



Fordypningsoppgave

VAK706 Avansert klinisk sykepleie

Pleiepersonalets erfaringer med atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens / Nurses experience with behavioural and psychological symptoms of dementia

Bodil Tandstad

Totalt antall sider inkludert forsiden: 66

Molde, 16.05.2018



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">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<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. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Anne Marie Mork Rokstad

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

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

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

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

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

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

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

Dato: 12.05.2018

Antall ord: 9726

Forord

I glemselens strie land

Vi arbeider blant mennesker i glemselens strie land,

blant dem som titt er innom
en fjern og fremmed strand.

De føler ofte uvisshet -
«Hvor skal jeg? Hva skjer nå?»

- men ofte er det spørsmål
som vi kan svare på.

Så innimellom skjer det
at vi ikke kan gi svar,
og ord blir bare tomhet
som ingen mening har.

Et vennlig grep om hånden,
en stemning som er god
kan da formidle trygghet
og gi en egen ro.

(Ukjent opphav)

Sammendrag

Bakgrunn: Beregninger viser at i overkant av 80% av de som bor i sykehjem har en demenslidelse (Helsedirektoratet 2017). 70% av disse pasientene har atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (Selbæk 2005). Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) påvirker pasientenes livskvalitet, og kan skape utfordringer i den daglige omsorgen for denne pasientgruppen. Pleiepersonalets tolkning av atferden får en konsekvens for deres tilnærming.

Hensikt: Med denne oppgaven ønsket jeg å belyse hvilke erfaringer pleiepersonale i sykehjem har med omsorg for pasienter med APSD.

Metode: Dette er en litteraturstudie skrevet på bakgrunn av elleve kvalitative forskningsartikler.

Resultat: Mine funn viste at bemanning, tid, kompetanse og støtte fra ledelsen påvirket omsorgen som ble gitt. Det var viktig å ha kjennskap til pasientenes livshistorie, familieforhold, vaner og behov for å kunne yte dem god omsorg. Tilrettelegging av miljø, aktivitet og kommunikasjon ut fra pasientens ressurser og behov sto sentralt i tilnærmingen. Pleiepersonalet opplevde arbeidet med pasienter med APSD som krevende. Evne til empati og selvinnsikt ble framhevet som nødvendige egenskaper hos personalet.

Konklusjon: Pleiepersonalet opplevde omsorg for personer med APSD som utfordrende, og følte de manglet kompetanse. Dette til tross for at de hadde kunnskaper om flere viktige aspekter ved

demensomsorg. Mangel på tid og fagpersonale ble fremheva som barrierer for å yte omsorgen personalet så mest hensiktsmessig.

Nøkkelord: Demens, APSD, sykehjem, sykepleie

Summary

Background: Calculations show that in excess of 80% of the patients in nursing homes suffers from dementia (Helsedirektoratet 2017). 70% of these patients experience behavioural and psychological symptoms of dementia (Selbæk 2005). Behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD) affects the patient's quality of life, and can create challenges in the everyday care. The nursing staff's interpretations of the behaviour can give a consequence to their approach.

Aim: The aim of this study was to illuminate the nursing staff's experiences with care for patients suffering from BPSD, in a nursing home setting.

Methods: This is a litteraturreview based upon eleven qualitative research studies.

Results: My findings show that staffing, time, competence and support from leaders influenced the care provided. It was important to know the patient's life story, family relations, habits and needs to provide good care. Facilitation of environment, activities and communication based upon the patient's recourses and needs was crucial. Nursing staff experienced their work with patients suffering from BPSD as demanding. The ability of empathy and self-knowledge was underscored as necessary.

Conclusion: Nursing staff experienced care for patients suffering from BPSD as challenging. They felt a lack of competence. Despite this they had knowledge of many important aspects of dementia care. The lack of time and sufficient staffing was high-lighted as barriers to provide the care nursing staff saw most appropriate.

Keywords: dementia, BPSD, nursing, nursing homes

Innhold

1.0	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Hensikt og problemstilling	1
1.3	Begrepsavklaring og begrensninger.	2
2.0	Teoribakgrunn	3
2.1	Demens	3
2.2	Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens	4
2.2.1	Forståelse for APSD.....	5
2.2.2	Tilnærming ved APSD	6
2.3	Kommunikasjon	8
3.0	Metodebeskrivelse	10
3.1	Datainnsamling	10
3.1.1	PICO.....	10
3.1.2	Databasesøk.....	11
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.	13
3.2	Kvalitetsvurdering	14
3.3	Etiske hensyn.....	15
3.4	Analyse	15
4.0	Resultat	18
4.1	Organisatoriske faktorer som påvirker omsorgen	18
4.2	Personen med APSD	19
4.3	Intervensjoner	20
4.4	Personalets opplevelser av arbeidet.....	22
5.0	Diskusjon.....	24
5.1	Metodediskusjon	24
5.1.1	Inklusjon- og eksklusjonskriterier.....	24
5.1.2	Datainnsamling	25
5.1.3	Kvalitetsvurdering.....	26
5.1.4	Analyse.....	26
5.1.5	Etiske hensyn	27
5.2	Resultatdiskusjon.....	28
5.2.1	Ledelse	28
5.2.2	Personalets kompetanse	29

5.2.3	Behov for veiledning.....	30
5.2.4	Kommunikasjon	30
5.2.5	Omsorg for pasienter med APSD.....	31
6.0	Konklusjon.....	34
	Referanseliste.....	35

VEDLEGG

- 1 PIO-skjema
- 2 Oversiktstabell over søkehistorikk
- 3 Oversiktstabell over innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det finnes ingen norsk studie som kan gi eksakte tall på forekomst av demens i Norge, men Alzheimer Europe har ifølge Helsedirektoratet estimert at det i 2013 var i underkant av 80000 personer med demens i Norge. Mange har sykdommen uten å være diagnostisert, så tallet er trolig for lavt. Forekomsten er økende med alder, og det er forventet en fordobling av antall personer med demens frem mot år 2040. I sykehjem har ca 80% av pasientene en demenssykdom (Helsedirektoratet 2017). Selbæk (2005) skriv at 70% av pasientene med demens i sykehjem hadde klinisk signifikante atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens (APSD).

Jeg jobber ved et omsorgssenter i en middels stor kommune. Avdelingen min har pasienter med ulike diagnoser. De fleste har kognitiv svikt eller en demensdiagnose. Jeg ser at mange av pasientene med demens har atferdsendringer, og at dette påvirker både deres og personalets hverdag i stor grad. Jeg har valgt temaet APSD fordi jeg opplever at dette skaper utfordringer i min, og mine kollegers arbeidshverdag. Jeg erfarer at APSD krever mye av personalet, både på et faglig og et mellommenneskelig plan.

I min videreutdanning har jeg spesialisert meg i demensomsorg. Jeg mener at APSD er et sentralt tema innen dette fagfeltet. Gjennom økt kompetanse håper jeg å kunne møte symptomene på en mer hensiktsmessig måte. Jeg ønsker at jeg i rollen som avansert klinisk sykepleier (AKS) kan bidra til økt fokus og kunnskap på området, og på den måten bidra til økt kvalitet på omsorgen som ytes.

1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med litteraturstudien var å belyse pleiepersonalets erfaringer med omsorg for pasienter med APSD.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har pleiepersonale ved sykehjem med omsorg for personer med atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens?

1.3 Begrepsavklaring og begrensninger.

Jeg velger å bruke begrepet pleiepersonale. Dette omfatter både sykepleiere og annet personale som er direkte involvert i den daglige omsorgen for pasienten.

Jeg bruker begrepet pasient. Dette fordi de personene studiene omhandler oppholder seg i institusjon og mottar helsehjelp. Det forekommer likevel at begrepet personer med demens blir benyttet, når dette er mer naturlig ut i fra sammenhengen i oppgaven.

APSD omfatter en rekke symptomer. Jeg har valgt å behandle disse samlet, og ikke gå inn på hvert enkelt symptom. Noen symptomer blir mer vektlagt enn andre. Dette er et resultat av funn i forskning, og fokus i relevant teori. Begrepet utfordrende atferd blir også benyttet. Jeg bruker begrepene APSD og utfordrende atferd slik de blir brukt i aktuell teori og forskning.

Jeg har valgt å se bort fra personalets erfaringer relatert til medisiner og tvang i forbindelse med APSD. Dette fordi jeg vil vektlegge aspekter ved den daglige omsorgen til pasienten.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapitlet vil jeg gjøre rede for sentrale tema relatert til problemstillingen min. Dette er demens, APSD og kommunikasjon.

2.1 Demens

Demens er ifølge Engedal et hjerneorganisk syndrom og en fellesbenevnelse på flere sykkelige tilstander som kjennetegnes ved ervervet kognitiv svikt, svikt i emosjonell kontroll og sviktende evne i forhold til dagliglivets funksjoner. Demens debuterer oftest hos personer over 70 år, og forekomsten er økende med stigende alder (Engedal 2014).

Sykdommer som gir demens klassifiseres vanligvis etter årsak. Degenerative demenssykdommer er den største gruppen. Andre grupper er vaskulær demens og sekundær demens. Wyller skriver at Alzheimers sykdom er den vanligste sykdommen, og utgjør 60 -70 %. Dette er en degenerativ demenssykdom. Her sees forandringer i hjernen i form av karakteristiske nevropatologiske kjennetegn. Demens med Levy-legemer og frontotemporallappdemens er andre degenerative demenssykdommer. Vaskulær demens utgjør 20 -25 %. Her skal det, i tillegg til demenskriterier, også påvises bevis for fokal ischemisk hjernelidelse. Det skal være en tidsmessig sammenheng mellom utvikling av kognitiv svikt og påvist hjerneskode. Under denne kategorien kommer demens etter hjerneslag. Mange har en blandingsform av vaskulær demens og Alzheimers sykdom. En tredje gruppe demenssykdommer er sekundær demens. Denne gruppen omfatter tilstander der demens kan være et av flere symptomer. De er mer sjeldne enn de nevnt ovenfor. Alkoholisk demens hører til i denne gruppen. (Wyller 2015).

I følge Engedal presenterer demenssyndromet seg svært individuelt. Dette skyldes at de forskjellige demenssykdommene gir ulikt skadeomfang i hjernen. I tillegg kommer variabler som den enkeltes mestringsevne og personlighet. Etter hvert som sykdommen progredierer, vil symptomene vanligvis bli mer og mer like (Engedal 2014).

Rokstad skriver at Kitwood utviklet en utvidet modell for å belyse hvordan demenssykdom er mer enn fysiologiske endringer. Sykdommen blir her beskrevet som en kombinasjon av

hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner. Disse faktorene har innvirkning på hvordan personen mestrer sin sykdom (Rokstad 2014).

Symptomer ved demens deles inn i kognitive symptomer, APSD og motoriske symptomer.

Kognitive symptomer omfatter generelle intellektuelle funksjoner, hukommelse, orienteringsevne, oppmerksomhet, språk, apraksi, visuospatial svikt, handlingssvikt og forståelse.

APSD omfatter depresjon og tilbaketrekning, angst og katastrofereaksjoner, vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner, personlighetsendringer, apati, interesseløshet, rastløs motorisk atferd, irritabilitet og aggressivitet, repeterende handlinger og forandret døgnrytme.

Motoriske symptomer omfatter muskelstyringsproblemer og inkontinens (Engedal 2014).

Sykdomsprogresjonen deles ifølge Engedal vanligvis inn i tre faser. Hvor fort sykdommen utvikler seg kan variere mye.

Kompenseringsfasen: de første tegnene til mental svikt viser seg. Redusert hukommelse, spesielt nærhukommelse. Vansker med tidsperspektiv. Noen får problemer med ordleting. Personen tar i bruk mestrings- og forsvarsstrategier. Personlighetstrekk kan være forsterket.

Dekompenseringsfasen: Redusert evne til å bruke sine mestringsstrategier.

Hukommelsesevne, språkevne og orienteringsevne forringes. Personen mister grepet om sin tilværelse. Hyppige psykotiske symptomer.

Pleiefasen: Motorisk svikt, inkontinens, manglende motorisk styring, gangproblemer og balansesvikt (Engedal 2014). Personen er nå helt avhengig av stell og pleie

Jeg har i min oppgave valgt å skrive om APSD, og vil under skrive mer utfyllende om dette.

2.2 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Selbæk beskriver APSD som et syndrom som består av ikke-kognitive symptomer. Det består blant annet av apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det er uklart avgrenset og omfatter uensartete symptomer. Syndromet forekommer i alle stadier av demenssykdommen, men forekomsten øker etter hvert som

sykdommen progredierer. Ved langt kommet demens avtar forekomsten. Dette kan relateres til at pasienten da har så omfattende kognitive og motoriske svekkelser at symptomene ikke kommer til uttrykk på samme måte som tidligere. APSD-syndromet virker inn på pasientens livskvalitet, og påvirker forløpet i demenssykdommen (Selbæk 2005).

Rokstad bruker begrepet utfordrende atferd i sin omtale av symptomene. Dette for å understreke at atferden ikke er unormal eller avvikende, men snarere en forståelig reaksjon på en endret livssituasjon (Rokstad 2008).

2.2.1 Forståelse for APSD.

Årsaker til APSD er sammensatt. Selbæk skriv at de nevrobiologiske endringene som forekommer ved demenssykdom har en sammenheng med utvikling av APSD. Videre at forhold i miljøet har betydning for alvorlighetsgraden av symptomene. Somatisk sykdom og legemiddelbruk er andre årsaksfaktorer (Selbæk 2005).

Det finnes flere innfallsvinkler for å forstå utfordrende atferd. Hvordan man ser på atferden vil påvirke personalets tilnærming til den. Engedal skriver at utfordrende atferd ikke må forstås som uforståelig atferd. Han hevder at nesten all aggressiv atferd hos pasienter med demens skjer i samhandling med omgivelsene (Engedal 2014).

Cohen-Mansfield har skissert tre teoretiske innfallsvinkler: læringsmodellen, økt sårbarhet og redusert toleranse for stress og atferd som et resultat av umøtte behov.

Læringsmodellen innebærer at det er en lært sammenheng mellom tidligere erfaringer, atferden og forsterkning. Pasienten må ha en ny innlæring for å endre den automatiske sammenhengen mellom stimuli/ påvirkning og pasientens reaksjon (Cohen-Mansfield 2001). Eksempel på dette er personale som gir pasienten oppmerksomhet når han roper. Personalets oppmerksomhet vil forsterke pasientens atferd, og pasienten vil fortsette å rope. Personalet må endre sin atferd, for at pasienten skal endre sin.

Økt sårbarhet/ redusert toleranse for stress er en annen måte å forstå utfordrende atferd på. Cohen-Mansfield skriver at denne modellen tar utgangspunkt i at demenssykdom gir økt mottakelighet for stimuli. Samtidig reduseres utholdenheten og terskelen for stress. Pasienten utsettes for stimuli. Dette skaper en stressreaksjon, noe som igjen kan resultere i

utfordrende atferd (Cohen-Mansfield 2001). Man må da redusere stimuli som finnes i miljøet og hjelpe pasienten med å slappe av.

Atferd som et resultat av umøtte behov er ifølge Cohen-Mansfield en tredje måte å forstå utfordrende atferd. Pasienten klarer ikke, på bakgrunn av sin sykdom, å formidle eller dekke sine behov. Dette kan dreie seg om basisbehov, eller andre behov som sosial kontakt og aktivitet. Utfordrende atferd kommer som et resultat av dette. Det er viktig å se pasientens behov før det resulterer i utfordrende atferd (Cohen-Mansfield 2001). Dette ser man blant annet når pasienten vandrer urolig i avdelingen. Uroen kan da komme av at han må på wc, men han klarer ikke å uttrykke dette behovet.

Cohen-Mansfield understreker at de ulike modellene ikke ekskluderer hverandre, men at de kan utfylle og brukes om hverandre.

Kitwood illustrerer de psykologiske behovene hos personer med demens som en blomst. Behov for tilknytning, trøst, identitet, beskjeftigelse og inklusjon er behov som møtes i det sentrale behovet kjærlighet. Behovene finnes hos alle mennesker, men hos personer med demens blir de mer fremtredende. Dette fordi personen er mer sårbar og mindre i stand til å dekke sine behov. Behovsmønsteret vil variere med pasientens personlighet og livshistorie (Kitwood 1999).

2.2.2 Tilnærming ved APSD

Utgangspunktet for behandling av APSD bør være et forsøk på å påvirke mulige årsaker (Selbæk 2005). Behandlingen er avhengig av i hvilken grad man klarer å forstå pasientens handlingsmønster og legge til rette for å bryte dette mønsteret (Engedal 2014). Rokstad hevder at tiltak må bygge på innhenting av informasjon, og på en antagelse av hva som er årsaken til den utfordrende atferden. Dette vil være individuelt fra pasient til pasient. Utfordrende atferd hos personer med demens må tolkes ut i fra pasientens perspektiv og forutsetninger. Forståelse forutsetter således at personalet kan innta en empatisk tilnærming til pasientens situasjon (Rokstad 2008).

Behandling av APSD forutsetter alltid en grundig utredning. En somatisk undersøkelse er viktig for å utelukke og evt korrigere fysiske årsaker til atferden (Sælbek 2005). Rokstad skriver at en bred kartlegging må danne grunnlaget for behandlingstiltak. Utgangspunktet i utredningen er atferden som pasienten viser, hvem/hva den rettes mot, hva atferden går ut

på, intensitet og varighet. Situasjonen pasienten er i, forutgående hendelser og reaksjoner atferden gir i omgivelsene må også beskrives. For å innhente slike opplysninger, kan man bruke systematiske observasjoner og kartleggings skjema (Rokstad 2008).

Cohen-Mansfield og Mintzer beskriver en tilnærming de kaller «informed care». Dette innebærer at omsorgen skal baseres på både kjennskap til generelle behov hos personer med demens og individuelle behov hos den enkelt (Cohen-Mansfield og Mintzer 2005).

Personsentrert omsorg er et annet, mye benyttet begrep innen demensomsorgen. I følge Helsedirektoratet skal virksomheten legge til rette for at omsorgstjenester som ytes skal være personsentrert. Helse- og omsorgspersonell skal legge til rette for at personer med demens skal få sine individuelle rettigheter, preferanser og behov ivaretatt gjennom personsentrert omsorg (Helsedirektoratet 2017).

Personsentrert omsorg omfatter ifølge Brooker fire hovedelementer. Alle elementene er like viktige. De kan stå uavhengig av hverandre, men settes de sammen utgjør de definisjonen på en omsorgskultur med personsentrert tilnærming.

Elementene er:

V – et verdigrunnlag. Personer med demens, og pleierne som har omsorgen for dem, skal ivaretas uavhengig av alder og kognitiv funksjon.

I – Individuell tilnærming. Det unike hos den enkelte skal vektlegges.

P – Personens perspektiv. Empati. Forsøke å forstå verden ut i fra perspektivet til personen med demens.

S – Støttende sosialt miljø. Erkjenne at menneskelig atferd har sitt grunnlag i mellommenneskelige relasjoner. Personer med demens har behov for et berikende sosialt miljø som kompenserer for svakheter og gir mulighet for personlig vekst (Brooker 2013).

Kitwood innførte begrepet «personhood», på norsk personverd. Med dette menes den status eller verdi som tildeles et menneske av andre i mellommenneskelige forhold og sosiale relasjoner. Mennesker eksisterer ikke isolert, men i en sammenheng der dets verdi blir bekreftet av andre. Å bevare personverdet er det viktigste målet med personsentrert omsorg for personer med demens (Brooker 2013).

Verdighet står sentralt i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Det understrekes at grunnlaget for sykepleie skal være respekt for den enkeltes liv og iboende verdighet.

Sykepleieren skal ivareta pasientens verdighet og integritet. I dette ligger pasientens rett til helhetlig sykepleie, medbestemmelse og retten til ikke å bli krenket (NSF 2011).

Rokstad hevder at når personverdet er understøttet, vil personen uttrykke velvære. I motsatt fall vil man kunne se utfordrende atferd og apati. Hun skriver at manglende livskvalitet og fortvilelse i høy grad kan relateres til kvalitet på omsorgspraksis og grad av sosial støtte fra omgivelsene (Rokstad 2014).

2.3 Kommunikasjon

Kommunikasjon er et sentralt element i omsorgen for personer med demens.

Kommunikasjon betyr ifølge Heap å formidle meninger ved å gi, motta og utveksle signaler av forskjellig art. Kommunikasjon står sentralt i alt vårt samvær, og er avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre. Det er en forutsetning for fellesskap og forståelse (Heap 2002).

Wogn-Henriksen skriver at demens utfordrer kommunikasjonsprosessen gjennom den generelle kognitive svikten og den spesifikke språklige svikten som sykdommen medfører. Hun hevder at vanskeliggjort kommunikasjon av mange blir beskrevet som en av de største påkjenningene ved sykdommen. Reduserte kommunikasjonsevner kan føre til svekket sosial funksjon, tilbaketrekking, forstyrret atferd og agitasjon. For å imøtekomme problemstillingene rundt kommunikasjon, er det flere grep som kan lette situasjonen. God tid og engasjement er ifølge Wogn-Henriksen kanskje de viktigste enkeltfaktorene. Å snakke tydelig, artikulert og ikke for fort er andre grep som benyttes. Ved planlagt kommunikasjon har man mulighet for inntoning og skjerpet oppmerksomhet (Wogn-Henriksen 2008).

Kommunikasjonsvansker påvirker samspillet mellom personalet og personen med demens. Rokstad skriver at når ordproduksjonen svikter, må personalet tolke meningen. Dette kan resultere i fortvilelse og utålmodighet hos personen med demens. Når personen med demens ikke oppfatter det som blir kommunisert, kan det skape utrygghet og engstelse. Utagering kan bli et resultat av dette, da personen forsøker å forsvare seg. Kjennskap til personens forhistorie, vaner og uttrykksmåter er en forutsetning for å forstå personer med dårlig språkfunksjon (Rokstad 2005).

3.0 Metodebeskrivelse

Metoden er ifølge Dalland redskapet vårt i møtet med noe vi undersøker. Den forteller oss noe om hvordan vi bør gå frem for å framskaffe eller etterprøve kunnskap. Metoden hjelper oss med å samle inn data (Dalland 2014).

I min fordypningsoppgave har jeg valgt å skrive en litteraturstudie. Denne skal baseres på minimum ti forskningsartikler. I følge Christoffersen et al. er en systematisk litteraturstudie en gjennomgang basert på data fra primærkilder som er publiserte i vitenskapelige artikler eller rapporter. Kriterier som må være oppfylt for å kvalifisere til en systematisk litteraturstudie er at valg av primærstudier skal gjøres systematisk og at utvalgsmetoden skal være definert. Litteraturstudien skal ha en tydelig problemstilling, beskrive søkestrategier som er benyttet og hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier som ligger til grunn. Alle primærstudiene skal kvalitetsvurderes, og det skal gjøres en analyse av resultatene i studiene (Christoffersen et al.2015).

I min litteraturstudie har jeg valgt å ta utgangspunkt i kvalitative studier som primærstudier. Dette fordi jeg ønsker å belyse pleiepersonalets erfaringer. I følge Dalland (2014) skal kvalitative studier fange opp meninger og opplevelser som ikke lar seg måle eller tallfestes.

3.1 Datainnsamling

Jeg startet høsten 2017 arbeidet med fordypningsoppgaven. Temaet samhandling med personer med APSD var klart tidlig denne høsten.

3.1.1 PICO

Jeg startet arbeid med å sette opp et PICO-skjema. Pico er, ifølge Nordtvedt et al. et rammeverk for å dele opp forskningsspørsmålet, slik at det blir strukturert på en hensiktsmessig måte. Dette arbeidet danner grunnlaget for det videre arbeidet med litteratursøket. Bokstavene i PICO er elementer som ofte er med i et klinisk spørsmål.

P står for pasient/pasientgruppe.

I står for intervensjon, tiltak/intervensjoner vi ønsker å vurdere.

C står for comparison, tiltak vi evt ønsker å sammenligne med I.

O står for outcome, hvilke utfall/endepunkt man ser etter (Nordtvedt et al. 2012).

Min problemstilling rommer ikke alle delene av PICO skjemaet. Dette fordi det ikke er flere intervensjoner som skal sammenlignes. Jeg har således jobbet med et PIO-skjema. PIO-skjema, se vedlegg 1.

3.1.2 Databasesøk

For å finne de mest hensiktsmessige databasene og søkestrategiene for min oppgave fikk jeg veiledning av bibliotekar ved Høyskolen i Molde. Her fikk jeg innspill på hvordan sette opp PIO-skjema, mulige søkeord og forslag til databaser. Jeg fikk også en kort innføring i hvordan jeg skulle søke i Ovid.

Databasene jeg har søkt i:

Ovid Medline: verdens største database innen bl.a. medisin og sykepleie. Den har referanser til artikler fra ca 5000 tidsskrifter internasjonalt (Nordtvedt et al 2012). Fra denne databasen inkluderte jeg to artikler. Dette var studien til Kolanowski et al. (2015) og Duxbury et al. (2012).

Ovid Embase: en database innen medisin og helsefag m.m. Den har referanser fra ca 3500 tidsskrifter internasjonalt (Nordtvedt et al 2012). Jeg inkluderte en artikkel herfra. Dette var studien til Kolanowski et al. (2010).

Ovid Psycinfo: en database innen psykologi og beslektede emner. Den har referanser til ca 2500 tidsskrifter internasjonalt, samt bøker og bokkapittel (Nordtvedt et al 2012). Herfra inkluderte jeg en artikkel. Dette var studien til Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren (2003).

Ovid Nursing: en database med referanser fra mer enn 250 sykepleietidsskrifter (Nordtvedt et al 2012). Jeg inkluderte en artikkel herfra. Det var studien til Ostaszkiwicz et al. (2015).

Svemed+: en skandinavisk database innen medisin og helse. Den har referanser til artikler fra ca 130 skandinaviske tidsskrifter (Nordtvedt et al 2012). Fra denne databasen inkluderte jeg en artikkel, studien til Rognstad og Nåden (2011).

Cinahl: en database som dekker fagområdene sykepleie, fysioterapi, ergoterapi m.m. (Nortvedt et al 2012). Herfra inkluderte jeg en artikkel. Dette var studien til Ervin, Cross og Koschel (2014)

Proquest: en database som dekker fagområder som helse, psykologi, samfunnsfag m.m. (Brøyn 2012). Fra denne databasen inkluderte jeg to artikler. Dette var studiene til Clifford og Doody (2018) og Zeller et al. (2011).

ScienceDirect: en database som dekker fagområdene psykologi, medisin, naturvitenskap m.m. (Brøyn 2012) Jeg inkluderte en artikkel fra denne databasen, studien til Dupuis, Wiersma og Loïselle (2012).

Oria: bibliotekbasen i BIBSY m.m Gir mulighet til å søke opp bøker og artikler i samme søk (Brøyn 2012). Fra denne databasen inkluderte jeg en artikkel, studien til Helleberg og Hauge (2014).

Databasene er tilgjengelige via internettsiden til biblioteket ved Høyskolen i Molde.

Jeg brukte hovedsakelig engelske søkeord. Dette fordi databasene jeg søkte i var engelskspråklige. I Svemed+ brukte jeg norske søkeord. Datasøkene ble gjennomført som advanced search, og det ble søkt ved hjelp av enkeltord og kombinasjoner av ord. For å kombinere søkeord ble det benyttet kombinasjonsord, boolske operasjoner, and og or. And ble benyttet mellom ulike søkeord, og or mellom søkeord med samme betydning. I følge Nortvedt et al. brukes or for å utvide søket, mens and benyttes for å avgrense søket (Nortvedt et al 2012). Trunkering ble også benyttet. Jeg brukte * i endingen av ordene. Nortvedt et al. skriver at trunkering vil si å søke på stammen av et ord. Du får da med alle varianter av ordet (Nortvedt et al 2012).

Det ble ellers benyttet begrensninger i enkelte av søkene, i hovedsak der det var svært mange treff. Dette var i form av språk. Jeg søkte da etter artikler på norsk, svensk, dansk og engelsk. Det ble også lagt inn begrensninger på publikasjonstype og søk etter kvalitativ forskning i enkelte av søkene.

Et stykke ut i søkeprosessen innså jeg at jeg måtte endre søkestrategi. Dette fordi jeg ikke fant nye artikler på de søkene jeg gjennomførte, og jeg hadde fortsatt ikke oppfylt kravene som er skissert i retningslinjene fra høyskolen. Nye søkeord ble funnet etter veiledning. De nye søkeordene ble ført inn i det eksisterende PIO-skjemaet.

Søkeordene jeg brukte:

- P: Demens, dement*, Alzheimer disease, sykepleie, nurs*, BPSD, behavioral symptoms, challenging behaviour, neuropsychiatric symptoms, agitation, nursing homes, residential care, long term care,
- I: nursing, intervetions, person-centered care, psychosocial interventions, communication
- O: care

For oversikt over søkehistorikk, se vedlegg 2.

I forbindelse med hvert søk ble overskrifter og abstrakt lest. Noen artikler ble funne i flere databaser. De ble ikke inkludert som funn i senere søk. Artikler som ble vurdert som relevante ut i fra inklusjons- og eksklusjonskriterier ble lagret. Disse ble senere tatt igjen og lest i sin helhet. Aktuelle artikler ble printet ut for videre vurdering. Noen artikler var ikke tilgjengelige via internett, og ble bestilt via biblioteket ved høyskolen i Molde.

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

For at jeg skulle finne artikler som var relevante for min problemstilling utarbeidet jeg kriterier for inklusjon og eksklusjon. Disse benyttet jeg under søkeprosessen, og ved gjennomlesning av aktuelle artikler.

Inklusjonskriterier:

- Originalartikler
- Fagfellevurdert
- Studier som omhandlet personer med demens. Jeg søkte etter demens generelt, og ikke en demenssykdom spesielt.
- Personene skulle bo på sykehjem. Når jeg søkte med engelske ord, benyttet jeg ulike begreper, men det skulle være i en institusjon, utenfor sykehus.
- Studiene skulle si noe om tilnæringsmåter og/eller erfaringer med APSD.
- Det skulle være kvalitative studier.
- Pleiepersonalperspektiv.
- Artikkene skulle være skrevet på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

- Etisk godkjenning, eller at det var gjort en etisk vurdering.

Eksklusjonskriterier:

- Studier som omhandlet spesielle intervensjoner, som eksempelvis musikk eller aromaterapi.
- Studier med fokus på smerte som årsak til atferden.
- Studier om erfaringer relatert til implementering av spesifikke strategier/program.

3.2 Kvalitetsvurdering

Aktuelle artikler som var printa ut ble hentet fram og lest på nytt. Denne gangen med tanke på oppbygging og kvalitet.

Artiklene ble vurdert ut fra om de var skrevet etter IMRaD- prinsippet. IMRaD representerer ifølge Malterud en disposisjon for hvordan artikkelen bør bygges opp. I står for introduksjon, M for metode, R for resultat, A for and og D for diskusjon. God konsistens her, er med på å styrke den interne validiteten av artikkelen (Malterud 2013). Alle inkluderte artikler oppfylte dette kravet.

Register for vitenskapelige publikasjonskanaler (Norsk senter for forskningsdata, NSD) ble brukt for å kontrollere om publiseringskanalene var godkjent. Her står det at kriterier for godkjenning av tidsskrift og nettsteder omfatter blant annet at de skal ha rutiner for ekstern fagfelleevaluering. Publiseringskanaler for de inkluderte artiklene var på nivå 1 eller 2, og var således godkjent.

Den videre kvalitetsvurderingen av artiklene ble utført ved hjelp av Malteruds sjekkliste for kritisk lesning av kvalitative studier. Hver artikkel ble vurdert ut fra kriteriene i denne listen. Artiklene fikk en score mellom 25 og 31 av totalt 33 mulige. Malterud skriv at det alltid er snakk om et samlet skjønn når man vurderer om en artikkel er god eller dårlig, men at sjekklisten kan være et godt hjelpemiddel for dem som er utrent i å vurdere artikler. Målet er ikke at alle spørsmålene skal kunne besvares med et ja, men dersom mange spørsmål besvares med nei, blir det vanskeligere å komme til en positiv konklusjon

(Malterud 2013). Jeg vurderte alle de inkluderte artiklene til å være av god kvalitet, og ingen ble ekskludert på bakgrunn av manglende kvalitet.

3.3 Etske hensyn

Forskernes etiske overveieelse bør komme tydelig frem gjennom hele forskningsprosessen (Nortvedt et al 2012). Dalland skriv at etiske overveielser handler om mer enn å følge regler. Man må tenke gjennom hvilke etiske utfordringer arbeidet medfører, og hvordan de skal håndteres. Forskningsetikk handler om å ivareta personvernet og sikre troverdigheten av forskningsresultater. Man må unngå at forskningsdeltakerne blir påført skade eller unødige belastninger (Dalland 2014).

Alle de inkluderte artiklene hadde foretatt etiske vurderinger eller fått godkjenning av etiske utvalg. Deltagerne i studiene var anonymiserte. Alle deltagere var med frivillig, og hadde fått både skriftlig og muntlig informasjon om studiene de var med på.

Jeg har foretatt etiske overveielser gjennom prosessen med denne oppgaven. Jeg har ansett det som viktig å behandle data på en oversiktlig måte. Referanser er brukt for å kreditere de jeg har hentet opplysninger fra. Jeg har forsøkt å behandle data fra de inkluderte studiene uten å endre meningsinnhold gjennom prosessen med bearbeiding av disse.

For oversikt over innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler, se vedlegg 3.

3.4 Analyse

Jeg har valgt å bruke Evans analysemodell i arbeidet med denne oppgaven. Han deler tilnærmingen til datasyntesen inn i fire faser (Evans 2002).

Fase 1: Innsamling av artikler.

Hvilke studietype man vil inkludere bestemmes, og dette kommer frem i inklusjons- og eksklusjonskriterier. Det må så gjennomføres databasesøk for å finne aktuelle artikler. Artiklene gjennomgås, og relevante artikler inkluderes (Evans 2002).

Beskrivelse av denne fasen av arbeidet er gjort ovenfor. Jeg hadde elleve inkluderte artikler med inn i analysen. Artiklene ble nummerert for å lette det videre arbeidet.

Fase 2: Identifisere nøkkelfunn.

Les artiklene flere ganger med fokus på detaljer og på funn i den enkelte artikkelen. Identifisere nøkkelfunn i hver artikkel (Evans 2002).

Inkluderte artikler ble lest på nytt. Denne gang med fokus på å identifisere nøkkelfunn. Disse ble markert i teksten og stikkord notert i margen.

Fase 3: Knytte sammen tema på tvers av artiklene.

Kategorier identifiseres ut i fra listen over nøkkelfunn i fase 2. Studiene sammenlignes, og likheter og forskjeller identifiseres. Nøkkelfunn grupperes etter likhetstrekk. (Evans 2002).

Kategorier ble opprettet etter hvert som de ble identifisert, og nøkkelfunn notert under relevant kategori. Etter å ha studert artiklene, var tolv kategorier opprettet. Denne kategoriseringen gjorde det lettere å få oversikt over funn i de forskjellige artiklene. Kategoriene ble så samlet i tema. Jeg satte opp en tabell med de fire temaene, og de relaterte underkategoriene jeg har identifisert:

Tema	Underkategori (Artikkel nr)
Organisatoriske faktorer som påvirker omsorgen	Tid og organisering (1, 2, 3, 4, 8, 10) Kompetanse (1, 2, 3, 4, 5, 8, 11)
Personen med APSD	Kunnskap/ info om pasienten (2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11) Symptomer (3, 6, 10, 11)
Intervensjoner	Triggere (1, 6, 9, 11) Tilrettelegging av miljøet (3, 6, 7, 8) Tilnærming (5, 6, 7, 8, 9, 10, 11) Kommunikasjon (3, 6, 7, 8, 9, 10, 11) Aktivitet (1, 4, 6, 8)
Personalets opplevelser/ følelser i arbeidet	Personalets opplevelser (1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11)

Fase 4: Beskrive fenomenet.

Utarbeide en syntese på bakgrunn av identifiserte tema. Referanser til originalartikkelen, for å kontrollere nøyaktigheten i beskrivelsen (Evans 2002).

Jeg utarbeidet en syntese med utgangspunkt i funnene jeg hadde gjort. Jeg gikk gjennom tema med kategorier og nøkkelfunn, og disse ble sammenlignet med originalartiklene for kontroll. Syntesen er presentert under, i kapitlet resultat.

4.0 Resultat

Ut fra datamaterialet og gjennom analysen, har jeg identifisert fire temaer som belyser problemstillingen. Disse vil bli presentert i dette kapittelet.

4.1 Organisatoriske faktorer som påvirker omsorgen

Tid

For lite tid var nevnt i flere studier. Personalet uttrykte at de manglet tid og personale til å ivareta og støtte pasientene. Mangel på tid begrenset pleiepersonalets bruk av personsentrert omsorg og ikke-medikamentelle metoder ved APSD. Ble 1:1 intervensjoner prioritert, gikk det ut over andre pasienter (Ervin, Cross og Koschel 2012, Kolanowski et al.2015 og Clifford og Doody 2018). Personalet opplevde tidsmangel i forhold til faste oppgaver i avdelingen. Når APSD oppsto, tok dette tid fra de faste oppgavene (Kolanowski et al.2015, Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003 og Dupuis, Wiersma og Loiselle 2012).

Organisering

Sammensetningen av personalgruppa kunne påvirke omsorgen og tryggheten til pasientene. Manglende bemanning med rett kvalifikasjon, kombinert med sykefravær og bruk av vikarer ble løftet frem som faktorer som påvirket omsorgen (Clifford og Doody 2018 og Ostaszkiwicz et al. 2015). Medisinering på grunn av uro forekom oftest på kveld og helg, og dette ble relatert til mangelfull bemanning på disse tidspunktene (Kolanowski et al.2010).

Støtte fra ledelsen var viktig i en krevende arbeidshverdag. Når personalet opplevde manglende støtte og engasjement fra ledelsen, skapte det skuffelse, frustrasjon og en følelse av mislykkethet (Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003, Ostaszkiwicz et al. 2015). Tilgang til ressurser påvirket muligheten til å yte omsorg. Det påvirket både ledelsens muligheter for å bli kjent med personalet og personalets mulighet for å bli kjent med pasientene (Clifford og Doody 2018).

Kompetanse

Pleiepersonalet ga uttrykk for at de ønska mer kompetanse, spesielt kunnskap om håndtering av atferd relatert til konkrete situasjoner eller pasienter. Dette for å være tryggere i situasjoner som oppsto. Tilnærmingen ble ofte preget av prøving og feiling. Atferden ble forsøkt håndtert uten å bli forsøkt forstått. Kunnskapsnivået blant personalet var en begrensning for bruk av ikke-medikamentelle strategier ved APSD (Kolanowski et al.2015, Kolanowski et al.2010, Rognstad og Nåden 2011, Clifford og Doody 2018 og Kaye, Cross og Koschel 2012).

They don't seek to understand the behavior; they just try to address it and I think that's when you come up on failure because you don't understand what's causing that behavior.
(Kolanowski et al. 2010. s 4)

Personale med videreutdanning innen demensomsorg anså sin kompetanse som positiv for pasienter, personalet og miljøet. De så også behovet for mer utdanning blant annet personale (Clifford og Doody 2018).

Balanse mellom krav og kompetanse var spesielt viktig i etisk utfordrende situasjoner. Refleksjon ble nevnt som nødvendig for å klare å stå i arbeidet med personer med APSD. Pleiepersonalet uttrykte behov for jevnlig drøfting av etiske spørsmål (Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003 og Rognstad og Nåden 2011). Personalet brukte hverandre for å bearbeide erfaringer etter episoder med aggressiv atferd (Zeller et al.2011).

4.2 Personen med APSD

Det var viktig å kjenne pasienten man hadde omsorgen for. Kjennskap til pasientens livshistorie samt informasjon om hva han likte og mislikte, tidligere interesser og familieforhold ble fremhevet. Kunnskap om pasienten gjorde det lettere å identifisere og tilfredsstillende behov. Pleiepersonalet vektla kunnskap om hva som tidligere hadde trigget atferd og hvordan denne var blitt håndtert. Slik kunnskap kunne virke preventivt på utfordrende atferd (Kolanowski et al.2015, Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003, Kolanowski, et al.2010, Ostaszkiwicz et al.2015, Helleberg og Hauge2014, Clifford og Doody 2018, Duxbury et al.2013 og Zeller et al.2011).

I had one (resident) tonight that was totally upset saying her sister just passed away and you know, her sister actually passed away, we found out later, a couple years ago, but it'd be good to know that information. (Kolanowski et al. 2015. s53)

APSD forklares av pleiepersonale som et symptom på sykdomsutvikling. Symptomene ble sett på som en manifestasjon av den fysiologiske sykdomsprosessen, og relatert til skader som demenssykdommen ga i hjernen. APSD ble på bakgrunn av dette sett på som normale reaksjoner (Ostaszkiwicz et al.2015, Dupuis, Wiersma og Loïselle 2011 og Zeller et al.2009).). Pleiepersonalet relaterte aggresjon til økt sensitivitet for stimuli (Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003).

4.3 Intervensjoner

Triggere

Flere av artiklene fokuserte på hva som utløste APSD. Dette ble benevnt triggere. Interne triggere var det unike hos den enkelte pasient, som fysiske og psykiske faktorer. Eksterne triggere var miljøfaktorer, som behov for fysisk og personlig rom. Mellommenneskelige triggere var faktorer vedrørende kommunikasjon og pleie (Duxbury et al.2013). Personlig hygiene var en situasjon der utfordrende atferd ofte ble trigga. (Ostaszkiwicz et al.2015, Duxbury et al.2013 og Zeller et al.2011). Pasientens innsikt i eget funksjonstap, og at personalet skynda på pasienten kunne skape APSD. Likeså om personalet var uforberedt eller redd pasienten (Zeller et al.2011). Miljøforandringer og språkbarrierer var andre triggere. Det var døgnvariasjoner i symptomene, med økt frekvens tidlig morgen og om ettermiddagen (Ostaszkiwicz et al.2015).

Aggression can be the result of another of things, intervention, invading personal space, being told you have to come to the table to eat, we do give quite a lot of orders, they have got to keep to a routine. (Duxbury et al. 2013. s797)

APSD kunne oppstå på bakgrunn av for høye krav. På grunn av kognitiv svikt forsto ikke pasientene hva som skjedde under hverdagslige aktiviteter, og dette kunne trigge APSD (Ervin, Cross og Koschel 2012, Duxbury et al.2013 og Zeller et al. 2011).

Tilrettelegging av miljøet

Tilrettelegging av miljøet, med vekt på å skape en rolig atmosfære ble framhevet (Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003 og Helleberg og Hauge 2014). Manglende tilrettelegging av det fysiske miljøet, med stille rom og tilpassa uteareal, hindret personalet i å gi optimal pleie (Ostaszkiwicz, et al.2015). Det fysiske miljøet ble sett på som en terapeutisk ressurs, som fremmet velvære og vedlikeholdt funksjoner. Det var derimot ulike meninger om hvilke miljø som var mest egnet for pasienter med APSD, skjerma avdeling eller generell sykehjemsavdeling (Clifford og Doody 2018).

Aktivitet

Aktivitet ble framhevet som positivt (Ervin, Cross og Koschel 2012 og Clifford og Doody 2018). Noe av pleiepersonalet så på aktivitet som aktivtørens oppgave (Ervin, Cross og Koschel 2012), mens andre understreket at aktivitet organiseres i samarbeid mellom pleiepersonalet og aktivitør, og at dette skapte en mer personsentrert omsorg (Clifford og Doody 2018). Hverdagsaktivitet ble løftet frem som verdifullt, da dette støttet pasientenes selvfølelse (Kolanowski et al.2010). Aktivitet ble sett på som forebyggende faktor for APSD (Ostaszkiwicz et al.2015).

Kommunikasjon

Kommunikasjon i samhandling med pasienter med APSD var sentralt. Atferd ble sett på som kommunikasjon. Pleiepersonalet måtte være bevisst pasientens nonverbale kommunikasjon for å kunne forstå pasientens intensjoner (Ostaszkiwicz et al.2015, Helleberg og Hauge 2014, Clifford og Doody 2018, Duxbury et al.2013, Dupuis, Wiersma og Loïselle 2012 og Zeller et al. 2011). Forståelse av nonverbal kommunikasjon kommer av erfaring, kunnskap og kjennskap til pasienten (Clifford og Doody 2018).

Pleiepersonalet måtte være bevisst egen kommunikasjon i samhandling med pasienten. Det var fokus på enkel verbal- og nonverbal kommunikasjon (Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003). Kommunikasjon ble bevisst brukt i forberedelse av pasienten før intervensjoner og for å avlede når APSD oppsto (Helleberg og Hauge 2014). Å senke toneleie, snakke lavt og rolig var hensiktsmessig ved utfordrende atferd (Ostaszkiwicz et al.2015). God kommunikasjon, både med pasienter og kolleger, var viktig for å kunne yte god pleie (Clifford og Doody 2018).

Tilnærming

Å ikke trigge atferd og å være rolig sto sentralt i samhandling med pasienter med APSD. (Clifford og Doody 2018, Rognstad og Nåden 2011, Helleberg og Hauge 2014, Duxbury et al.2013 og Zeller et al.2011). Å inngi tillit og trygghet var viktig (Rognstad og Nåden 2011). Betydningen av timing fremheves: tilbaketrekking, vente og forsøke igjen. Forberedelse, både av pasient og i forhold til fysisk tilretteleggelse, var sentralt. Det var viktig med et rolig tempo, både i direkte pleie og generelt i avdelingen (Helleberg og Hauge 2014).

Den samme strategien ble brukt når aggressiv atferd hadde oppstått. Være rolig, trekke seg tilbake og ikke provosere ytterligere (Helleberg og Hauge 2014, Duxbury et al.2013 og Zeller et al.2011). Distraksjon ble benyttet ved APSD (Ostaszkiwicz et al.2015, Helleberg og Hauge 2014, Dupuis, Wiersma og Loiselle 2012 og Zeller et al.2011). Målet var å forstyrre og hindre ytterligere eskalering av symptomene. Å forsøke å snu stemningen ved hjelp av humor og latter kunne ha god effekt. Tilnærming til APSD ble beskrevet som en kontinuerlig prosess. Det som virket den ene dagen, virket ikke den neste (Zeller et al. 2011).

It's about stepping away, it's about we need to recognise that we need to be quiet and just stand, observe rather than trying to bring the person along and distract them, they might just need us to stand back and we need to be quiet. (Clifford og Doody. 2018. s 33)

4.4 Personalets opplevelser av arbeidet

Personalets opplevelse av arbeid med pasienter med APSD ble belyst i flere av studiene. Arbeidet ble blant annet beskrevet som å være i balanse eller ubalanse. Balanse ga pleiepersonalet følelse av å kunne håndtere symptomene. Arbeidet ble opplevd som stimulerende og skapte glede. Ved ubalanse opplevdes arbeidet krevende. Egen integritet følte tilsidesatt, personalet var skuffet og følte seg maktesløse (Skovdahl, Kihlgren og Kihlgren 2003). Pleiepersonalet beskrev utfordrende arbeidssituasjoner der de følte seg frustrert, mislykket og usikre (Rognstad og Nåden 2011 og Ostaszkiwicz et al.2015). Pleiepersonalet hadde en ansvarsfølelse for pasienten (Helleberg og Hauge 2014). Evne til å være empatisk ble løftet fram. Dette var nødvendig for å kunne stå i situasjonen (Clifford

og Doody 2017, Duxbury et al.2013, Zeller et al.2009). Pleiepersonalet måtte ha selvinnsikt, og være bevisst hvordan egen tilstedeværelse påvirket pasienten (Helleberg og Hauge 2014, Clifford og Doody 2018). De måtte kunne skille mellom egne og pasientens behov (Helleberg og Hauge 2014). Atferd som opplevdes viljestyrt ble tatt mer personlig (Dupuis, Wiersma og Loiselle 2012). Evne til å distansere seg fra atferden, og ikke ta den personlig ble pekt på som viktig (Ostaszkiwicz et al.2015, Zeller et al.2011).

5.0 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

Arbeidet med datamaterialet har vært utfordrende, men spennende. Jeg vil i dette kapittelet gjøre rede for valg og vurderinger jeg har gjort underveis i arbeidet.

5.1.1 Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Malterud skriver at kvalitativ metode brukes for å få vite mer om menneskelige egenskaper som erfaringer og opplevelser. Kvalitativ tilnærming egner seg godt for utforskning av dynamiske prosesser som samhandling (Malterud 2013). Siden jeg ønsket å belyse pleiepersonalets erfaringer med omsorg, mente jeg det var naturlig å basere litteraturstudien på kvalitativ forskning. I søkeprosessen fant jeg mange aktuelle kvantitative artikler. Jeg valgte å ikke inkludere disse. Dette med bakgrunn i valg av metode og at arbeidet med kvalitetssikring og analyse da hadde blitt mer komplekst. Å utelukke kvantitativ forskning kan ha påvirket resultatene i min litteraturstudie.

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å ha et sykepleieperspektiv på oppgaven, men erfarte i søkeprosessen at dette ble vanskelig. De fleste studiene benyttet begrepet nurses om hele pleiepersonalet. Andelen Registered Nurses (RN) var begrenset, og det var ofte ikke mulig å skille disse fra resten av personalgruppen. Jeg valgte å endre perspektiv, og å inkludere studier som omhandler pleiepersonalet. Dette fordi jeg i min problemstilling var ute etter erfaringer hos personalet som jobbet nært pasienter med APSD. At andelen sykepleiere var lav, gjenspeilte den faktiske bemanningen, og ga et riktig bilde av situasjonen på sykehjem. I studien til Duxbury et al. var både pleiepersonalet og pårørende sine erfaringer belyst. Jeg valgte å inkludere denne fordi det kom tydelig frem hva som var pleiepersonalets erfaringer, og dermed lett å bruke kun den aktuelle delen av studien.

På bakgrunn av problemstillingen, så jeg etter studier som omhandlet personer med demens. Jeg valgte å søke etter demens generelt, og ikke etter en demenssykdom spesielt. Dette fordi jeg ønsket en generell tilnærming til problemstillingen, og fordi jeg erfarer at mange av pasientene i sykehjem mangler en spesifikk demensdiagnose. Jeg har likevel

brukt søkeordet Alzheimer sykdom, i tillegg til demens, i noen av litteratursøkene. Dette fordi det er den største gruppen innen demenssykdommene.

Artiklene som ble inkludert skulle si noe om tilnæringsmåter og/eller erfaringer med APSD. Jeg ville belyse erfaringer med APSD generelt. APSD inneholder et stort spekter av symptomer. Det hadde blitt for omfattende å gå inn på hvert enkelt symptom. Studien har hatt mest fokus på uro, agitasjon og aggresjon. Dette er en konsekvens av fokuset i forskningen jeg fant.

Jeg har ikke satt tidsbegrensninger på studiene jeg inkluderte. Dette fordi det var et begrenset antall studier som møtte mine inklusjonskriterier. Gjennom prosessen var jeg likevel bevisst på at artiklene jeg inkluderte ikke ble for gamle. Den eldste artikkelen som ble inkludert er fra 2003, og de resterende fra 2009 – 2018. Funnene i de inkluderte artiklene samsvarte, til tross for et stort tidsspenn. Jeg mener dette er en styrke i studien.

De elleve inkluderte artiklene kom fra åtte ulike land; USA, Australia, Sverige, Norge, Irland, Storbritannia, Canada og Sveits. At studiene ble gjennomført i ulike land, ser jeg på som en styrke da det kan være med på å bekrefte at funnene er relevante. Det kunne vært spennende, og gitt oppgaven mer dybde, å inkludert artikler fra kulturer mer ulik vår egen.

Med bakgrunn i mine språkkunnskaper inkluderte jeg artikler på norsk, svensk, dansk eller engelsk.

5.1.2 Datainnsamling

Jeg hadde ingen erfaring med databasesøk da jeg begynte med oppgaven. Etter å ha lest relevant litteratur, deltatt i undervisning og prøvd meg litt på egenhånd, søkte jeg veiledning hos bibliotekar ved høgskolen. Her fikk jeg hjelp til å sette opp PIO-skjema, og en repetisjon av databasesøk. Dette hjalp meg med å systematisere arbeidet.

Jeg gjorde flere systematiske søk i ulike databaser. Datasøkene ble gjennomført til jeg ikke kunne se at de tilførte nye artikler. I oversikt over litteratursøk er de søkene som førte til funn av aktuelle artikler tatt med. Flere artikler ble funnet i ulike databaser, og noen flere ganger i samme databasen. Disse ble da kun registrert som treff første gangen. Dette kan være en svakhet. Jeg mener, på tross av dette, at jeg har funnet de artiklene som var

aktuelle for min studie. Arbeidet var tidkrevende. Jeg valgte å bruke tid på denne prosessen da jeg mente datasøkene var viktige. Dette fordi de dannet grunnlaget for oppgaven. Jeg gjorde manuelle søk i litteraturlistene til aktuell litteratur, men fant ikke aktuelle studier her. Jeg mener den grundige gjennomgangen er en styrke i studien, og til en viss grad kompenserer for min manglende erfaring.

5.1.3 Kvalitetsvurdering

Alle de inkluderte artiklene er kvalitative artikler. Dette gjorde kvalitetsvurderingen mer oversiktlig, da samme fremgangsmåte kunne brukes på alle artiklene. Artiklene ble vurdert ut fra Malteruds sjekklister. Denne vurderer flere sider ved artiklene. Malterud skriver at sjekklister ikke må bli et mål, men kan fungere som et hjelpemiddel til å fokusere på spørsmål som relevans, validitet og refleksivitet. Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til, validitet om gyldigheten av den kunnskapen som er funnet og refleksivitet om forskerens tolkningsramme og forutsetninger (Malterud 2013). Jeg opplevde at det kunne være vanskelig å ta stilling til enkelte av kriteriene i sjekklister, og dette kan ha påvirket hvordan jeg scoret artiklene. Jeg vurderte alle artiklene som gode. Dette på bakgrunn av en score mellom 25 og 31. Min uerfarenhet er en svakhet i kvalitetsvurderingen av de inkluderte artiklene.

Publiseringskanalene til artiklene ble vurdert gjennom nettsidene til NSD, og kategorisert til nivå 1 eller 2. Jeg mener dette underbygger min konklusjon om at artiklene er av god kvalitet, og er en styrke ved studien.

5.1.4 Analyse

Analysearbeidet i min litteraturstudien ble gjennomført etter Evans sin modell. Evans peker på at selv om det finnes flere metoder å syntetisere funn fra kvalitative studier, vil det være flere likheter. Han skriver at til tross for at det brukes ulike begreper, involverer datasyntesen fire faser: datainnsamling, identifisere nøkkelfunn, identifisere tema på tvers av studier og å beskrive fenomenet (Evans 2002).

Jeg erfarte at å jobbe etter Evans analysemodellen ga struktur, og beskrev en naturlig progresjon i arbeidsprosessen. Ved å kategorisere funn i hver artikkel, ble det lettere å

sammenligne funn fra ulike studier, og på bakgrunn av dette finne tema. Å identifisere tema og beskrive funn var krevende. Litteraturstudien var en individuell oppgave. Jeg ser at det hadde vært en styrke om flere hadde jobbet med dataene. Bevissthet rundt egen forforståelse var viktig for å behandle dataene på en god måte. Min bakgrunn og min forforståelse kan ha påvirket funnene i oppgaven. Malterud skriver at refleksivitet handler om forskerens forutsetninger og tolkningsramme, og at dette er en aktiv holdning. For at forskningsprosessen skal kunne bringe frem noe annet enn man visste på forhånd, må man ha et åpent sinn, med plass til uventede konklusjoner (Malterud 2013). Jeg erfarte at Evans analysemodell gjorde det lettere å behandle data og funn på en objektiv måte. Dette ser jeg på som en styrke ved litteraturstudien.

De fleste av artiklene i studien var engelskspråklige. Det kan ha oppstått feiltolkninger av meningsinnhold på grunn av dette. Dette kan være en svakhet ved studien. Jeg mener jeg har jobbet grundig med materialet. Når jeg har vært i tvil om meningsinnhold eller betydning av enkeltord har jeg brukt oversettingshjelpemidler eller rådført meg med andre.

5.1.5 Etske hensyn

Alle de inkluderte artiklene har etisk godkjenning eller foretatt etiske overveielser. De har ivaretatt anonymitet og beskrive at deltakelse er frivillig. Dette ser jeg som en styrke i studien.

Malterud skriver at etiske prinsipper for medisinsk forskning som omfatter mennesker er sammenfattet i Helsinkideklarasjonen. Denne deklarasjonen omfatter ikke helsepersonell. I slike situasjoner må forskeren bruke skjønn for å utøve ansvarlig forskningsetikk (Malterud 2013). I de inkluderte studiene har det vært pleiepersonalet som var deltagere. Det er derfor opp til forskerne i de enkelte studiene å vise god forskningsetikk. Viktige prinsipper er anonymitet og informert samtykke.

Dalland (2014) skriver at for mange er anonymitet en forutsetning for å være med i en studie. Anonymiteten ble ivaretatt på ulike måter i studiene. Hvor deltakerne arbeider var ikke omtalt, men området og andre aspekter ved konteksten kunne være det. I noen studier var personalgruppen omtalt med generelle begrep som nurses, mens i andre var det gitt en mer detaljert beskrivelse av funksjonsområdet til den enkelte deltaker. Jeg ser at jo mer

detaljert beskrivelsene er, jo større sannsynlighet er det for at noen kan identifisere deltakerne. Det er derfor viktig at forskerne har fokus på dette.

Informert, frivillig samtykke innebærer at deltakerne i studien deltar med viten og vilje, på et fritt og selvstendig grunnlag. Hensikten med informert samtykke er å styrke den enkeltes autonomi og oppmuntre til selvstendige og ansvarlige beslutninger (Dalland 2014). I flere av studiene ble denne informasjonsprosessen beskrevet. Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon, og det ble vist til at det også senere ble informert om at det var anledning til å trekke seg fra studien. Jeg mener det er essensielt at personalet er med på frivillig grunnlag. De har da tatt stilling til om de ønsker å være med i en studie, og i den sammenheng tenkt gjennom sine standpunkt og erfaringer om det aktuelle temaet.

Gjennom mitt arbeid med litteraturstudien har jeg hatt fokus på å behandle dataene på en ryddig og oversiktlig måte. Jeg mener jeg har en etisk forpliktelse til å forsøke å bevare meningsytringer og funn uten at meningsinnholdet endres.

5.2 Resultatdiskusjon

Håndtering av APSD er noe av det mest utfordrende ved behandlingen av pasienter med demens (Cohen-Mansfiels og Mintzer 2005). Gjennom studiet og egen praksis har jeg erfart at omsorg for pasienter med APSD krever at personalet er engasjerte og tilstede i situasjonen. I litteraturstudien har jeg identifisert flere faktorer som pleiepersonalet ved sykehjem vektlegger i sitt arbeid med pasienter med APSD. Jeg vil i dette kapitlet diskutere disse ut fra et sykepleieperspektiv.

5.2.1 Ledelse

Ledelsen beskrives i litteraturstudien som sentral. Det var viktig for personalet å ha støtte fra ledelsen, og at ledelsen hadde innsikt i deres arbeidshverdag. Rokstad skriv at lederens overordnede oppgave er å holde oversikt, trekke i de riktige trådene og å sikre faglig forsvarlig behandling (2005). Litteraturstudien viser at pleiepersonalet opplevde at knappe ressurser med lite personale ga tidsmangel. Jeg mener at det er lederens ansvar å påse at det er tilstrekkelig personale med den riktige kompetansen tilstede. Det er viktig at lederen er synlig, og at hun viser at hun har oversikt og ser de utfordringene som til enhver tid er i

avdelingen. Brooker skriver at å verdsette mennesket er sentralt i personsentrert omsorg. Relasjoner mellom mennesker i omsorgsmiljøet bør pleies. Hvordan ledelsen møter pleiepersonalet har innvirkning på omsorgen pleiepersonalet yter (Brooker 2013). Dette er i tråd med mine funn. Litteraturstudien viste at opplevelse av støtte var viktig. Manglet dette, kunne det resultere i skuffelse og frustrasjon. Verdsettelse av arbeidet som ytes, kunne der imot skape mestringsfølelse og motivasjon. I min arbeidshverdag erfarer jeg at det kan være lite fagpersonell på jobb. Dette skaper en ekstra belastning i en allerede krevende hverdag. Det er da viktig med en leder som viser støtte, som ser utfordringene og prøver å tilrettelegge. Som AKS-sykepleier ser jeg at det er viktig å jobbe kunnskapsbasert. Å ha en leder som er opptatt av fagutvikling og legger til rette for at demensomsorg skal gis etter de gjeldende anbefalinger blir sentralt i denne sammenheng.

5.2.2 Personalets kompetanse

Helsepersonelloven sier at helsepersonell skal:» utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven §4 1999). I Nasjonal faglige retningslinjer om demens understrekes det at omsorgen som ytes skal være faglig forsvarlig. Det vises til at personalet skal ha tilstrekkelig relevant kompetanse (Helsedirektoratet 2017). Kompetanse er således en forutsetning for omsorgen som ytes. Dette samsvarer med mine funn, der pleiepersonalet fremhevet at det var viktig å ha kunnskap, både om demens generelt og om personen med demens. De beskrev at de manglet den kompetansen de behøvde. Pleiepersonalet ønsket mer konkret kunnskap om hvordan håndtere APSD. Tilnærmingen ble preget av prøving og feiling. Manglende kompetanse gjorde personalet utrygge i situasjonene som oppstod. Samtidig ble høyt sykefravær og mye bruk av vikarer og ufaglært arbeidskraft løftet frem. I følge Helse og omsorgsdepartementet viste en undersøkelse av Gautun og Bratt (2014) at ca en tredjedel av de avtalte årsverkene i omsorgstjenestene besto av personell uten helse- og sosialfaglig utdanning. En stor andel av disse var trolig vikarer og deltidsansatte (Demensplan 2020). Jeg mener dette får en konsekvens for omsorgen som ytes på sykehjemmene. Som AKS-sykepleier har jeg fått økt kompetanse innen demensomsorg. Studiet har gitt meg en større forståelse av hvor kompleks dette fagfeltet er, og hvor mye kunnskap som trengs for å kunne ivareta denne pasientgruppen på en god måte. Dette er i tråd med funn i litteraturstudien, der pleiepersonale med videreutdanning så behov for mer kompetanse

blant annet personell. Som AKS-sykepleier håper jeg å kunne bidra i forhold til faglig fokus, og være med på å øke kompetansenivået ved min arbeidsplass.

5.2.3 Behov for veiledning

Jeg fant i litteraturstudien at pleiepersonalet som jobbet med pasienter med APSD opplevde arbeidshverdagen krevende. De organisatoriske rammene var ofte knappe og arbeidet med pasientene utfordrende. Å skulle yte omsorg til personer som motsatte seg den hjelpen man forsøkte å gi, gjorde at personalet stadig sto i vanskelige etiske situasjoner. Brooker skriv at å yte demensomsorg ikke er noen enkel eller overflatisk prosess. Det fordrer faglig kompetanse og er svært krevende (Brooker 2013).

Litteraturstudien min viste at evnen til å ikke ta utfordrende atferd personlig ble sett på som viktig. Dette var ikke alltid lett. Å bli møtt med banning og ukvemsord påvirker personalet, og er ifølge Rokstad en psykisk påkjenning som det er viktig å snakke om (Rokstad 2005). Litteraturstudien viste at pleiepersonalet mente refleksjon var viktig. Dette blir understreket av Kitwood, som skriver at det er av avgjørende betydning at personalet får regelmessig tilbakemelding og mulighet for å diskutere med andre med mer erfaring (Kitwood 1999). Fra egne erfaringer, og gjennom studiet, ser jeg at veiledning og refleksjon er verdifullt. Jeg mener dette gir bedre omsorg for pasientene. Å kunne belyse felles utfordringer og skape felles mål, vil gi større trygghet i personalgruppen. Dette kommer pasientene til gode. Dette viste også litteraturstudien. Dersom personalet opplevde balanse, følte arbeidet meningsfullt og ga glede. I motsatt fall kunne personalet føle seg utilstrekkelige, maktesløse og utrygge.

5.2.4 Kommunikasjon

Litteraturstudien viste at pleiepersonalet så på atferd på flere måter. Atferden kan oppfattes som et symptom på bakgrunn av skadene demenssykdommen har gitt. Atferden kan også sees som kommunikasjon. Litteraturstudien viste at når atferd ble tolket som kommunikasjon ga den mening for personalet. Rokstad skriver at kommunikasjon har flere hensikter og har en grunnleggende innvirkning på kvaliteten i våre liv og relasjoner. Hensikten kan være å formidle et budskap, finne ut av andres følelser, skape fortrolighet eller å løse problemer. Den verbale kommunikasjonen utgjør bare en liten del av det som uttrykkes (Rokstad 2014). Gjennom studiet har jeg lært at pasienter med demens kan ha

problemer med å formidle sine ønsker og behov. Wogn-Henriksen skriver at i sene stadier av demenssykdommen kan kommunikasjonen være så fattig at det blir vanskelig for pasienten å formidle sine ønsker. Ikke-verbale aspekter ved kommunikasjonen er vanligvis bedre bevart og blir desto viktigere (Wogn-Henriksen 2008). Sykepleieren må tolke pasientens uttrykk, og være bevisst non-verbale forsøk på kommunikasjon. Tolkning krever evne til empati. Empati betyr ifølge Kitwood å ha en viss forståelse for hva en annen person opplever, og å få et glimt av hvordan livet er sett fra den andres referanserammer. I omsorg for personer med demens innebærer empati mer enn å forsøke å skape mening i de verbale og nonverbale bruddstykkene av signaler pasienten gir. Det innebærer at man trekker inn egne følelser. Her ligger en risiko for å projisere egne følelser til pasienten (Kitwood 1999). Støback skriver at vår forståelse for pasienter med demens gjør noe med holdningene våre, og holdningene våre er av betydning for hva vi ser når vi kartlegger atferd og hvordan vi nærmer oss pasienten (Støback 2015). På bakgrunn av dette mener jeg det er viktig at sykepleiere har et bevisst forhold til egne følelser i interaksjon med pasienter med APSD. Litteraturstudien viste at pleiepersonalet så dette. Evne til selvinnsikt ble beskrevet som viktig. De så hvordan de selv og deres interaksjon påvirket pasientene. Egne behov må ikke overføres til pasienten.

5.2.5 Omsorg for pasienter med APSD.

I Nasjonal faglige retningslinjer om demens står det at virksomheten skal legge til rette for at omsorgen som ytes til personer med demens skal være personsentrert (Helsedirektoratet 2017). Personsentrert omsorg omhandler flere elementer. Litteraturstudien viste at personalet uttrykte at de opplevde tidsmangel som en begrensning i forhold til omsorgen. Å bli kjent med pasienter krevde tid. Pleiepersonalet følte at tid og bemanning var en barriere for personsentrert omsorg.

Kartlegging

I litteraturstudien fant jeg at kartlegging av APSD i liten grad ble belyst. Jeg anser dette som en viktig brikke i forståelse og tilnærming. Selbæk skriver at behandling av APSD forutsetter en grundig utredning, og at observasjonsbaserte strukturerte skalaer kan være et godt hjelpemiddel (Selbæk 2005). Rokstad hevder at innhenting av kvantifiserbare data er en forutsetning for analyse, forståelse og evaluering av APSD (2008).

Min erfaring er at bruk av kartleggingsverktøy ved APSD i liten grad er implementert i sykehjem. Atferdsregistrering brukes noe, gjerne i forbindelse med uro og søvnforstyrrelser. Jeg ser at kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for å få en mer objektiv fremstilling av APSD. Økt fokus og kunnskap om de ulike kartleggingsverktøyene kan bidra til at pleiepersonalet får bedre kunnskap om hva som påvirker den enkelte pasients atferd.

Livshistoriearbeid

Å jobbe personsentrert forutsetter blant annet kunnskap om hver enkelt pasient. Livshistorien er ifølge Tretteteig, Tangen og Storjord en viktig del av pasientens referanseramme. Det er viktig at livshistorien sier noe om betydningsfulle personer og hendelser i pasientens liv og hvem han er ut i fra det livet han har levd. Hensikten er å bygge opp under pasientens verdi, identitet og mestringsevne (Tretteteig, Tangen og Storjord 2016). Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, som fremhever at sykepleiens grunnlag er respekt for den enkeltes liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleieforbund 2011). Jeg erfarer i mitt arbeid at kunnskap om pasientens tidligere liv er viktig i samhandlingen. Sykepleiere med god kunnskap om pasienten kan skape trygge rammer for han i en utrygg tilværelse. Litteraturstudien viste at pleiepersonalet så verdien i kunnskap om pasientens livshistorie. Det ble også fremhevet at kunnskap om hva som trigget APSD og hvordan dette hadde blitt møtt tidligere var viktig. Rokstad skriver at ved kartlegging av livshistorie vil aktuelle behov med konsekvens for omsorgen identifiseres (2014). Kitwood sin illustrasjon av behov synliggjør de psykologiske behovene. (1999). Litteraturstudien viste at kjennskap til den enkeltes behov kunne være en viktig forebyggende faktor for APSD. Dette er i tråd med Cohen-Mansfield, som beskriver umøtte behov som en sentral modell for forståelse av APSD (Cohen-Mansfield 2001). Jeg erfarer at de fysiske behovene i større grad enn de psykiske blir vektlagt i den daglige omsorgen for pasientene. Samtidig ser jeg at ved å klare å imøtekomme pasientens psykologiske behov, øker det trivselen og reduserer forekomsten av APSD.

Miljøbehandling

I litteraturstudien ble et tilpasset miljø betraktet som en ressurs. Behov for uteareal og tilstrekkelig rom ble belyst. En rolig atmosfære var viktig. Dette gjaldt både forebyggende og når APSD oppsto. Rokstad skriver at miljøbehandling innebærer tilrettelegging av

pasientens omgivelser for at pasienten skal kunne bruke sine ressurser maksimalt og opprettholde selvstendighet så lenge som mulig (Rokstad 2008). I tillegg til behov, vil god kjennskap til pasienten synliggjøre hans ressurser. Som sykepleier har jeg erfart at pasientens ressurser bør være retningsgivende for den hjelpen han mottar. Som en av mine pasienter en gang påpekte: «Det er ikkje hjelp, viss eg kan klare det sjølv!» Jeg mener at å yte omsorg med utgangspunkt i pasientens ressurser vil gi mestringsfølelse og bygge opp under hans selvfølelse. Dette er i samsvar med funn i studien til Lillekroken, Haugen og Slettebø (2015). De fant at det er viktig å identifisere pasientens ressurser, og å spille på disse i stedet for å fokusere på symptomer og utfordringer.

I litteraturstudien fant jeg at faktorer i miljøet og for høye krav til pasienten kunne trigge APSD. Derfor ble individuell tilpasning viktig. For å få til dette må pleiepersonalet ha kunnskap om pasienten. Cohen-Mansfield belyser dette gjennom sin modell om økt sårbarhet/reduert stressterskel. Et tilpasset miljø med redusert stimuli skal redusere stressopplevelsen for pasienten, og på bakgrunn av det reduseres forekomsten av APSD (Cohen-Mansfield 2001). Tretteteig og Røsvik skriver at det er personalets oppgave å finne den rette miljøbehandlingen ut i fra den enkeltes forutsetninger. Klarer man det, skapes glede og livskvalitet. Ved å dekke behovet for beskjeftigelse, dekkes et av Kitwoods grunnleggende psykologiske behov. Dette kan bidra til å forebygge APSD (Tretteteig og Røsvik 2016).

Aktivitet hører med i tilretteleggingen av miljøet for personer med demens, og den daglige egenpleiesituasjonen kan være en fin mulighet for aktivitet (Rokstad 2008).

Litteraturstudien viste at personalet så på aktivitet som positivt, og at det kunne være med å forebygge APSD. Det var delte meninger om det var pleiepersonalets oppgave. Noen så på aktivisering som aktivitørens oppgave, og mente de ikke hadde tid til dette mens andre mente det var et samarbeid. Fra egen praksis ser jeg at aktivitet er noe det bør være fokus på. Jeg opplever at det er pleiepersonalets oppgave, da det ikke er tilgang til aktivitører. Hverdagsaktivitet rundt stell og måltid er aktivitet som ikke krever mye ekstra tid av personalet. Pasienten får aktivitet og sosial interaksjon samtidig som sykepleier kan observere ressurser og funksjonsnivå. Min erfaring er at aktivitet forebygger APSD og øker trivselen hos pasientene. Enkle tiltak kan ha god effekt.

6.0 Konklusjon

Denne litteraturstudiens hensikt var å belyse hvilke erfaringer pleiepersonalet ved sykehjem hadde med omsorg for pasienter med APSD. Studien viste at pleiepersonalet følte de manglet kunnskap om APSD. Dette skapte usikkerhet. Samtidig viste personalet at de hadde kunnskap om viktige aspekter ved omsorg for personer med demens. Mangel på tid og fagpersonale ble fremhevet som barrierer for å yte omsorgen pleiepersonalet så mest hensiktsmessig. Pleiepersonalet opplevde omsorg for pasienter med APSD som krevende, og støtte fra ledelsen ble ansett som viktig.

Implikasjoner for praksis

Problemstillingen i litteraturstudien er svært aktuell i sykehjem, da prevalensen for APSD er høy. Å jobbe for å heve kompetansen innen demensomsorg, og da spesielt i forhold til APSD, bør være et satsningsområde. Likeså bør det være tilbud om veiledning og refleksjon til personale som jobber med denne pasientgruppen. Økt kompetanse og veiledning kan gi personalet økt mestringsfølelse. Dette kan føre til mindre arbeidsbelastning og mer stabilitet i personalgruppa.

Anbefalinger for videre forskning.

Jeg fant lite forskning omkring sykepleierens rolle i arbeidet med pasienter med APSD i sykehjem. Å kartlegge sykepleieres kompetanse og erfaringer på området er viktig. Likeså hvordan sykepleier kan bidra i forhold til de nevnte utfordringene, spesielt relatert til kompetanse og veiledning av annet personale.

Referanseliste

- Brooker, Dawn. 2013. *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester*. Oversatt av Thomas Deschington. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Brøyn, Timo Peder. 2012. *Alle databaser*. Høyskolen i Molde. (Lest 30.04.2018)
<http://www.himolde.no/biblioteket/Sider/Emneomraader/Alle-databaser.aspx>
- Christoffersen, Line, Asbjørn Johannessen, Per Arne Tufte og Inger Utne. 2015. *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Oslo: Abstrakt forlag
- Clifford C. og O. Doody. 2018. "Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2018: 26-36. <https://doi.org/10.1111/jpm.12436>
- Cohen-Mansfield, Jiska. 2001. "Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia" *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol. 9. Iss. 4. 361-81 <https://doi.org/10.1097/00019442-200111000-00005>
- Cohen-Mansfield, Jiska og Jacobo E. Mintzer. 2005. "Time for change: The role of Nonpharmacological Interventions in Treating Behavior Problems in Nursing Home Residents With Dementia" *Alzheimer Disease and Associated Disorders*. Vol 19. 37-41. <https://pdfs.semanticscholar.org/4500/4fe97c33e442e7a7d8f6a0514aab8162eaa4.pdf>
- Dalland, Olav. 2014. *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Dikt av ukjent opphav. *I glemselens strie land*. (Lest 08.05.18). Tilgjengelig fra:
http://www.demensogtro.no/ressurser/i_glemselens_strie_land.pdf
- Dupuis, Sherry L., Elaine Wiersma og Lisa Loiselle. 2012. "Pathologizing behavior: Menings of behaviors in dementia care" *Journal of Aging Studies* 26. 162-173. Doi: 10.1016/j.jaging.2011.12.001
- Duxbury, J., D. Pulsford, M. Hadi og S. Sykes. 2013. "Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study" *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 20, 792-800. Doi: 10.1111/jpm.12018
- Engedal, Knut. 2014. *Lærebok, alderspsykiatri i praksis*. 2. utg. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Ervin, Kaye, Maddalena Cross og Alison Koschel. 2014. "Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: staff perceptions" *Elsevier. Collegian* 21 201-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.04.002>
- Evans, David. 2002 "Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data" *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol.20. Number 2 s22-26
- Heap, Ken. 2002. *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon-minner-kriser-sorg*. 3.utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Helleberg, Kristin Mjelde og Solveig Hauge. 2014. "'Like a Dance' Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions" *Nursing Reserch and Practice* 2014:905972. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/905972>
- Helsedirektoratet. *Nasjonale faglige retningslinjer om demens*. V 3.1 Published 2017.12.17. Internettutgave. (Lest 16.03.2018) Tilgjengelig fra: <https://www.magicapp.org/app#/guideline/2273>
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2015. *Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn*. (Lest 06.05.18). https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf
- Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell m.v. av 02.07.1999*. Sist endret 16.06.2017. (Lest 26.04.18) Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_1
- Kitwood, Tom. 1999. *En revurdering af demens – personen kommer i førde række*. Oversatt av Nina Johnsen. København: Munksgaard Danmark.
- Kolanowski, Ann, Donna Fick, Christine Frazer og Janice Penrod. 2010. "It's About Time: Use of Nonpharmacological Interventions in the Nursing Home" *Journal of Nursing Scholarship*. Vol.42, Iss. 2: 214-22. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01338x
- Kolanowski, Ann, Kimberly Van Haitsma, Janice Penrod, Nikki Hill og Andrea Yevchak. 2015 "'Wish we would have known that!' Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care" *The Gerontologist*, Vol 55.No S1 s50-60. doi:10.1093/geront/gnv014
- Lillekroken, Daniella, Solveig Haugen og Åshild Slettebø. 2015 "Enabling resources in people with dementia: a qualitative study about nurses' strategies that may support sense of coherence in people with dementia" *Journal of Clinical Nursing*. Vol 24. Issue 21-22. DOI: 10.1111/jocn.12945
- Malterud, Kirsti. 2013. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget

- Norsk senter for forskningsdata. Register over vitenskapelige publiseringskanaler. (Lest 19.04.18) Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. 2011. "Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere" (Lest 20.03.18) Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, Monica W., Gro Jamtvedt, Birgitte Gravenholt, Lena Victoria Nordheim og Liv Merete Reinart. 2012. *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. 2.utg. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ostaszkiwicz, J., P. Lakhan, B. O'Connell og M. Hawkins. 2015. "Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia" *International Nursing Review* 62, 506-516. <https://doi.org/10.1111/inr.12180>
- Rognstad, May-Karin og Dagfinn Nåden. 2011 "Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Pleierens perspektiv" *Nordisk sygeplejeforskning*. Nr2. Vol1.s143-155. ISSN: 1892-2678. www.idunn.no/nsf
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2005. *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferden blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. "Miljøbehandling" I *Personer med demens. Møte og samhandling* Redigert av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye. s152-179. Oslo: Akribe.
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2008. "Utfordrende atferd" I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Redigert av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye. s180- 206. Oslo: Akribe
- Rokstad, Anne Marie Mork. 2014. *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Selbæk, Geir. 2005. "Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens" *Tidsskr.Norsk Lægeforening* nr 11. 125: 1500 -2. (lest 27.04.18) <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/atferdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-ved-demens>
- Skovdahl, K., A.L. Kihlgren og M. Kihlgren. 2003. "Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia- narratives from two caregiver groups". *Aging and Mental health*. 7(4) 277-286. DOI:10.1080/1360786031000120679
- Støback, Anne Margrethe. 2015. "Atferd er uttrykk for personlige opplevelser. Om kompetanseprogrammet "Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom"". *Tidsskrift for omsorgsforskning*. Årg 1 nr1. (Lest 27.04.18)

www.idunn.no/tidsskrift_for_omsorgsforskning/2015/01/atferd_er_uttrykk_for_personlige_opplevelser_-_om_kompetans

- Tretteteig, Signe, Guro Gujord Tangen og May-Britt Storjord. 2016. "Miljøbehandling – ulike arbeidsformer og aktiviteter". I *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Redigert av Signe Tretteteig. s 325- 366. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Tretteteig, Signe og Janne Røsvik. 2016. "Miljøbehandling- introduksjon" I *Demensboka. Lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Redigert av Signe Tretteteig. s 291-300. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Wogn-Henriksen, Kjersti. 2008. "Kommunikasjon" I *Personer med demens. Møte og samhandling*. Redigert av Anne Marie Mork Rokstad og Kari Lislerud Smebye. s 87-113. Oslo: Akribe
- Wyller, Torgeir Bruun. 2015. *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Zeller, Adelheid, Theo Dassen, Gerjo Kok, Ian Needham og Ruud JG Halfens. 2011. "Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study" *Journal of Clinical Nursing* 20. 2469-2478. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x

VEDLEGG 1

PIO-skjema

P	I	O
Demens APSD Sykepleier Sykehjem	sykepleie	omsorg
dement* alzheimer disease BPSD nurs* nursing homes residential care long term care agitation challenging behaviour behavioural symptoms neuropsychiatric symptoms	nursing interventions psycosocial interventions communication person centered care	care

VEDLEGG 2

Oversiktstabell over søkehistorikk

Søkeord	Dato	Database	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderte artikler
Dement* or Alzheimer Disease (exp) or dementia (exp)	22.01.18	Ovid Medline	164777	0	0	0
Nurs* or nursing (exp)	22.01.18	Ovid Medline	613211	0	0	0
Bpsd or behavioral symptoms (exp)	22.01.18	Ovid Medline	311938	0	0	0
Dement* or alzheimers disease or dementia and nurs* or nursing and bpsd or behavioral symptoms	22.01.18	Ovid Medline	1360	0	0	0
Nursing homes	22.01.18	Ovid Medline	38794	0	0	0
Dement* or alzheimers disease or dementia and Nurs* or nursing and Bpsd or behavioral symptoms and nursing -homes	22.01.18	Ovid Medline	629	0	0	0
Dement* or alzheimers disease or dementia and Nurs* or nursing and Bpsd or behavioral symptoms and nursing –homes. Limit to english language and journal article	22.01.18	Ovid Medline	558	0	0	0
Dement* or alzheimers disease or dementia and	22.01.18	Ovid Medline	136	26	16	2

Nurs* or nursing and Bpsd or behavioral symptoms and nursing –homes. Limit to english language and journal article. Limit to qualitative best balance of sensitivity and specificity						
Dement* or dementia or alzheimers disease	27.01.18	OVID Embase	324450	0	0	0
Nurs* nurse or nursing	27.01.18	OVID Embase	735910	0	0	0
BPSD	27.01.18	OVID Embase	1308	0	0	0
Nursing homes	27.01.18	OVID Embase	52439	0	0	0
Dement* or dementia or alzheimers disease and Nurs* or nurse or nursing and BPSD	27.01.18	OVID Embase	263	0	0	0
Dement* or dementia or alzheimers disease and Nurs* or nurse or nursing and BPSD and nursing homes	27.01.18	OVID Embase	140	15	4	1
Dement* or dementia or alzheimers disease	28.01.18	OVID PsycINFO	87340	0	0	0
Nurs* or nursing or nurses	28.01.18	OVID PsycINFO	94185	0	0	0
Bpsd	28.01.18	OVID PsycINFO	699	0	0	0
Dement*or dementia or alzheimers disease and Nurs* or nursing or nurses and	28.01.18	OVID PsycINFO	106	12	5	1

Bpsd						
Dementia	23.01.18	Cinahl	40003	0	0	0
Nurs or nurses or nursing	23.01.18	Cinahl	1259455	0	0	0
Challenging behaviour	23.01.18	Cinahl	1322	0	0	0
Dementia and nursing and challenging behaviour	23.01.18	Cinahl	143	14	3	0
Dement*	24.01.18	Proquest	234561	0	0	0
Nurs*	24.01.18	Proquest	2108984	0	0	0
bpsd	24.01.18	Proquest		0	0	0
Dement* and nurs* and bpsd	24.01.18	Proquest	362	0	0	0
Nursing home	24.01.18	Proquest	217150	0	0	0
Dement* and nurs* and bpsd and nursing home	24.01.18	Proquest	214	30	11	0
Dementia	30.01.18	OVID Nursing database	11104	0	0	0
Nurs*	30.01.18	OVID Nursing database	544617	0	0	0
bpsd	30.01.18	OVID Nursing database	10993	0	0	0
Nursing homes	30.01.18	OVID Nursing database	15021	0	0	0
Dementia and nurs* and bpsd and nursing homes	30.01.18	OVID Nursing database	1560	0	0	0
Qualitative expl qualitative studies	30.01.18	OVID Nursing	43059	0	0	0

		database				
Dementia and nurs* and bpsd and nursing homes and qualitative, expl qualitative studies	30.01.18	OVID Nursing database	157	7	4	1
Challenging behaviour	04.02.18	ProQuest	17766	0	0	0
Nursing homes	04.02.18	ProQuest	254968	0	0	0
Qualitative	04.02.18	ProQuest	746283	0	0	0
challenging behaviour and nursing homes and qualitative Search in anywhere except full text and peer reviewd	04.02.18	ProQuest	109	11	5	2
Bpsd	07.02.18	CINAHL	524	0	0	0
Nurs or nurses or nursing	07.02.18	CINAHL	1266801	0	0	0
managing	07.02.18	CINAHL	34735	0	0	0
Bpsd and nurs, nurses or nursing and managing	07.02.18	CINAHL	27	6	1	1
Neuropsychiatric symptoms	08.02.18	ORIA	81286	0	0	0
Dement*	08.02.18	ORIA	489497	0	0	0
Neuropsychiatric symptoms and dement* and Intervention	08.02.18	ORIA	6797	0	0	0
Neuropsychiatric symptoms and dement* and intervention and qualitative. Limitations: engelsk språk, artikler, fagfelleverderte	08.02.18	ORIA	1568	0	0	0
Neuropsychiatric symptoms and dement*	08.02.18	ORIA	323	26	3	1

and intervention and qualitative. Limitations: engelsk språk, artikler, fagfelleverderte, emne: dementia, ekskludert medicine						
Demens limit to per reviewed	09.02.18	Svemed+	746	0	0	0
Sykepleie limit to per reviewed	09.02.18	Svemed+	2625	0	0	0
Demens and sykepleie. Limit to per reviewed	09.02.18	Svemed+	95	10	3	1
Dement*exp alzheimers disease or exp dementia	10.02.18	OVID Embase	325439	0	0	0
Neuropsychiatric symptoms	10.02.18	OVID Embase	450	0	0	0
Interventions	10.02.18	OVID Embase	462408	0	0	0
Residential care exp	10.02.18	OVID Embase	12716	0	0	0
Dement* and Neuropsychiatric symptoms and Interventions	10.02.18	OVID Embase	3	1	1	0
Dement* and Neuropsychiatric symptoms and residential care	10.02.18	OVID Embase	0	0	0	0
Long term care exp	10.02.18	OVID Embase	1443733	0	0	0
Dement* and neuropsychiatric symptoms and long term care	10.02.18	OVID Embase	7	0	0	0

Dement* and neuropsychiatric symptoms	10.02.18	OVID Embase	83	8	0	0
Bpsd exp dementia or alzheimers disease	10.02.18	OVID Embase	303238	0	0	0
Dement* and interventions and residential care and bpsd	10.02.18	OVID Embase	162	19	7	1
BPSD. Avgrensa til journals. Søk i abstract/title/keywords.	24.02.18	ScienceDirect	268	0	0	0
BPSD. Avgrensa til journals. Søk i abstract/title/keywords. Nursing and health professins	24.02.18	ScienceDirect	16	6	0	0
Challenging behaviour. Avgrensa til journals. Søk i abstract/title/keywords	24.02.18	ScienceDirect	17751	0	0	0
Dementia. Avgrensa til journals. Søk i abstract/title/keywords	24.02.18	ScienceDirect	27380	0	0	0
Challenging behaviour and dementia. Avgrensa til journals. Søk i abstract/title/keywords	24.02.18	ScienceDirect	122	5	3	1

VEDLEGG 3

Oversiktstabell innhold og kvalitet i vurderte og inkluderte artikler.

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Clifford, C. og O. Doody Exploring nursing staff views of responsive behaviours of people with dementia in long-stay facilities 2018 Irland Journal of psychiatric and mental health nursing Artikkel nr 8 i litt.studien.	Utforske spl syn på støtte til personer med demens og responsive atferd i sykehjem.	Kvalitativt studie. Dybdeintervju	Opprinnelig 14 deltagere, 5 trakk seg. 9 deltagere fra 7 forskjellige institusjoner. Kun kvinnelige deltagere. Alle RN, alle unntatt en med lederansvar.	Utdanning innen demensomsorg endret pleiepraksis. Tilgjengelighet av personell, tid og ressurser påvirket omsorgen.	Godkjent av regional etikk komite.	NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok Malterud: 31/33 God artikkel. Fant ikke drøfting av for forståelse og forklaring på prinsippene av resultat-presentasjonen

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Dupuis, Sherryl L., Elaine Wiersma og Lisa Loiselle Pathologizing behavior: Meanings of behaviors in dementia care. 2012 Canada Journal of Aging Studies Artikkel nr 10 i litt.studien.	Undersøke hvilke tolkning og mening personalet knyttet til atferd. Hvordan de opplevde atferden, og hvilke rolle tolkningen av atferden spilte på personalets handlinger og svar på ulik atferd.	Kvalitativ studie Grounded theory Aktivt intervju	48 deltagere fra 18 institusjoner. 41 kvinner: 6 fra ledelse 11 sykepleie, 21 assistenter 7 støtte- personale 3 hjelpere Frafall ikke beskrive.	En tilnærming der en vektlegger sykdom, vil føre til at pas. individuelle behov ikke vektlegges. Håndterings- prosessen ved atferd: filtrere, gi den mening, kategorisere, respondere.	Godkjent av ledelsen ved institusjonene.	NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok Malterud:28/33 God artikkel. Fant mangelfull metode-diskusjon.

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Duxbury, J., D. Pulsford, M. Hadi og S. Sykes</p> <p>Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study</p> <p>2013 Storbritannia</p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</p> <p>Artikkel nr 9 i litt.studien.</p>	<p>Utforske pleiepersonalets og pårørendes syn på årsaker til og måter å respondere på aggressiv atferd hos personer med demens i sykehjem.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p><i>Personalet:</i> individuelle intervju</p> <p><i>Pårørende:</i> fokusgruppe-intervju</p>	<p><i>Personalet:</i> 8 deltagere fra 4 sykehjem 4 ledere 2 RN 2 CA.</p> <p>Frafall ikke beskrive.</p> <p><i>Pårørendegr.</i> med 8 deltagere.</p> <p>2 pårørende trakk seg.</p>	<p>Personalets og pårørende sine svar samsvarte: Interne, miljømessige og mellommsk. triggere var årsak til atferd. Aggressiv atferd burde møtes med ro og empati.</p> <p>Personalet anså en personsentrert tilnærming til aggressiv atferd som mest hensiktsmessig.</p>	<p>Godkjent av nasjonale og regionale etikkomiteer.</p> <p>Godkjent av selskapet som eide institusjonene.</p>	<p>NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 30/33 God artikkel Fant ikke drøfting av for forståelse og refleksivitet og hvordan teorigrunnlaget hadde formet analysen.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
Ervin, Kaye, Maddalena Cross og Alison Koschel Barriers to managing behavioural and psychological symptoms of dementia: Staff perceptions 2014 Australia Elsevier Ltd Artikkel nr 1 i litt.studien.	Utforske personalets oppfatning av begrensninger ved fem mye brukte metoder for å håndtere APSD.	Kvalitativ studie, som en del av en kvantitativ studie. Spørreskjema. Tilfeldig utvalg.	130 deltagere. 93% kvinner. Division1 RN 25%, Division2 medication endorsed RN 22%, Division2 RN 26%, Studenter el. aktivitører 11%. Frafall ikke beskrive	Mangel på tid og kunnskap. Behov for opplæring i forhold til aktuelle strategier. Noen av strategiene ble ikke ansett som pleiepersonalets oppgave.	Godkjent av The University of Melbourne Human Research Ethics Committee	NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok Malterud: 28/33 God artikkel. Kan ikke finne drøfting om intern validitet, refleksivitet eller utvalgsstrategi.

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / fracfall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Helleberg, Kristin Mjelde og Solveig Haugen</p> <p>«Like a dance»: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions</p> <p>2014 Norge</p> <p>Nursing Research and Practice</p> <p>Artikkel nr 7 i litt.studien.</p>	<p>Utforske hvordan pleiepersonell i sykehjem beskriver god pleie relatert til agitasjon og utfordrende atferd hos pasienter med alvorlig demens.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuelle dybdeintervju.</p>	<p>8 deltagere fra 2 sykehjem. 7 kvinner: 5 RN, 3 «care workers»</p> <p>Fracfall ikke beskrive</p>	<p><i>Å finne:</i> se og forstå pas. <i>Å følge:</i> Timing, tempo, sensitivitet <i>Å lede:</i> Være i forkant, være forberedt</p>	<p>Godkjent av NSD og av lederne ved institusjonene.</p>	<p>NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 31/33 God artikkel. Fant ikke presentasjon av resultat-validering og drøfting om refleksivitet.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Kolanowski, Ann, Donna Fick, Christine Fazer og Janice Penrod</p> <p>It's about time: Use of Non- pharmacological Interventions in the Nursing Home</p> <p>2010 USA</p> <p>Journal of Nursing Scholarship</p> <p>Artikkel nr 4 i litt.studien.</p>	<p>Belyse helsepersonells oppfatning av barrierer for implementering av ikke- farmakologiske intervensjoner ved APSD</p>	<p>Kvalitativ metode. Fokusgruppe- intervju</p>	<p>35 deltagere fra 6 forskjellige offentlige sykehjem. Hver gruppe besto av ulike yrkesgrupper som RN, LPN, CNAs og annet personell.</p> <p>Frafall ikke beskrive</p>	<p>Vellykka bruk av ikke- medikamentelle metoder krevde rett personale med rett kunnskap til rett tid. Tid var ei barriere for bruken av denne tilnærminga.</p>	<p>Studieprotokoll godkjent av forskningskomite ved universitetet</p>	<p>NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 25/33 Oversiktlig artikkel. Mangelfull metodediskusjon.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Kolanowski, Ann, Kimberly Van Haitzma, Janice Penrod, Nikki Hill og Andrea Yevchak.</p> <p>«Wish we would have known that!» Communication Breakdown Impedes Person-Centered Care.</p> <p>2015 USA</p> <p>The Gerontologist</p> <p>Artikkel nr 2 i litt.studien.</p>	<p>Å forstå hvordan personale ved sykehjem fikk nødvendig informasjon for å implementere personsentrert omsorg(PCC) til pas. med APSD i sykehjem. Hvordan denne informasjonen kommuniseres til annet personell. Barrierer for PCC og informasjonsutveksling.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fokusgruppe-intervju</p>	<p>59 deltagere, 55 kvinner Gjennomsnittsalder 46,55 år. Gjennomsnittlig 12,39 års erfaring.</p> <p>50% CNA, 7%RN, 22%LPN, 21% andre yrkesgrupper</p> <p>Ikke beskrive frafall.</p>	<p>Personlig og medisinsk informasjon, i tillegg til tidligere erfaringer med APSD ansett som nødvendig for å kunne yte PCC.</p> <p>Dokumentasjonssystem ikke tilpassa arb.rutinene i sykehjem.</p> <p>Barrierer for personsentrert omsorg: tid og kommunikasjonssvikt</p>	<p>Protokoll godkjent av universitetets kontrollgruppe og ved et av studiestedene.</p>	<p>NSD:Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 26/33 God og oversiktlig artikkel. Utvalgsstrategi ikke begrunnet og usikkert om det er den beste (deltakerne kontaktet forskerne). Finner ikke selvkritiske overveielser vedrørende design eller drøfting av studiets begrensninger.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Ostaszkiwicz, J., P. Lakhan, B. O'Connell og M. Hawkins</p> <p>Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia.</p> <p>2015 Australia</p> <p>International Nursing Review</p> <p>Artikkel nr 6 i litt.studien.</p>	<p>Beskrive pleiepersonell i sykehjem sine erfaringer med omsorg for personer med APSD og deres strategier for håndtering av disse symptomene.</p>	<p>Kvalitativ studie. Fokusgruppe- intervju</p>	<p>30 deltagere fra 3 institusjoner.</p> <p>21 kvinner og 7 menn: 3 RN 27 EN</p> <p>Gjennomsnitt arb.erfaring 12år</p>	<p>Arbeidet med pas med APSD var komplekst. Arbeidsforholda til pleiepersonalet var utfordrende.</p> <p>5 tema: jobbe under vanskelige forhold. APSD, en hverdagshendelse, å tolke APSD, håndtering av APSD og å føle seg undervurdert.</p>	<p>Studiet godkjent av Deakin University Human Research and Ethics Committees og av lokale helse- institusjoner</p>	<p>NSD: Nivå 1 Fagfellevurdert IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 30/33 God og oversiktlig artikkel. Finn ikke at konsekvens av forforståelse og refleksivitet er drøfta. Heller ikke hvordan teorigrunnlaget har forma analysen.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Rognstad, May-Karin og Dagfinn Nåden.</p> <p>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen. Pleierens perspektiv</p> <p>2011 Norge</p> <p>Nordisk Sygeplejeforskning</p> <p>Artikkel nr 5 i litt.studien.</p>	<p>Beskrive personalets opplevelse av arb.situasjonen i møte med pas. med demens og utagerende atferd. Belyse personalets behov for kompetanseheving for at pas verdighet kunne ivaretas.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju.</p>	<p>16 deltagere fra en avd. for alderspsykiatri og demens. 4 meldte frafall.</p> <p>4 sykepleiere og 8 hjelpepleiere (4 med videreutdanning innen psykiatri).</p>	<p>Deltagerne uttrykte frykt og engstelse. De hadde behov for etisk refleksjon og mer kunnskap i håndtering av pasientgruppens aggresjon.</p>	<p>Studien meldt NSD. Godkjent av faglig ansvarlig ved institusjonen.</p>	<p>NSD: Nivå1 Fagfellevurdert IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 27/33 God artikkel, noe mangelfull metodediskusjon. Finn ikke drøfting av utvalgsstrategi, refleksivitet og studiens begrensninger. hvordan teorigrunnlaget har formet analysen eller selvkritiske overveielser om konsekvens av valgt design.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Skovdahl, K., A.L. Kihlgren og M. Kihlgren.</p> <p>Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups.</p> <p>2003 Sverige</p> <p>Aging & Mental Health</p> <p>Artikkel nr 3 i litt.studien.</p>	<p>Studere pleiepersonells refleksjoner om og holdninger til APSD, og hvordan de håndterte symptomene.</p>	<p>Kvalitativ studie. Individuelle, narrative intervju</p>	<p>15 deltagere fra 3 ulike institusjoner inndelt i 2 grupper.</p> <p><i>Gr1:</i> psykiatriisk avd. Godt kvalifisert personell: 10 RN, 15 EN. Lite aggressiv atferd</p> <p><i>Gr2:</i> 2 sykehjem. Lite fagpersonell: 0 RN, 6/9 EN 4/1 assistenter. Mye APSD.</p> <p>Frafall ikke rapportert</p>	<p>Behov for balanse mellom krav og kompetanse, både hos pasienter og personale.</p> <p>Behov for støtte, i form av bekreftelse, tilbakemelding og veiledning.</p>	<p>Godkjent av lokal etikk komite og ledere ved enhetene.</p>	<p>Nivå1 Fagfellevurdert IMRaD ok</p> <p>Malterud: 32/33 God artikkel. Fant ikke drøfting av studiets begrensninger.</p>

Forfattere Tittel År Land Tidsskrift	Hensikt	Metode / Instrument	Deltagere / frafall	Hovedfunn	Etisk vurdering	Kvalitet
<p>Zeller, Adelheid, Theo Dassen, Gerjo Kok, Ian Needham og Ruud JG Halfens</p> <p>Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study</p> <p>2011</p> <p>Sveits</p> <p>Journal of Clinical Nursing</p> <p>Artikkel nr 11 i litt.studien.</p>	<p>Utforske pleiepersonalets syn på forhold relatert til beboernes aggresjon, og hvilke strategier som ble brukt for å håndtere atferden.</p>	<p>Kvalitativ studie.</p> <p>Fokusgruppe-intervju</p>	<p>30 deltagere fra 4 sykehjem + en gruppe spl.studenter 28 kvinner</p> <p>18 RN 5 nurse assistants 7 studenter</p> <p>Frafall ikke beskrive.</p>	<p>Det ble brukt mange strategier for å redusere atferden. Overså ofte sammenheng mellom atferd og fysiologiske behov. Knyttet sjelden sin teoretiske og praktiske kunnskap sammen.</p>	<p>Godkjent av lokal etikkomite</p>	<p>NSD: Nivå 2</p> <p>Fagfellevurdert</p> <p>IMRaD: ok</p> <p>Malterud: 30/33</p> <p>God og oversiktlig artikkel.</p> <p>Fant ikke drøfting av forforståelse og refleksivitet, eller forklaring på organisering av resultatpresentasjonen.</p>