tilgjengelig for andre forskere og andre i ulike databaser i følge Forsberg og Wengstrøm (2008). Den eldste artikkelen var fra 1999 og resten fra 2005-2011. Artikkene jeg har lest og brukt i resultatdelen har vært kvalitetsvurdert av meg til å være av god/høy kvalitet, til det har jeg brukt kvalitetsvurderingsskjemaene til Willmann, Stoltz og Bahtsevani (2006). Se vedlegg 2 og 3.

### ***3.2 Datainnsamling***

Selve prosessen med datainnsamling startet sommeren 2009 i forbindelse med utarbeidelsen av prosjektplanen. Siden jeg har hatt to års utsettelse på oppgaven, starte jeg med nye søk fra januar til april 2012. Jeg brukte relevante søkeord som jeg hadde trukket ut fra tema og problemstilling.

Til søkene hadde jeg funnet søkeord som jeg mente skulle favne det jeg anså som nødvendig for å besvare oppgaven, og for å finne relevante artikler. Nøkkelordene, som også nevnt tidligere i oppgaven var relasjon, kommunikasjon, personale, demens, eldre, institusjon. Jeg bruker noe litteratur ut fra pensum og annet relevant stoff til oppgaven gjennom søk i BIBSYS. I tillegg har jeg erfaringer fra mine år i sykehjem og fra praksisperioden i videreutdanningen. Resultatet fra datainnsamlingen danner grunnlaget for oppgaven. Datasøket etter relevante artikler ble avsluttet da jeg hadde 38 artikler til gjennomlesing. Disse ble først lest fort igjennom for å se om de kunne være med på å gi svar til oppgaven. Alle typer demens ble tatt med for at ikke aktuelle artikler skulle ekskluderes. Artikkene skulle gi meg svar på hvilke utfordringer som finnes og hva som skulle til for å skape en god kommunikasjon og relasjon mellom pleier og den eldre med demens i institusjon.

### ***3.3 Søkehistorikk***

Det som var mest utfordrende var å søke i databaser etter relevante artikler ut fra søkeordene jeg har valgt. Bjørk og Solhaug (2008) sier det er ingen garanti at man finner alle studier som kan være relevant. Artikkene skulle være presentert i et vitenskapelig magasin.

Databaser jeg har valgt å søke i er Norart, Ovid, ProQuest og SveMed. Jeg fant også egnede søkeord på engelsk og svensk ved å bruke SweMed. Ved søk i Norart 04.04.12 brukte jeg kun søkeord dementia, der fikk jeg 15 treff. Søk i OvidSP, ved bruk av ordene Nurse, Dementia og Communication samme dag, ga meg henholdsvis 25 917, 3 138 og 4 683 treff. Jeg gjorde nye søk i samme database i 10.02.12 og der brukte jeg 8 søkeord i kombinasjon og fikk der 6 958 treff. For å kombinere ord brukte jeg AND og OR. Søk i Proquest ble også gjennomført 22.09.09 og 01.03.11. Der brukte jeg flere søkeord i kombinasjon og fikk henholdsvis 273, 24 og 21 treff. I databasen Svemed+ ble det

gjennomført søk både 22.09.09 og 04.03.12. Det siste søket inneholdt flere søkeord enn på det første søket. 23.04.12 ble det utført flere søk, der søkeordene Communication, dementia, nursing home og behavior ble benyttet. Antall treff ble 3620, 4 abstrakt ble lest, 2 artikler ble lest hvorav 1 ble benyttet. Se vedlegg 4.

Da jeg startet søket hadde jeg funnet nøkkelord som skulle være relevant i følge hensikten og problemstillinger relatert til oppgaven. Disse førte jeg inn i PICO-skjema for å få god oversikt. Det ble plassert ord kun under P, I og O. Under P plassert jeg ord som var relatert til person og sted som f.eks. dement og sykehjem. Under I plasserte jeg det som kunne være tiltak og hvem som kunne være behjelpelig med tiltakene som f.eks. kommunikasjon og sykepleier. Under O plasserte jeg det som kunne være resultatet, da f.eks. relasjon, aggresjon, samspill og atferd. Her ble det benyttet norske, svenske og engelske ord for et bredest mulig treff. Under søkene fant jeg også nye søkeord. Se vedlegg 1.

Alle relevante ord ble tatt med og de beste resultatene fikk jeg ved å bruke trunkeringstegn. Da kunne jeg bruke grunnord/stammen i ordet og kunne likevel få med flere treff da f.eks. sykepleie også kunne gi ordene sykepleier og sykepleiere. Tegnene jeg brukte var \$ og \*. Søkeordene jeg brukte var hovedsakelig demens, Alzheimer, sykepleie/-er, miljø, kunnskap, holdninger, kommunikasjon, relasjon, samspill, sykehjem, personell og atferd. De samme ble også brukt ved søk på engelsk og svensk. De søkeordene jeg brukte vil komme frem av søkeskjema i vedlegg 4.

### ***3.4 Kvalitetsvurdering***

Etter databasesøkene satt jeg igjen med 38 artikler til kvalitetsbedømming. Før å få et inntrykk på om artiklene var relevante for problemstilling og hensikt ble de lest med fokus på metode, resultat og om drøftingen var god. Resultatet ble at 22 artikler ble ekskludert. De gjenværende artiklene ble nøye lest en gang til og analysert. Kvalitetsvurderingene av artiklene ble gjennomført ved hjelp av Wilmann, Stoltz og Bahtsevani(2011) sine sjekklister for kvalitative og kvantitative artikler. Se vedlegg 2 og 3. Her hadde jeg spesielt fokus på to hovedområder: klart formulert problemstilling og at studiedesignet passet til problemstillingen. Ved å gå gjennom artiklene nøye ved hjelp av sjekklister kunne jeg svare ja, nei eller vet ikke. Ut fra det beregnet jeg prosentvis, etter Wilmann, Stoltz og Bahtsevani(2011) sine prosent- beregninger. Disse var grad I 80-100% (høy kvalitet), grad II var 70-79% (middels) og grad III var 60-69%. Alle de jeg endte opp med lå på rundt

90%. Jeg endte opp med både kvalitative og kvantitative artikler. Etter denne prosessen satt jeg igjen med 20 artikler, hvorav 16 artikler ble valgt til å danne databakgrunnen til oppgaven.

### **3.5 Etiske hensyn**

Det er strenge etiske krav til forskning. Helsinkideklarasjonen fra 1964 stiller krav på internasjonalt nivå. På nasjonalt nivå har vi REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsteknikk) som vurderer prosedyrer, at beskyttelse og informert samtykke er til stede hos deltakerne. I tillegg har vi og NSD (Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste) som sørger for at personvernet blir ivaretatt. De fleste helseinstitusjoner har også egne regelsystem (Bjørk og Solhaug, 2008). Jeg har etter beste evne analysert artiklene jeg har funnet så objektivt som mulig. Etter regelverket skal artiklene skal være publisert i et vitenskapelig tidsskrift. Jeg tar forbehold om mulige misforståelser siden flertallet av artiklene er på engelsk. Jeg har også angitt alle kilder jeg har brukt. De retningslinjer, krav og lover som gjelder, har blitt fulgt etter beste evne. De artiklene jeg har brukt er kvalitetsvurdert av meg til å være av høy kvalitet.

### **3.6 Dataanalyse**

Etter datasamlingen vil en sitte igjen med et råmateriale som kan være uoversiktlig. Vi må lete etter hva den vil fortelle oss. Det må gjennomgås helhetlig og delt for å skaffe bilde om det er dette som kan gi oss nødvendig svar til oppgaven vi skal løse (Dalland, 1993).

Før jeg startet datasamlingen hadde jeg satt opp et tankekart med hensikt og tema i midten.

Ut derfra hadde jeg greiner med tema som jeg markerte med farger;

Rød	Aggressivitet
Blå	Utdanning/kompetanse
Grønn	Miljø
Rosa	Musikk
Lilla	Kommunikasjon
Gul	Demens
Turkis	Sykehjem

I den systematiske analyseprosessen benyttet jeg David Evans' (2002) fire punkt:

**A) Samle data.**

Jeg samlet artikler ved å ta utgangspunkt i nøkkelordene jeg hadde i utgangspunktet og tok deretter utskrift av artiklene. Jeg gikk gjennom artiklene og markert temaene etterhvert som de dukket opp, med aktuell farge. Samtidig skrev jeg notater på papirutgaven. Alle artiklene jeg fant noenlunde relevante, ble lagt inn egen tabell der jeg noterte, forfatter, årstall, land, hvilket tidsskrift det var publisert i. Videre, tittel, hensikt, metode, hvor mange deltagere, funn, min kvalitetsvurdering og hvilken database jeg hadde funnet dem i. Se vedlegg 5.

**B) Se på nøkkelfunn.**

Jeg så på nøkkelfunn i hver enkelt artikkel om de kunne være relevant. Da jeg i første omgang ikke fant nok og relevante nok artikler forsøkte jeg meg med flere søkeord som hadde dukket opp under tidligere søk, noe som resulterte i flere relevante artikler.

**C) Se etter felles tema.**

Her valgte jeg ut mine tre hovedtema som jeg tok med i resultatdelen. Temaene var om kompetanse og holdninger blant personalet, årsaker til at utfordrende atferd oppstår og tilnærming og forebygging av utfordrende atferd.

**D) Beskrivelse av funnene.**

Foruten noen få norske artikler var det også flere på engelsk. Jeg lette etter felles funn og om de kunne si noe om mitt tema. Jeg noterte og streket under etterhvert som jeg leste artiklene og sammenfattet de aktuelle funn. Felles for de fleste artiklene var at de handlet om demens, kommunikasjon, og miljø. Deretter noen artikler som tok for seg det gjenstående jeg anså som nødvendig for å kunne besvare oppgaven som for eksempel utdanning og holdninger.

## 4.0 RESULTATPRESENTASJON

Hensikten med denne studien var å beskrive hvilke faktorer som skulle til for å oppnå en god relasjon i møtet med pasienter med demens i en institusjon.

### ***4.1 Kompetanse og holdninger blant personalet***

Majoriteten av de som jobber med eldre mennesker er kvinner uten høyere utdanning (Häggström og Bruhn, 2009). I denne studien kommer det frem at personalet ser nødvendigheten av utdanning og er også positive til dette. Årsakene til at de likevel ikke velger utdanning er mangel på tid, for dårlig tilretteleggelse på jobb, alder, utfordringer i forhold til IT-verktøy, stor belastning på personalet som blir igjen i avdelingen og for dårlig oppfølging. Häggström og Bruhn(2009) finner også i denne studien at de som likevel velger å ta videre utdanning, får veiledning, kurs eller får høynet kompetansen på andre måter, blir mer tilfredse i arbeidet med eldre med demens.

Zimmermann et al. (2005) og Häggström og Bruhn (2009), har kommet frem til at økt kunnskap bidrar til at personell blir mer bevisste på hvordan de kan hjelpe personer med demens til å bevare identiteten og gi dem økt selvfølelse. Utdanning av personell fører også til at personalet blir mer kompetente og dermed mer tilfredse til å håndtere de ulike situasjonene en møter i samhandling med pasienter med demens. Dette gir ringvirkninger som vil være positive for personene med demens også. (Zimmermann et al. 2005)

I boliger og sykehjem økes livskvaliteten og trivsel i hverdagen betydelig der personalet har spesialkompetanse innen flere fagområder (Zimmermann et al. 2005). Edvardsson et al. (2008) finner i sin studie at dersom personalet føler at de blir verdsatt og de får mulighet og støtte til å vedlikeholde og utvikle sin kompetanse, vil det resultere i at personalet får forståelse av hva som utgjør et omsorgsfullt miljø for personer med demens. Man får større mulighet til å finne grunnlag for diskusjon og konstruktive debatter om etiske problemstillinger og konflikter dersom det oppstår.

En studie av McCallion (1999) viser at ved å gi pleieassistenter opplæring i hvordan de skal samhandle med mennesker med demens i sykehjem, vil de oppnå at det ble skapt en bedre trivsel for beboerne. Hansen og Ytrehus (2011) sin studie viser at Marte Meo-



veiledning (filming av situasjoner som blir analysert i ettertid) har en positiv innvirkning på personalets mestringsfølelse. Bruk av metoden reduserte stress hos personalet. Ved å få positive tilbakemeldinger, økte samarbeidet og tryggheten blant personalet. Det ga også en økt refleksjon og bevisstgjøring av personalet. Men MM kan ha ulik betydning for ulike arbeidssteder.

## ***4.2 Årsaker til at utfordrende atferd oppstår***

Whall et al. (2008) gjorde en studie der det ble vist til at både fysiske og psykiske behov må dekkes. Innenfor dette må en også tenke fysisk og psykisk miljø. Den direkte pleiesituasjonen denne forskningen kom frem til var at dusjing var den situasjonen som utløste utfordrende atferd. Dusjing som ble utført raskt skapte forvirring og engstelse. Bakgrunnsfaktorer som medvirket til dette var personlighet, mengde søvn, frykt og forvirring. Whall et al. (2008) og Giltin et al. (2008) viste også i sin studie at hvis sykepleieren hadde en negativ holdning til pasienten, vil dette også ha en medvirkning på pasientenes reaksjon. Eksempler på dette er øyekontakt, humør og hastverk. Whall et al. (2008) peker også på at det fysiske miljøet som bl.a, lys, temperatur og lyd kan være utløsende faktorer. Hoeffler et al. (2006) utførte en studie der hvor 69 beboere med demens var deltagere i et forskningsprosjekt som gikk ut på å se om ulike badesituasjoner hadde innvirkning på atferden til beboerne. Studien konkluderte med at standard dusjing ofte utløste utfordrende atferd i motsetning til der det ble brukt annen tilnærming.

## ***4.3 Tilnærming og forebygging av utfordrende atferd***

Edvardson et al. (2008) hevder i sin studie at velvære for sykepleierne knyttes også til trivsel og trygghet for personer med demens i institusjon. Resultatet blir færre atferdsproblemer i denne pasientgruppen der hvor personalet opplever et mer positivt og omsorgsfullt klima og en lavere jobbelastning. Musikk er en måte å oppnå reduksjon av utfordrende atferd (Gitlin et al. 2008). Den samme forskningsgruppen har også kommet frem til at effekten av et skreddersydd aktivitetsprogram (TAP=Tailored Activity Program) reduserer frustrasjon hos pasienter med demens. Frustrasjon er i følge forskerne, et element som fremmer utfordrende atferd. I følge Giltin et al. (2008) er et eksempel på aktivitet at en pasient kan lage et enkelt måltid. En studie av Garland et al. (2007) viser at musikk står sentralt hvor flere behandlingsformer ble prøvd ut. Men også andre aktivitetsformer ga tilsvarende effekt som f.eks. spill, familiefilmer, bilder m.m.

Uavhengig av personlig karakter vil mennesker respondere på dialog fra andre mennesker (Garland et al. 2007). En annen studie av Kovach et al. (2006) viser at den responsen sykepleieren gir overfor utfordrende atferd har betydning om denne reduseres, forsterkes eller forblir uendret. Williams et al. (2009) henviser også til studier som sier at sykepleirens kommunikasjon er avgjørende på responsen fra pasienter med demens om denne vil reagere med utfordrende atferd. Videre sier de at pleiepersonell som er bevisst på å bruke korte setninger, enkle ord, måten å snakke på, stemmenivå/volum og hastigheten på talen, hadde en god effekt på utfordrende atferd. Hoeffler et al. (2006) sin studie viser at bevissthet på måten helsepersonell kommuniserer på og effektiv kommunikasjon kan redusere forvirring og ubehag. De sier at en skal ta sikte på personsentrert tilnærming som er god og støttende og der kommunikasjonen er tilpasset den enkelte pasient. Livshistoriearbeid kan være fordelaktig for pleieren da denne lettere kan se personen bak pasienten (Russel og Timmons, 2009). Aktørene kunne fortelle sine historier komplekst og rikt, slik at intervjueren fikk et innblikk i hvordan de forstår sitt liv og verden rundt dem. Det viser at hver person er et eget individ uansett diagnose og behov. Det blir lettere for pleieren å gi en person-sentrert pleie, som vil si å gi pleie ut fra den enkeltes behov.

## **5.0 RESULTATDISKUSJON**

Jeg ville vite hvordan personalet kan skape gode relasjoner mellom pasient med demenssykdom i sykehjemsavdeling. Når pasienten ikke har det tilfredsstillende og dette gir seg utslag i ulik utfordrende atferd, er det min erfaring at det også kan føre til slitasje på personalet. Vi har vanligvis forståelse for at gode relasjoner er bra for å oppnå gode resultater. Men vi føler ofte at tiden ikke strekker til. Det er også kunnskapsmangel blant noen ansatte. Mange av pasientene har en utfordrende atferd som har innvirkning på avdelingen i sin helhet. I slike tilfeller må en forsøke å finne gode løsninger for å redusere, eller om mulig løse problemet. Man må tilstrebe løsninger for å redusere bruk av medikamenter. Men det er dermed ikke sagt at man kan finne løsninger som fjerner all form for utfordrende atferd.

### **5.1 Personalet**

#### **5.1.1 Kompetanse**

Helsepersonelloven av 1999 § 39 sier så har den som yter helsehjelp plikt til å føre journal på den enkelte pasient. § 40 forteller oss at den skal være yrkesetisk riktig og skal inneholde relevante opplysninger for at pasienten skal få den helsehjelpen han trenger. Journalen skal også være lett å forstå. For personer med demens skal det gjennomføres dokumentasjon av tjenestetilbud hvert fjerde år samt at satsningsområdene blir etterfulgt. Dette gjøres via KOSTRA (KOMmune-STat-RApportering), IPLOS (Informasjon om Pleie og OmSorgstjenester) og Norsk Pasientregister. Demensplanen 2015 Man kan også benytte seg av kunnskapsbasert sykepleie. Det innebærer å ta sykepleiefaglige avgjørelser basert på systematisk innhenting av kunnskap gjennom erfaring, kunnskap om pasientens behov og ønsker og også forskningsbasert kunnskap i den gitte situasjonen. Det behøver ikke alltid å være de helt store endringene som skal til for å møte og løse utfordringene i forhold til pasientene. (Hauge, 2008) og (Rokstad og Smebye, 2008). Hauge (2008) antyder at dette kan gjøres ved å ha et aktivt fagmiljø som gir faglig utvikling. Dette rundrestrekes også av Zimmermann et al. (2005) og Häggström og Bruhn (2009). Sykepleieren skal være rollemodell og har ansvar for at også den ufaglærte skal få god opplæring for å utøve en god jobb. Vi opplever at der sykepleieren er faglig sterk og prøver å trekke med seg andre, vil det gi en bedre motivasjon blant de andre ansatte og vikarer. Dette er også min erfaring. Faglig sterke og engasjerte sykepleiere letter jobben

for lederen, og denne føler seg ikke lenger alene om å skape motivasjon og høyne standarden på den individuelle pleien.

De fleste som jobber med eldre mennesker er kvinner uten videreutdanning. Mange er også ufaglærte. Det er ulike årsaker til at de ikke søker utdanning eller videreutdanning, som f.eks tilrettelegging på arbeidssstedet. Dette understøttes av Häggström og Bruhn (2009). I deres studie viste det seg at de som valgte videre utdanning, kurs eller veiledning ble mer tilfreds og trygg i arbeidet med eldre. Zimmermann et al. (2005) og Häggström og Bruhn (2009), sier i sine studier at det er nødvendig med kursing og utdanning av personell for å gi pasienter med demens økt selvfølelse og bevare deres identitet. Kitwood (1999) sier at i tillegg til utdannelse må også mennesker som skal jobbe med demente i tillegg kunne vise utviklingspotensial. Zimmermann et al. (2005) sier videre at personellet med økt kompetanse blir tryggere og mer tilfredse og evner også derfor til å gjøre en bedre jobb. Edvardsson et al. (2008) fant i tillegg at ved kompetanseheving er det enklere å finne grunnlag for konstruktiv og etisk diskusjon som medfører at det blir lettere å håndtere konflikter og uenighet. Dette er jeg enig i. Jeg har sett tilfeller der helt ufaglærte på ingen måte skjønner hvordan de skal tilnærme seg pasientene med utfordrende atferd. Utsagn som: «hun er jo helt umulig, hun er slem, hun er ond og håpløs» er ikke så uvanlig å høre. Dette skjønner vi er av ren uvitenhet. Forskningen av bl.a. Zimmerman et al. (2005) viser at det ikke er nok og god nok kompetanse og i Demensplanen 2015 blir det understreket nødvendigheten av kompetanseheving innen helse og omsorg. Noen tiltak som er redegjort for er bl.a å styrke videre- og etterutdanningen innen geriatri og demensomsorg, iverksette opplæring for frivillige, ansatte og pårørende. I regi av Norges Forskningsråd skulle det i løpet av 2006-2010 etableres et eget forskningsprogram for helse- og omsorgstjenester i kommunene med spesielt fokus på demens.

### **5.1.2 Atferd og holdninger**

For å oppnå en god omsorg for pasienter med demens, må kvaliteten på personalet økes. Det er ikke lett å endre på gammel kultur i institusjonen, dertil kreves det en strukturert leder. Denne må være bevisst på hva som skal gjøres. Det må være realistisk og skje til riktig tid (Kitwood, 1999). Zimmerman et al. (2005) finner i sin studie oppfattelsen vi har av demens er avgjørende for hvordan personer med demens blir ivaretatt. Det er ikke alltid enkelt å endre praksisformene i en institusjon det kan oppleves som en trussel om endringer underveis. Utfordringen blir å finne aksept for endringene som må til. Vi må i

utgangspunktet være bevisst på hva endringene består i. Det må foreligge en detaljert plan i samarbeid med personalet/samarbeidsgrupper og evt. pasient/pårørende, gjerne også en fremdriftsplan. Det må gis rom for evaluering underveis og være realistisk. Det må fremstås som noe positivt for alle parter (Kitwood, 1999). Det vil også være et ressurssspørsmål om en har muligheten til å bygge opp et profesjonelt pleiersteam som kan se på «hele» mennesket og dets behov, medisinsk, psykologisk og fysisk. Høy jobbbelastning gir lav jobbtillfredshet (Edvardsson et al. 2008) Det stemmer med mine erfaringer også. Det kan oppleves ved at den ansatte virker irritabel, utålmodig, er lite motivert for endringer, har tilsynelatende redusert respekt både for pasienter og medkollegaen og kan ha lav terskel for å bli hjemme pga. sykdom eller plager.

Som Kitwood (1999) sier så må personalet være bevisst pleiekulturen. Det må ses på hvordan vi behandler og ser på personen. Det skal være fokus på den individuelle personlighet og nødvendig hjelpebehov. Veiledning og undervisning vil kunne hjelpe på dette. Rokstad og Vatne (2011) sier at personalet må være bevisst på seg selv, handlinger og holdninger. Dette gjøres best ved å reflektere over egen atferd, og gir oss en god praksisutøvelse. For å få en felles holdning er det en fordel å kunne reflektere sammen i grupper. I vår avdeling har vi anledning til å benytte morgenrapportene til etisk refleksjon. Dette er noe som jeg som leder der har planer om å videreutvikle ved å ta det til personalmøter. Det vil være en fin ramme siden det er størst mulighet til å nå så mange som mulig. Rokstad og Vatne (2011) beskriver at refleksjon skaper trygghet i vurderingene som tas i forhold til samhandling med pasienten. Når man reflekterer er det også lettere å se på andre løsninger og endringer kan lettere skapes. Jeg ser at det ikke alltid er så enkelt, spesielt med tanke på «de som har vært lengst i tralten». Ved nyansettelser, og spesielt yngre mennesker blir det lettere å skape stunder med refleksjon. Etter hvert kommer «den eldre garde» etter og de syns ikke det er så ille likevel.

Lederen i avdelingen har en viktig rolle for å vedlikeholde og fornye faget. Denne må våge å utprøve nye ting. Innhold og strukturen i hverdagen skaper trygghet blant personalet. Være tydelig, stille krav og gå foran med gode eksempler. Være bevisst prioriteringer og konsekvensene av disse (Samuelsen, 2005). Holdninger og motivasjon bestemmer om personalet er villig til å legge til rette for miljømessige forbedringer. Atmosfære etter hvem som er på jobb endrer seg, det merkes ved mengden av uro og støy, noe som igjen har innvirkning på trygghet eller utrygghet hos pasienten. Det er lett å legge skylden på

pasienten eller økonomisk styring, men det kan være like mye personalets innstilling og holdning. Eide et al.(2003) referer til Løgstrup sier at vi har stor makt over andre og kanskje mest overfor mennesker med demens som ikke har samme grunnlag til å forsvare seg. Kitwood (1999) skriver om vår kulturarv som innebærer at uten at vi tenker over det, utøver vi maktbruk overfor den som mottar pleie. Han sier videre at denne utøvelse, som han kaller ondartet sosialpsykologi, har en tendens til å øke med frykt, maktforskjeller og anonymitet.

## ***5.2 Årsak til at utfordrende atferd oppstår***

Engedal (2008) peker på det er store individuelle forskjeller både atferdsmessig og psykososialt. Reaksjonsmønsteret er avhengig av type demens og dennes symptomer slik de er nevnt under punkt 2.1.1 og 2.1.2. Vi må ha i tankene at ved demens kan det lett oppstå misforståelser som utløser uønskede reaksjoner. Dette bekrefter også Engedal (2008). Endret atferd kommer av at mennesket opplever mestringsvikt, har fått manglende evne til å forstå konkrete situasjoner og på grunn av følelsesmessige reaksjoner. (Sosial- og Helsedirektoratet). Også smerte kan utløse utfordrende atferd (Kovach et al. 2006). Det er derfor viktig å utelukke og behandle somatiske lidelser der det er mulig. Får pasienten behandling for fysiske plager kan vi se endring i atferden.

Whall et al. (2008) gjorde en studie der det ble vist til at både fysiske og psykiske behov må dekkes. Kitwood (1999) støtter også dette. Dette er også innbefattet fysisk og psykisk miljø. Whall et al. (2008) fant at hvis dusjing ble utført raskt skapte dette forvirring og engstelse. Dette har også vært observert i vår avdeling. Når vi bruker litt lengre tid med forsiktig tilnærming og mildhet har det gått mye bedre. Vi har hatt tilfeller der pasienten absolutt ikke vil dusje. Det kan være at de har hatt skremmende opplevelser i forbindelse med vann tidligere, eller at de rett og slett aldri har likt å dusje. Da har vi funnet andre måter, som f.eks. helvask. Andre faktorer som medvirket til dette var personlighet, mengde søvn, frykt og forvirring. Whall et al. (2008) og Giltin et al. (2008) viste også til at negative holdninger fra sykepleieren får konsekvenser for pasientenes reaksjon. Rokstad og Smebye (2008) bekrefter også noe av dette. Eksempel på dette er øyekontakt, humør og hastverk. Whall et al. (2008) peker også på at det fysiske miljøet som bl.a, lys, temperatur, lyd kan være utløsende faktorer. Hoeffler et al.(2006) konkluderte i sin studie med at

standard dusjing utløste ofte utfordrende atferd - i motsetning til der det ble brukt annen tilnærming. Jeg har også opplevd at det å synge seg gjennom en slik situasjon også kan være en god hjelp til avledning. Engedal og Haugen (1996) skriver at i tillegg til symptomene spiller miljøet rundt pasienten en stor rolle. Kartlegging vil være en måte å finne årsaken.

### **5.2.1 Miljøets betydning**

Personer med demens har et stort behov for et normalt miljø rundt seg. De har forventninger om å bli møtt som før og det fysiske miljøet må ligne mest mulig på et hjem (Engedal og Haugen, 2006). Hvis dette kan opprettholdes vil beboeren få en opplevelse av tilhørighet, inkludering og identitet. Det er tre av de fem psykologiske behov som Kitwood (1999) nevner, de to andre er trøst og beskjeftigelse. Giltin et al. (2008) og Hoeffler et al. (2006), viser i sine studier at ved å tilrettelegge miljøet rundt pasienten vil det være med på å forebyggende på utfordrende atferd. Dette tror jeg har en stor betydning, da jeg har sett at kjente gjenstander, møbler og kjente bilder på veggen tilsynelatende får dem til å føle at de er hjemme. I tilfeller der pasienter har kommet på langtidsavdelingen og fått alt nytt, pårørende har kjøpt nye møbler f.eks så har dette ført til at pasienten blir urolig og sier de bare er på besøk og vil hjem. Og når de har fått noen av sine ting til avdelingen i ettertid så virker det som om de slår seg mer til ro. Det vil i følge Demensplanen 2015 bli satset på økning i antall institusjonsplasser og at det tas hensyn til hvilke typer boformer som er hensiktsmessig. For eksempel pasienter med demens har vansker med å tilpasse seg en tradisjonell institusjon med lange uoversiktlige korridorer.

## ***5.3 Tilnærming og forebygging***

### **5.3.1 Samarbeidspartnere**

Det vil ofte kreve en tverrfaglig vurdering for å finne årsaker til APSD og videre behandling og forebygging. Disse kan bl.a. være hentet fra personalet, ledelse, lege, team fra spesialhelsetjenesten (alderspsykiatri). Kompetansen kan også hentes fra bla fra alderspsykiatri, nevropsykiatri, primærlege og ergoterapeut. Her kan man finne tiltak som går på miljøtiltak som stimulerer ved aktivitet. Man kan få rådgivning ved etiske dilemmaer og også få en vurdering på om pasienten er på riktig omsorgsnivå. (Engedal og Haugen, 2009, s.272) Ulike grupper har ulik kompetanse som vi ikke har forutsetning til å vurdere, for å få til et godt samarbeid her må det ligge til grunn en gjensidig anerkjennelse

og vi må stole på avgjørelsene. (Eide et al. 2003) Jeg har selv opplevd å samarbeide med alle disse gruppene og det har vært veldig lærerikt. Det er flere utfordrende tilfeller som vi i samarbeid her endret til noe velfungerende. Det blir også en inspirasjon for de ansatte også når de ser at tiltak som blir iverksatt nytter. Men for å lykkes er vi avhengig av lojalitet. Jeg ser at det kan ta litt tid avhengig av hvem som er på jobb i oppstartsperioden, men etter hvert så har det gått seg til

### **5.3.2 Identitet**

Pasienten må vite hvem han er, både følelsesmessig og kognitivt. Det innebærer kontroll over fortid og nåtid (Kitwood, 1999). Mennesker med demens opplever tap av når de ikke er i stand til å klare seg selv på samme måte som tidligere (Engedal og Haugen, 2009). For å bevare identiteten kreves det at man får bekreftelse, aksept og føler tilhørighet med samfunnet. Når man ikke lenger vet hvem man er, blir man utrygg på omgivelsene noe som igjen utløser uønsket atferd (Jacobsen, 2007 og Rokstad, 2005). Måten jeg selv har sett det på er at pasienten kan se nedstemt ut og får ulike former for utfordrende atferd.

For å lykkes med bevaring av identitet og få til et godt personarbeid kan dette gjøres gjennom at pasienten selv får medbestemmelse i den daglige omsorgen, vise at han eller hun er viktig ved for eksempel å bruke navn, hilse på og holde øyekontakt, kunne samarbeide, finne positive ting i hverdagen, gi ros og trøst, kunne gi rom for både stimuli og avslapping (Kitwood, 1999). Dette stemmer også med det jeg selv har erfart. Vanlige dagligdagse oppgaver oppleves kaotisk fordi man ikke forstår hva som skal skje eller hvordan man skal utføre selv de enkle oppgavene i hverdagen (Jacobsen, 2007).

#### **5.3.2.1 Individuell omsorg**

Det er ulike måter å møte den demente på, avhengig av hvilke symptomer som ligger i bunnen. Ved vaskulær demens skal det motiveres, støttes og trenes. Ved Alzheimer gis trygghet, stabilitet, forståelsesfull, lyttende. Frontotemporallappdemens, benyttes skjerming og grenssetting (Engedal, 2008). Det er nødvendig og lønnsomt å kartlegge pasienten for lettere finne årsaken til endringene i atferden. Kartleggingen består i å få oversikt over sykdomsbildet, livssituasjon og livshistorie (Engedal og Haugen, 2004). Kovach et al. (2006) har funnet at helhetlig tilnærming vil gi den beste behandling og forebygging. Det kan gjøres ved å lage tiltaksplaner som innebærer en helhetlig vurdering.



Hvordan håndterer personalet problematferd? Det kan være en utfordring å forebygge at slik atferd ikke skjer og det er ikke alltid vi lykkes. Når vi ser at pasienten «bygger opp uro» bør vi i første rekke utvise ro og trygghet. Søke øyekontakt og berøring kan få pasienten til å føle at han har kontakt og føler seg trygg. En annen metode er passivitet ved at en trekker seg unna, glatte over eller avdramatisere hendelsen. Avledning og grensesetting kan også benyttes i enkelte tilfeller i følge Rokstad (2005).

For å kunne gi individuell pleie og omsorg må vi ha relasjonskompetanse. Denne utvikler vi gjennom hele det yrkesaktive livet. Vi må møte medmennesker med forståelse og evne til å samhandle på en måte som ikke er krenkende men kunne gi mening. Vi må møte hele mennesket for å oppnå god samhandling (Røknes og Hanssen, 2006). Dette innebærer at vi må bli kjent med oss selv, bli bevisst verdier og holdninger i omgivelsene våre. Det er mange sider ved en fagperson som har innvirkning på samhandling med andre. Vi må finne egne utviklingsmuligheter. Hvordan en opplever seg møtt av en annen person er avgjørende om kommunikasjonen er god. En kongruent person er trygg på seg selv og vil være i stand til å møte andre på en direkte og åpen måte. Inkongruens er det motsatte, dette er ikke en teknikk som læres, men en kan være selvreflekterende og få en forståelse av sin egen væremåte og kunne endre sin væremåte overfor andre. De daglige oppgavene går lett på ren rutine så derfor er målestokken jeg selv bruker som hvordan ville jeg selv bli møtt i samme situasjon og det vil nok føre til at tilnærmingen blir litt annerledes enn den ellers ville blitt.

### **5.3.2.2 Reminisens og livshistorien**

Reminisens brukes hos mennesker som har svekket korttidshukommelse. Dette kan brukes til å hente frem minner fra tidligere i livet. Avhengig av hva det er, vil dette skape en stemning hos den som minnes, både på godt og vondt (Rokstad og Smebye, 2008). For at pasienten skal oppleve en sammenheng og kontinuitet må helsepersonell kjenne detaljert til pasientens livshistorie for å kunne bistå med dette (Kitwood, 1999). Jeg tror at identiteten kan lett viskes ut, slik at det er viktig for oss som personell å vite noe om pasienten for å kunne benytte dette arbeidet med å hjelpe pasienten til å bevare sin egen identitet. Her kommer livshistorien inn, enten fortalt av den demente selv eller av pårørende. Trøst gir vi ved å tilføye menneskelig styrke og varme gir pasienten mulighet til å føle seg hel. Vi som helsepersonell må være oppmerksom på at mennesker som har blitt rammet av demens lider av flere store tap i livet. Wogn-Henriksen (1997) sier vi kan skape

god kommunikasjon ved hjelp av reminisens. Fotoalbum og samtale kan være hjelpemidler og dette får frem identiteten hos pasienten. Russel og Timmons (2009) har i sin studie funnet at når aktøren forteller sin historie er det lettere å forstå deres oppfatning av sitt liv og omverdenen. Livshistoriene, fortalt av dem selv eller pårørende viser at hver enkelt har sin egen identitet, ikke bare en diagnose. Det er lettere å se mennesket bak, og ofte kan en der finne forklaringer på atferd. Det forenkler prosessen med å gi person-sentrert pleie etter den enkeltes behov. Dette er noe jeg selv også har erfart i løpet av min tid som sykepleier.

### **5.3.3 Kommunikasjon og relasjon**

Alle har behov for å bli forstått og forstå. I relasjon og kommunikasjon med mennesker med demens kan misforståelser lett oppstå. Vi må nå den gode samtalen og ofte benytte andre kommunikasjonsmåter der ord ikke strekker til. Omsorg henger sammen med relasjon, som er kontakt og samhandling mellom to mennesker (Samuelsen, 2005). Wogn-Henriksen (1997) sier også noe av det samme. Hun peker også på hvordan vi bruker språket i tillegg til non-verbale metoder som visuelle tilleggsteget, peking og berøring. Rokstad og Smebye (2008), sier at selv hos mennesker som har utviklet demens vil behovet for kommunikasjon være tilstede, med eller uten ord. Jootun (2011) har i sin studie kommet frem til flere strategier for å få til en effektiv kommunikasjon. Noen går på det å være synlig, dvs. å møte pasienten ansikt til ansikt, bruke navnet, enkelt språk, ikke hjelpe for mye når denne leter etter ord, bruke god tid, oppmuntring og berøring. Dette faller også sammen med det Wogn-Henriksen(1997) sier i sin bok.

Miljøet i avdelingen har stor betydning for hvordan man kan oppnå en god relasjon. Personalet må kunne tenke forebyggende og finne tiltak for å håndtere utfordrende adferd (Rokstad, 2005). Jakobsen (2007) sier at ved å inkludere pasienten i fellesskapet vil det kunne gjøre pasienten tryggere og mindre ensom. Behovet kan vi se ved at denne er kontaktsøkende og klamrende. Bergland og Kirkevold (2011) finner også i sin studie at fokus på det fysiske miljøet er viktig. Jeg tror at beskjefteigelse gir personen noe positivt, men her må psykiske og fysiske evner og verdier tas med i vurderingen for at vi ikke krever mer av vedkommende enn det er realistisk å forvente at det er gjennomførlig. Her er det viktig å vite en del om pasienten på forhånd i følge Jacobsen (2007).

Realitetsorientering kan vi som helsepersonell bruke for å kunne hjelpe pasienten med å holde orden på tid og sted som igjen kan forebygge forvirringstilstander (Rokstad og Smebye, 2008). Vi må være oss bevisst på hvordan vi går frem slik at pasienten ikke føler seg latterliggjort og usikker og dermed provosere frem utfordrende atferd. I min tid som yrkesutøver har jeg opplevd at ansatte har brukt realitetsorienteringen på en måte som kan oppfattes som irettesettelse. Da har en tydelig kunne observere at pasienten ble utilpass og i noen tilfeller reagert med sterk forvirring, sinne eller taushet med påfølgende tilbaketrekking. Validering er en fin måte å tilnærme seg pasienten. Her kan det være lettere å nærme seg pasienten fordi her skal man forsøke å akseptere og forstå personen og dennes opplevelse av omverdenen fremfor å korrigere (Rokstad og Smebye, 2008).

Vi må kjenne oss selv og ha evnen til å leve oss inn den andres opplevelser av deg og omgivelsene for å kunne skape god, trygg og fruktbar kommunikasjon. Vi som fagpersoner må tåle å være nær andre, også i situasjoner der vi ser at vi ikke kan si eller gjøre så mye for den som har det vanskelig (Røknes og Hansen, 2006). Rokstad (2008) sier utfordrende atferd er en form for kommunikasjon. Det er personalets oppgave å bevare relasjon til beboeren. Alle individ vil respondere på en eller annen måte på dialog fra andre sier Garland et al. (2007). Kovach et al. (2006) fant utfordrende atferd avhenger av hvordan kommunikasjon blir formidlet. Det samme sier også Williams et al.(2009). De er enige om at bruk av korte setninger, enkle ord, måten å snakke på, stemmenivå/volum og hastigheten på talen er avgjørende. Hoefffer et al.(2006) sin studie støtter også dette.

#### **5.3.4 Miljø**

Helsepersonelloven av 1999 § 39 sier at den som yter helsehjelp har plikt til å føre journal på den enkelte pasient. § 40 forteller oss at den skal være yrkesetisk riktig og skal inneholde relevante opplysninger for at pasienten skal få den helsehjelpen han trenger. Journalen skal også være lett å forstå. Journalføringen er etter min mening viktig for å dokumentere hva vi har prøvd som mislyktes og hva vi gjør som er vellykket. Der kan alle som har behov for det finne dette siden. Av erfaring er det ikke alt som blir rapportert muntlig av endringer til enhver tid til alle nødvendige parter.

I de siste 20-30 årene har det vært fokus på at miljøet skal være mest mulig normalt. Det vil si at miljøet skal være mest mulig likt et hjem. I gjenkjennbare omgivelser kan pasienten lettere ta opp igjen gamle innarbeidete handlemåter. Dette kan påvirke roen og

spisevaner. Ved å være opptatt av hygiene og det å se velstelt ut kan virke inn på identitetsfølelsen. Det handler også om å legge vekt på selvstendigheten i det daglige. Men vi må være oppmerksomme det individuelle behovet her. Det som passer for en pasient, passer nødvendigvis ikke til en annen. Miljøbehandling er en krevende oppgave der hvor pasientene ikke kan kommunisere normalt, verbalt og der dert er individuelle store forskjeller. Dette gjør at det blir en faglig engasjerende og utfordrende oppgave. Dette sier også Jakobsen (2007) noe om. Bergland og Kirkevold (2011) har også funnet at de fysiske, psykiske og sosiale omgivelsene har betydning for hvordan pasienter med demens vil respondere.

Grunnleggende prinsipper for miljøterapeutisk arbeid vil være å gi beskyttelse, støtte, holde en viss struktur, vise engasjement og validering (gyldig-gjøring). Beskyttelse er for å ivareta mennesker som ikke klarer det selv. Dette gjøres ved f.eks. skjerming, grensesetting, medisinerer eller hjelp med fysiske behov som hygiene, eliminasjon og ernæring. Støtte til å fremme identitetsbevaring er å gi bekreftelse og oppbygging av identiteten. Struktur er å ha gode rutiner som skal skape forutsigbarhet. Engasjement er å skape et miljø der alle kan involveres. Validering handler om at man planlegger handlinger og ytringer som bekrefter individet (Jakobsen, 2007).

Musikk kan bidra til å redusere utfordrende atferd (Gitlin et al. 2008). Den samme forskningsgruppen har også kommet frem til at effekten av et skreddersydd aktivitetsprogram (TAP=Tailored Activity Program) hadde en positiv effekt på frustrasjon som ellers kan fremme utfordrende atferd. I følge Giltin et al. (2008) er et eksempel på aktivitet at en pasient kan lage et enkelt måltid. En studie av Garland et al.(2007) viser det seg at musikk står sentralt hvor flere behandlingsformer ble prøvd ut. Men også andre aktivitetsformer ga tilsvarende effekt som f.eks. spill, familiefilmer, bilder m.m.

Kitwood (1999) skriver at man også ved demens har grunnleggende behov for å delta og hjelpe til samt sosialt samvær mellom personal og pasienter vil også redusere faren for utfordrende atferd. Dette viser også to studier av Galand et al. (2007) og Chapman og Thoseland.

## 6.0 KONKLUSJON

Målet med denne studien var å finne forskning og teori som kunne fortelle meg hvorfor utfordrende atferd blant beboere i institusjon med demens oppstår, og hvordan denne kan håndteres. Funnene forteller at ulike demenstyper, beboerens tidligere levde liv, samt kompetanse og holdninger blant personalet bestemmer hvilke atferdsmessige utfordringer vi vil møte. Den viser at det må være fokus på utdanning, opplæring og holdningsendringer for å kunne redusere og forebygge utfordrende atferd. En av forutsetningene for å få til dette er tilrettelegging fra ledernivå. Personalet må få forståelsen av nødvendigheten for å «se» det helhetlige mennesket, dets individuelle behov og finne en tilnærming tilpasset den enkelte. Funn viser også at det er resurskrevende å gjennomføre en god nok plan. Det kan være et økonomisk spørsmål der det er avgjørende om man kan få tilstrekkelig med godt nok skolert personell og nok økonomiske resurser til å tilrettelegge det fysiske miljøet i avdelingene. Men slik det er i dag er det mulig å benytte ressursene en har til rådighet på en bedre måte. Å gå inn i seg selv og endre egne holdninger skal være mulig å gjennomføre uten store midler. Det kunne ha vært interessant om det ble forsket mer på hvordan man kan motivere personell mer til å øke sin kompetanse på dette feltet og skape gode holdninger.

## Litteraturliste

Bergland, Ådel og Marit Kirkevold. 2011. Hvilke faktorer I de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens. *Sykepleien forskning. 6: 14-25*. SweMed.

Bjørk, Ida Torunn og Marit Solhaug. 2008 *Fagutvikling og forskning i klinisk pleie. En ressursbok*. Oslo. Akribe AS

Chapman, Dennis G., og R.V. Toseland. 2007. Effectiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia. *National Assosication of Sosial Workers.52, 4: 321-329*. ProQest.

Dalland, Olav. 1993. *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo. Universitetsforlaget AS

Eide, Hilde og Tom Eide. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner.-samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Eide, Solveig Botten, Hans Herlof Grelland, Aslaug Kristiansen, Hans Inge Sævareid og Dag G. Aasland. 2003. *Fordi vi er mennesker*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Edvardsson, David, P.O.Sandman, Rhoanda 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*. ProQest.

Evans, David. 2002. Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing. Volum 20 Number 2*. Fronter.

Engedal, Knut. 2008. *Alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg/Oslo. Forlaget Aldring og Helse.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 1996. *Aldersdemens. Fakta og utfordringer. En lørebok*. Sem. INFO-banken.

Engedal, Knut og Per Kristian Haugen. 2009 *Lærebok demensfakta og utfordringer*. Tønsberg/Oslo. Forlaget Aldring og Helse.

Forsberg, Christina of Yvonne Wengström. 2008. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm. Författerna och bokförlaget natur og kultur.

Garland, Kathryn, E. Beer, B. Eppingstall, D.W. O'Connor. 2007. A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 15:514-521. Ovid.

Giltin, Laura N, Lariane Winter, Janice Bruke, Nancy Chernett, Marie P. Dennis og Walter W. Huck. 2008. Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with demntia and reduce caregiver burden. A randomized pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 16,3: 299-239. ProQuest.

Haggstrøm, Elisabeth, Åsa Bruhn. 2009. Caregivers' attitudes to education and supervision in work with the older people in nursing home. *Nurse Education Today*. 29: 850-854. Ovid.

Hansen, Anette og Siri Ytrehus. 2011. Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen? *Sykepleien forskning*.1(6):36-43. SweMed.

Hauge, Solveig. 2008. Sykepleie i sykehjem. I *Geriatrisk sykepleie. God omsorg for den gamle pasienten*, Red.: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff, 219-236. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

Helsepersonelloven. 1999. *Lov av 2.juli 1999 nr 64 om helsepersonell*. <http://www.lovdatabank.no>

Helse- og omsorgsdepartementet. 2007. Delplan til Omsorgsplan 2015. Demensplan 2015. *Den gode dagen*.

Hoefffer, Beverly, Karen Amann Talerico, Joyce Rasin, C. Madeline Mitchell, Barbera J. Stewart, Darlene McKenzie, Ann Louise Barrick, Joanne Rader og Philip D. Sloane. Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents With Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving. 2006. *The Gerontologist*. Vol. 46, No. 4, 524-532. ProQuest.

Jacobsen, Rita. 2007. *Ikke alle vil spille bingo*. Bergen. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Jootun, Dev og Gerry McGhee . 2011. Effective communication with people who have dementia. *Learning zone*. Vol. 25 no 25: 40-47. Ovid.

Kirkevold, Marit og Kari Brodtkorb. 2008. Kartlegging. *I Geriatrisk sykepleie. God omsorg for den gamle pasienten*. Red.: Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb og Anette Hylene Ranhoff. 111-122. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag

Kitwood, Tom. 1999. *En revurdering af demens*. Munksaard Danmark, København

Kovach, Christine R., Sheryl T. Kelber, Michelle Simpson og Thelma Wells. 2006. Behavior of nursing home residents with dementia. Examining nurse responses. *Journal of Gerontological Nursing*. 32(8):13-21. ProQuest.

Helsepersonelloven. 1999. *Lov av 2.juli 1999 nr 64 om helsepersonell*. <http://www.lovdatab.no>

McCallion, Philip Ronald W. Toseland, Debra Lacey, Steve Banks. 1999. Educating Nursing Assistants to Communicate More Effectively With Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist*. Vol. 39 No. 5, 546-558. SweMed.



Rokstad, Anne Marie Mork. (2005) *Kommunikasjon på kollisjonskurs*. Når adferd blir vanskelig. Tønsberg/Oslo. Forlaget Aldring og Helse.

Rokstad, Anne Marie Mork og Kari Lislerud Smebye. 2008. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo. Akribe AS

Rokstad, Anne Marie Mork og Solfrid Vatne. 2011. Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling. *Sykepleien Forskning*. 6: 28-34. SveMed.

Russel, Chaterine og Stephen Timmons. 2009. Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing Older People*. 21,4: 28-32. Ovid.

Røknes, Odd Harald og Per-Halvard Hansen. 2006 (2.Utgave). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Samuelson, Anne Gerd. 2005. *Kunsten i samspill*. Oslo. Kommuneforlaget

Sosial- og helsedirektoratet. 2007. Rapport. *Glemsk men ikke glemt*.

Twedell, Diane. 2008. Managing Challenging Patient Behaviors. *The Journal of Continuing Education in Nursing-september 2008-Vol 39, No9: 390-391*. ProQuest.

Von Gunten, Armin et al. 2007. Vocally disruptive behavior in the elderly: a systematic review. *International Psychogeriatrics*. 20:4, 653-672. ProQuest.

Whall, Ann L, Kathleen B. Colling, Ann Kolanowski, Hyo Jeong 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*. Vol. 48, No 6, 721-731. ProQuest.

Williams, Kristine N., Ruth Herman og Kristel Wilson. 2009. Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's disease and other demnetias*. 24(1): 1533-3175. ProQuest.

Willman, Ania, Peter Stoltz & Christel Bathsevani. 2011. *Evidensbaserad omvårdnad En bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. Lund. Studentlitteratur AB

Wogn-Henriksen, Kjersti. 1997. *Siden blir det bare verre...? Nærbilder av mennesker med aldersdemens*. Sem. INFO-banken

Zimmermann, Sheryl Philip D. Sloane, Christianna S. Williams, Peter S. Reed, John S. Preisser, J. Kevin Eckert, Malaz Boustani og Debra Dobbs. 2005. Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes *The Gerontologist*. Vol.45 Special Issue. 133-146. ProQuest.

## Vedlegg 1

PICO-skjema

P	I	C	O
Dement	Kommunikasjon		Utagere
Alzheimer	Kommunisere		relasjon
Sykehjem	Communication		Utfordrende atferd
Aldershjem	Sykepleie*		Aggressiv atferd
Omsorgssenter	Sjukskøterska		Samspill
Vårdhem	Patient		Atferd
Åldershen	Relasjon		Relation
Sjukhem	Communicat*		Relat*
Dementia	Nurse*		Behavior*
Dement*	Nursing		Violence
Alzheimer*	Nurse-patient- relasjon		Violen*
Nursing home*			Provocative
Homes for the aged			Aggressi*
			Aggression
			Acting out
			Cooperativ
			Cooperati*

## Vedlegg 2

### 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

Patientkaraktistika

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:.....

## Vedlegg 3

### 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 logiskt, 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)**.....

## Vedlegg 4

Databaser	Søkeord	Antall Treff	Leste Abstrakt	Leste artikler	Anvende artikler	Dato
Swemed+	Dement Kommunikasjon Relasjon Samspill Vårdhem	957 76 35  723	2	3	2	22.09.09
OvidSP	Nurse Dementia Communication	25971 3138 4683	21	7	2	22.09.09
Proquest	Dementia and communication	272	16	6	1	22.09.09
Proquest	Dement and communication and homes for the aged	24	9	4	2	22.09.09
OvidSP	Nurse Dementia Communication Nursing home Challenging behavior Prevent Treatment	6958	14	5	1	10.02.12
Proquest	Dementia and Alzheimer and Nursing home and Nurse and Communication	21	11	5	2	01.03.11

Norart	Dementia	15	4	2	1	04.03.12
Swemed	Demens Alzheimer Sykehjem Personell Holdninger Atferd Kunnskap Kommunikasjon Samspill Relasjoner (søkt på enkeltord, deretter kombinert søkene)	293	18	4	1	04.03.12
Pro Quest	Communication Dementia Nursing home Behavior	3620	4	2	1	23.04.12

## Vedlegg 5

Sjekkliste for vurdering av forskningsartiklernes kvalitet og innhold.

Artikler merket med \* er inkludert.

### Artikkel 1

Forfattere	Ådel Bergland og Marit Kirkevold
År	2011
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien forskning
Tittel	Hvilke faktorer I de fysiske omgivelsene hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens
Hensikt	Å undersøke hvilke faktorer som har betydning for funksjon, velvære og trivsel hos pasienter med demens
Metode/ instrument	Søk i ulike databaser
Deltagere/ frfall	15 oversiktsartikler ble inkludert
Hovedfunn	Faktorer i de fysiske omgivelsene har betydning for atferd.
Kvalitet	Høy *
Database	SweMed



## Artikkel 2

Forfattere	Dennis G. Chapman og R.V. Toseland
År	2007
Land	USA
Tidsskrift	National Assosication of Sosial Workers
Tittel	Effektiveness of Advanced Illness Care Teams for Nursing Home Residents with Dementia
Hensikt	Å vurdere om bruken av helhetlig tilnærming med fokus på alle behov hos pasienten kan redusere smerte, depresjon og utfordrende atferd.
Metode/ instrument	Kvantitativ. Spesialtilpasset pleie, samt en kontrollgruppe som mottok vanlig pleie.
Deltagere/ frfall	118 beboere i to sykehjem
Hovedfunn	Stor reduksjon i utfordrende atferd i den gruppen som fikk spesialtilpasset pleie
Kvalitet	Høy *
Database	PRO Quest

### Artikkel 3

Forfattere	David Edvardsson, P.O.Sandman, Rhoanda Nay og Stig Karlsson
År	2008
Land	Umeå, Sverige
Tidsskrift	International psychogeriatrics
Tittel	Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care
Hensikt	Å undersøke sammenhengen mellom personalets egenskaper og forekomst av atferdsmessige symptomer hos personer med demens i institusjon
Metode/ instrument	Kvantitativ studie med spørreskjema og datasamling.
Deltagere/ frafall	40 sykehjemsenheter, derav 346 personell og 354 beboere
Hovedfunn	Enheter med høy arbeidsbelastning opplevde man lite positivitet i pleiemiljøet, beboerne fikk redusert motoriske evner, dårligere kommunikasjon og dårligere utgangspunkt for å mestre ADL. Dette resulterte i større forekomst av utfordrende atferd.
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest

#### Artikkel 4

Forfattere	Kathryn Garland, E. Beer, B. Eppingstall, D.W. O'Connor
År	2007
Land	USA
Tidsskrift	The American Journal of Geriatric Psychiatry
Tittel	A Comparison of Two Treatments of Agitated Behavior in Nursing Home Residents With Dementia: Simulated Family Presence and Preferred Music
Hensikt	Å se om man kan oppnå redusert utfordrende atferd hos beboere med demens i sykehjem, ved bruk av to individualiserte psykososiale behandlingsformer.
Metode/ instrument	Kvalitativ. Eksponering av musikk med familietekst eller annen upersonlig tekst.
Deltagere/ frafall	30 sykehjemsbeboere
Hovedfunn	Begge typer tekst hadde effekt. Men personlig musikksmak ga mest reduksjon i utfordrende atferd.
Kvalitet	Høy*
Database	Ovid

## Artikkel 5

Forfattere	Laura N. Giltin, Lariane Winter, Janice Bruke, Nancy Chernett, Marie P. Dennis og Walter W. Huck
År	2008
Land	USA
Tidsskrift	The American Journal of Geriatric Psychiatry
Tittel	Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with demntia and reduce caregiver burden. A randomized pilot study
Hensikt	Å teste om et skreddersydd aktivitetsprogram kan redusere demens relatert til nevropsykiatrisk atferd, forbedrer velvære og fremmer engasjement for omsorgspersoner.
Metode/ instrument	Kvantitativ
Deltagere/ frfall	84 ble spurt over telefon, av disse var 65 kvalifisert og 60 deltok.
Hovedfunn	Ved bruk av TAP (skreddersydd aktivitetsprogram), reduserte dette utfordrende atferd. Beboeren følte seg mer positiv og engasjert.
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest

## Artikkel 6

Forfattere	Anette Hansen og Siri Ytrehus
År	2011
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien forskning
Tittel	Hvordan påvirker Marte meo-veiledning personalets opplevelse av egen mestring i demensomsorgen?
Hensikt	Å undersøke hvilken betydning MM har på personalets opplevelse av mestring i utfordrende stellesituasjoner. Hvordan personalet vurderte verdien av metoden.
Metode/ instrument	Kvalitativ. Fokusgruppeintervju og datainnsamling.
Deltagere/ frafall	Personell fra to sykehjem i to ulike kommuner, 5 fra hvert. 20 pasienter fra den ene som var en «blandings- avdeling» 15 pasienter fra den andre som inneholdt to skjermede avdelinger.
Hovedfunn	MM har positiv innvirkning på personalets mestringsfølelse. Metoden reduserte stress. Ved å få positive tilbakemeldinger økte samarbeidet og tryggheten blant personalet. Økt refleksjon og bevisstgjøring av personalet. MM kan ha ulik betydning for ulike arbeidssteder.
Kvalitet	Høy*
Database	SweMed

## Artikkel 7

Forfattere	Beverly Hoefffer, Karen Amann Talerico, Joyce Rasin, C. Madeline Mitchell, Barbera J. Stewart, Darlene McKenzie, Ann Louise Barrick, Joanne Rader og Philip D. Sloane
År	2006
Land	North Carolina, USA
Tidsskrift	The Gerontologist
Tittel	Assisting Cognitively Impaired Nursing Home Residents With Bathing: Effects of Two Bathing Interventions on Caregiving
Hensikt	Sammenligne to ulike tilnæringsmetoder i badesituasjon.
Metode/ instrument	Kvantitativ
Deltagere/ frfall	15 sykehjem, 37 pleier og 69 beboere
Hovedfunn	Vanlig dusjing er en utløsende faktor for utfordrende atferd hos personer med demens. Ved hjelp av hel kroppsvask med våte kluter og håndklær og i tillegg massasje ble tilfellene av utfordrende atferd betydelig redusert.
Kvalitet	Høy*
Database	Ovid

## Artikkel 8

Forfattere	Elisabeth Häggström, Åsa Bruhn.
År	2009
Land	Gävle, Sverige
Tidsskrift	Nurse Education Today
Tittel	Caregivers' attitudes to education and supervision in work with the older people in nursing home
Hensikt	Å beskrive holdninger til kurs, veiledning og utdanning til personell som jobber med eldre mennesker.
Metode/ instrument	Kvalitativ
Deltagere/ frfall	12
Hovedfunn	Holdningene til utdanning var gode. Pga dårlig tilrettelegging var det ikke ønskelig for mange å gjennomføre det.
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest

## Artikkel 9

Forfattere	Dev Jootun, Gerry McGhee
År	2011
Land	USA
Tidsskrift	LEARNING ZONE
Tittel	Effective communication with people who have dementia
Hensikt	Den beskriver hvilke faktorer som påvirker kommunikasjonsprosessen og effekten dette kan ha på sykepleier-pasient i terapeutisk relasjon.
Metode/ instrument	Artikkelstudie
Deltagere/ frfall	Søk på databaser
Hovedfunn	Hvis sykepleiere får undervisning vil de få en forståelse av hvordan de skal kunne kommunisere med pasienten for at denne skal kunne oppnå bedre velvære og livskvalitet. I artikkelen er det lagt frem flere strategier for å oppnå dette.
Kvalitet	Høy*
Database	Ovid



## Artikkel 10

Forfattere	Christine R. Kovach, Sheryl T. Kelber, Michelle Simpson og Thelma Wells
År	2006
Land	USA
Tidsskrift	Journal of Gerontological Nursing
Tittel	Behavior of nursing home residents with dementia. Examining nurse responses.
Hensikt	Å undersøke sykepleiersponns i forhold til utfordrende atferd hos beboere med demens i sykehjem.
Metode/ instrument	Kvantitativ.
Deltagere/ frfall	112 beboere i sykehjem. 54 sykepleiere.
Hovedfunn	Det var fire ulike måter sykepleierne responderte på i forhold til utfordrende atferd. Ingen behandling, behandle uten å vurdere, ineffektiv behandling og helhetlig vurdering med påfølgende behandling.
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest

## Artikkel 11

Forfattere	Philip McCallion, Ronald W. Toseland, Debra Lacey, Steve Banks
År	1999
Land	USA
Tidsskrift	The Gerontologist
Tittel	Educating Nursing Assistants to Communicate More Effectively With Nursing Home Residents With Dementia
Hensikt	Å se om opplæring hadde noen innvirkning på samhandling mellom pleieassistenter og personer med demens i sykehjem.
Metode/ instrument	Samling av data.
Deltagere/ frfall	To enheter, hver på 50 og 46 beboere med demens.
Hovedfunn	Beboerne fikk en bedre trivsel. Økt kunnskap om samhandling med personer med demens. Lite kunnskap om demens.
Kvalitet	Høy*
Database	SweMed

## Artikkel 12

Forfattere	Naomi Ziv, Amit Granot, Sharon Hai, Ayet Dassa, Iris Haimov
År	2007
Land	Israel
Tidsskrift	Journal of Music Therapy
Tittel	The Effect of Background Stimulative Music on Behavior in Alzheimer's Patients
Hensikt	Å vurdere om bakgrunnsmusikk kan gi økt positive og redusert negative symptomer på utfordrende atferd hos pasientene.
Metode/ instrument	Kvalitativ. Eksponering av musikk.
Deltagere/ frfall	28 beboere med alzheimer, middels til alvorlig demens.
Hovedfunn	Bakgrunnsmusikk reduserer negativ atferd og positiv sosial atferd så lenge musikken ble spilt.
Kvalitet	Høy
Database	PRO Quest

### Artikkel 13

Forfattere	Anne Marie Mork Rokstad, Solfrid Vatne
År	2011
Land	Norge
Tidsskrift	Sykepleien Forskning
Tittel	Dementia care mapping- en mulighet for refleksjon og utvikling
Hensikt	Innhente kunnskap om de ansattes erfaring med refleksjonsprosesser som ble igangsatt på bakgrunn av DMC (Dementia care mapping) og hvilken betydning dette hadde for utvikling av praksis
Metode/ instrument	Kvalitativ
Deltagere/ frafall	Fokusgrupper
Hovedfunn	Refleksjonsgruppene bidro til økt bevisstgjøring, selvrefleksjon og refleksjon i fellesskap. Vektlegging på positive tilbakemeldinger, økt oppmerksomhet mot viktigheten av sensitivitet for pasientenes individuelle behov.
Kvalitet	Høy*
Database	Svemed

#### Artikkel 14

Forfattere	Chaterine Russel og Stephen Timmons
År	2009
Land	Nottingham, England
Tidsskrift	Nursing Older People
Tittel	Life story work and nursing home residents with dementia.
Hensikt	Å se om det kan la seg gjøre å kommunisere med og forstå mennesker med demens på en bedre måte.
Metode/ instrument	Kvalitativ. Intervju.
Deltagere/ frafall	5 deltagere med diagnosen demens
Hovedfunn	Aktørene kunne fortelle sine historier komplekst og rikt, slik at intervjueren fikk et innblikk i hvordan de forstår sitt liv og verden rundt dem. Det beviser at hver person er et eget individ uansett diagnose og behov. Det blir lettere for pleieren å gi en person-sentrert pleie, som vil si å gi pleie ut fra den enkeltes behov.
Kvalitet	Høy*
Database	Ovid

### Artikkel 15

Forfattere	Diane Twedell
År	2008
Land	USA
Tidsskrift	The Journal of Continuing Education in Nursing.
Tittel	Managing Challenging Patient Behaviors
Hensikt	Hvordan håndtere utfordrende atferd hos pasienter.
Metode/ instrument	Datainnsamling
Deltagere/ frfall	
Hovedfunn	Respekt og dekte individuelle behov kan forhindre utfordrende atferd.
Kvalitet	Middels
Database	Pro Quest

## Artikkel 16

Forfattere	Armin von Gunten, Abdel-Messieh Alnawaqil, Christoph Abderhalden Ian Needham, Birgitte Schupbach
År	2008
Land	England
Tidsskrift	International Psychogeriatrics
Tittel	Vocally disruptive behavior in the elderly: A systematic review
Hensikt	Verbalt utfordrende atferd hos eldre med demens i sykehjem
Metode/ instrument	Søk på forskningsartikler
Deltagere/ frafall	Databaser
Hovedfunn	Tilpasset den enkeltes behov kan redusere utfordrende atferd.
Kvalitet	Middels
Database	Pro Quest

## Artikkel 17

Forfattere	Ann L. Whall, Kathleen B. Colling, Ann Kolanowski, Hyo Jeong Kim, Gwi-Ryung Son Hong, Barry DeCicco, David L. Ronis, Kathy C. Richards, Donna Algase og Cornelia Beck
År	2008
Land	Arkansas, USA
Tidsskrift	The Gerontologist
Tittel	Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia
Hensikt	Å beskrive forekomst av aggressiv atferd ved personer med demens ved hjelp av bakgrunns- og proksimale faktorer.
Metode/ instrument	Kvalitativ, tverrsnittstudie.
Deltagere/ frafall	9 sykehjem med 107 beboere.
Hovedfunn	Av de 4 pleiesituasjonene som ble undersøkt var dusjing den situasjonen som utløste utfordrende atferd. Forvirring, nattesøvn, tidligere personlighet og frykt hadde innvirkning på utfordrende atferd.
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest



## Artikkel 18

Forfattere	Kristine N. Williams, Ruth Herman og Kristel Wilson
År	2009
Land	USA
Tidsskrift	American Journal of Alzheimer's disease and other demnetias
Tittel	Elderspeak communication: Impact on dementia care
Hensikt	Å undersøke om bruken av «elderspeak» kommunikasjon har effekt på atferden til personer med demens
Metode/ instrument	Kvalitativ
Deltagere/ frafall	
Hovedfunn	Ved å bruke enkle ord og grammatikk, rolig tempo, volum og korte setninger påvirker dette pasientens atferd.
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest

## Artikkel 19

Forfattere	Sheryl Zimmermann, Philip D. Sloane, Christianna S. Williams, Peter S. Reed, John S. Preisser, J. Kevin Eckert, Malaz Boustani og Debra Dobbs
År	2005
Land	Washington, USA
Tidsskrift	The Gerontologist
Tittel	Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes
Hensikt	Å relatere elementer innen demensomsorgen til livskvalitet og hvordan dette påvirker praksis for personer med demens.
Metode/ instrument	Kvalitativ. Intervju av pasienter, personell, ledelse og familie. Videre oppfølging etter 6 mnd.
Deltagere/ fracfall	Startet med 575 deltagere, 421 fullførte.
Hovedfunn	Bedret livskvalitet der det var: -tid til god samhandling -spesialutdannet personell -undervisning og opplæring innen demensomsorg -personalet ble involvert i planleggingen -oppmerksomhet og god kommunikasjon på mellommenneskelige plan
Kvalitet	Høy*
Database	PRO Quest

## Artikkel 20

Forfattere	Andra Zwijsen, Martin Smalbrugge, Syste U Zuidema, Raymond TCM Koopmans, Judith E. Bosmans, Maurits W van Tulder, Jan A Eefting, Debby L Gerritsen, Anne-Margriet Pot
År	2011
Land	Nederland
Tidsskrift	BMC Health Services Research
Tittel	Grip on challenging behaviour: a multidisciplinary care programme for managing behavioural problems in nursing home residents with dementia
Hensikt	Å se om et nytt omsorgsprogram kan redusere tilfeller av utfordrende atferd hos beboere med demens i sykehjem. Kostnader.
Metode/ instrument	Kvantitativ
Deltagere/ frafall	14 sykehjem
Hovedfunn	Lavere kostnader ved færre tilfeller av utfordrende atferd.
Kvalitet	Middels
Database	PRO Quest