

Atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens

«Hvilke faktorer fremmer forebygging av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens?»

Kandidatnummer: 775 & 715
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i BSY-500

Antall ord: 8513
Dato: 02.01.2023



Lovisenberg
diakonale høgskole

Sammendrag	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 30.12.2023
Tittel: Adferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens	
<p><u>Innledning</u></p> <p>I denne oppgaven skal vi basert på sykepleiers erfaringer identifisere fremmede faktorer for forebygging av adferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens (APSD). Andelen pasienter med demens i norske sykehjem vil øke betraktelig i tiden fremover, og majoriteten vil oppleve et eller flere symptomer av APSD gjennom sykdomsforløpet. For å styrke sykepleiers yrkesutøvelse til denne pasientgruppen, vil økt kompetanse om forebygging av APSD være nødvendig.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Denne oppgaven er en litteraturstudie gjennomført i den vitenskapelige databasen CINAHL. I søket benyttet vi søkeordene: “<i>Dementia AND Nursing Homes OR Nursing Home Personnel OR Nursing Home Patients AND Behavioral symptoms OR BPSD OR Aggression OR Neuropsychiatric symptoms OR Agitation AND Experiences OR Prevention</i>”. Dette ga et treff på 83 artikler. Etter gjennomgang av inklusjons- og eksklusjonskriteriene kunne vi inkludere 4 artikler. Videre har vi benyttet ytterligere fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen.</p> <p><u>Resultat</u></p> <p>Gjennomgående uttrykker helsepersonellet en håpløshet i møte med pasienter med APSD. Forskningen fremhever hvordan en positiv arbeidskultur med fokus på struktur og samhandling kan gi økt mestring og håp for helsepersonellet i arbeidet med forebyggingen av APSD. Videre viser resultatene at helsepersonellets holdninger i stor grad påvirker forebyggingen. Samtidig diskuteres behovet for kunnskap, en systematisk analyse av mulige årsaker til APSD og deling av informasjon.</p> <p><u>Diskusjon</u></p> <p>Opgavens diskusjonskapittel er inndelt i resultat- og metodediskusjon. Først blir resultatene fra de fire utvalgte forskningsartiklene diskutert opp imot teorien som presenteres i oppgavens bakgrunnskapittel. Her belyses fire hovedtemaer: «Holdninger og arbeidsmiljø», «Forståelse som grunnlag for kartlegging av APSD», «Struktur og samhandling» og «Kommunikasjon mellom ansatte». Videre i metodediskusjonen diskuteres valg av «Forskningsdesign», «Kontekst og deltakere» og «Litteratursøket».</p>	

(Totalt antall ord: 264)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Bakgrunn for valg av tema	4
1.2	Problemstilling og hensikt.....	5
1.3	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	6
2	Bakgrunn.....	7
2.1	Hva er demens?.....	7
2.1.1	Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).....	8
2.1.2	Årsaker til APSD.....	9
2.2	Sykepleier på sykehjem.....	9
2.3	Omsorgsfilosofi	10
2.4	Personsentrert omsorg til pasienter med demens.....	10
2.5	Etiske prinsipper.....	11
2.6	Juridiske rammer	12
3	Metode	13
3.1	Generell litteraturstudie som metode	13
3.2	Søkeprosessen og utvelgelse av artikler	13
3.3	Utvalgt fag- og forskningslitteratur	15
4	Resultater	16
4.1	Artikkelmatrise	16
4.2	Syntese av resultatene.....	18
5	Diskusjon.....	19
5.1	Resultatdiskusjon.....	19
5.1.1	Holdninger, arbeidsmiljø og styrket eierskap.....	19
5.1.2	Forståelse som grunnlag for kartlegging av APSD	21
5.1.3	Struktur og samhandling	24
5.1.4	Kommunikasjon mellom ansatte	26
5.2	Metodediskusjon	27
5.2.1	Forskningsdesign.....	27
5.2.2	Kontekst og deltakere	28
5.2.3	Litteratursøk	29
6	Konklusjon	30
	Referanseliste	32

1 Innledning

Med en stadig økende eldre befolkning i det norske samfunnet, vil andelen personer med demens øke betraktelig. I dag er det over 100 000 mennesker med demens i Norge, og antallet vil trolig dobles innen 2050 (Gjøra et al., 2021). Risikoen for å utvikle en demenssykdom øker i takt med alderen, og hele 14,6% av personer over 70 år har en demensdiagnose (Strand et al., 2021). Demens er en progredierende sykdom, og flertallet utvikler atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD) underveis i forløpet. På norske sykehjem har hele 82% av beboerne ett eller flere symptomer av APSD (Selbæk et al., 2013, s. 161). Økt dødelighet, større falltendens og raskere funksjonsfall er også sett i sammenheng med forekomsten av APSD (Kales et al., 2014). Forebyggingen av APSD er sammensatt, og består av både medikamentelle- og ikke-medikamentelle tiltak, organisatoriske og individuelle faktorer. Økt oppmerksomhet og kompetanse er nødvendig da APSD kan være en stor påkjenning for både pasienten, pårørende og helsepersonellet (Helvik et al., 2017).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Våres ønske om å skrive om forebygging av APSD kommer i stor grad fra personlige erfaringer med pasientgruppen fra praksis og jobb. Jeg har min foreliggende kunnskap om tema etter å ha jobbet snart 4 år på en skjermet demensavdeling. Her har jeg møtt en rekke ulike pasienter, med ulik grad av demens og APSD. Jeg startet som ufaglært og fikk realitetssjokk. Jeg visste at pasienter med demens hadde hukommelsessvikt, men utenom det hadde jeg svært lite kunnskap om hva en demensdiagnose faktisk innebærer. Mitt første møte med en pasient med demens var en eldre mann med fremtredende APSD. Han var svært agitert, spyttet meg i ansiktet, og kastet sko etter oss. Da vi gikk ut av pasientrommet ble jeg informert av sykepleieren jeg hadde gått inn med at «sånn er han». Etter hvert fikk jeg et inntrykk av at personalet hadde gitt opp på pasienten, jeg hørte daglige historier om hvordan ansatte hadde blitt slått, og avviksbunken vokste uten tegn til endring. Ansatte følte på en stor håpløshet som resulterte i at pasienten ble flyttet til et annet sykehjem. Dette er kun en av mange tilsvarende historier vi begge har fra arbeid innen demensomsorg. I ettertid har vi reflektert over hvordan pasienten ble møtt. Frykten og usikkerheten i møte med pasienten gjorde at alt man så var den utfordrende atferden og ikke mannen bak sykdommen. Han ble sett på som et problem.

Ettersom vår kompetanse og erfaring med pasienter med demens har vokst siden vi begynte å arbeide innen demensomsorg, kan vi nå tydelig se at det ikke var pasienten som var

problemet. Avdelingen manglet struktur, rutiner og var i høy grad preget av høyt sykefravær og dårlig arbeidsmiljø. Ledelsen manglet initiativ og hadde en fraværende rolle, personalet var underbemannet og manglet kunnskapen og verktøyene som trengtes for å kunne møte og forebygge atferden.

Heldigvis, kan man se et økt fokus på demensomsorg på nasjonalt nivå de siste årene. I 2007 var Norge det første landet i verden som utarbeidet en egen plan for tjenestetilbudet til personer med demens. Den nyeste versjonen av planen er *Demensplan 2025*, med hensikt å skape et mer demensvennlig samfunn. Dette krever økt kunnskap og en større åpenhet rundt demens i helse- og omsorgstjenester spesielt (Helsedirektoratet, 2021). Et av hovedinnsatsområdene i planen er *planlegging, kompetanse og kunnskapsutvikling*. Demensplanen understreker viktigheten av å forske på tiltak som kan minske konsekvenser av demenssykdom, som kunnskap om beste praksis i tjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 32). I tillegg, har det den siste tiden vært stor oppmerksomhet rundt vold og overgrep på sykehjem. Etter gjennomgang av avviksmeldinger avdekket Aftenposten 1300 voldshendelser i 2018 på norske sykehjem. Dette underbygger viktighet av at ansatte i tjenestene bør ha tilstrekkelig kompetanse om APSD for å kunne forebygge atferden og voldshendelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 33).

1.2 Problemstilling og hensikt

I denne oppgaven ønsker vi å besvare følgende problemstilling:

«Hvilke faktorer fremmer forebygging av atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens?»

APSD er svært utbredt blant pasienter med demens på norske sykehjem, og denne pasientgruppen vil øke drastisk i tiden fremover (Gjøra et al., 2021). Hensikten med denne litteraturstudien er derfor å utforske sykepleiers erfaringer med pasienter som har atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens. Videre med utgangspunkt i sykepleiers erfaringer ønsker denne litteraturstudien å konkretisere faktorer som fremmer forebygging av APSD på sykehjem. Vi ønsker å lære om fremmede faktorer da dette vil gi oss kunnskap om hvordan vi som fremtidige sykepleiere kan bidra til å utøve best mulig sykepleie til pasienter med demens.

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Grunnet oppgavens omfang har vi foretatt noen avgrensninger. Ettersom de fleste med en demensdiagnose er 65 år og eldre, er dette aldersgruppen vi har avgrenset til (Skovdahl, 2021, s. 421). I og med at atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens kan fremtre uavhengig av demensdiagnose, har vi valgt å inkludere alle typer demens (Selbæk, 2005). Konteksten for studien er avgrenset til langtidsopphold på sykehjem, da over 80% av pasienter på langtidsavdelingen i Norge har en demensdiagnose, og APSD ofte er sterkt assosiert med behovet for en institusjonsplass (Metodebok, 2022; Strand et al., 2021). Videre har vi valgt å inkludere både somatiske og skjermede sykehjemsavdelinger da vi selv har erfart at pasienter med APSD bor på ulike sykehjemsavdelinger. Samtidig har vi avgrenset til pasienter med en moderat til alvorlig grad av demens. Dette, på bakgrunn av at det ofte er sett en økning av symptomene ved mer alvorlig grad av demens (Helsedirektoratet, 2022). Til tross for at medikamentell behandling er en del av behandlingstilbudet til pasientgruppen, har vi valgt å ekskludere dette på bakgrunn av oppgavens omfang. På samme grunnlag har vi valgt å ekskludere bruken av tvang.

2 Bakgrunn

I dette kapittelet blir det teoretiske kunnskapsgrunnlaget som utgjør fundamentet for våres oppgave presentert. Her har vi valgt å se nærmere på demens, atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens (APSD), sykepleiers ansvarsområde på sykehjem, omsorgsfilosofi og personsentret omsorg til pasienter med demens, samt aktuelt lovverk og etikk.

2.1 Hva er demens?

Demens er en fellesbetegnelse på ulike sykdommer som påvirker hjernens funksjoner. Sykdommen er progredierende og kjennetegnes ved redusert funksjonsevne, irreversibel kognitiv svikt, samt endret sosial atferd. Pasientgruppen er ekstra sårbar og den enkeltes kliniske tilstand forverres med tiden (Helsedirektoratet, 2022; Rokstad, 2020a, s. 24).

Det er vanlig å dele sykdommene som fører til demens i tre hovedgrupper. Vaskulær demens, primærdegenerativ demens og sekundær demens. Vaskulær demens betegner demens hvor årsaken er knyttet til ett stort eller flere små hjerneinfarkter, eller sykdom i hjernevevets arterioler (Rokstad, 2020a, s. 31; Skovdahl, 2021, s. 421-422). Årsakene gjør at sykdommen kan debutere plutselig og brått forverre seg, alt ettersom nye hjerneslag eller blødninger oppstår. Symptomene vil variere basert på hvor i hjernen skaden er lokalisert (Skovdahl, 2021, s. 421).

Primærdegenerativ demens skyldes at degenerative hjerneceller gradvis ødelegges, og fremtrer når et unormalt stort omfang hjerneceller skades eller dør. Symptomene kommer slygende og sykdommene er progressive, noe som innebærer at personens funksjonsnivå stadig svekkes. I likhet med vaskulær demens avhenger symptomene av hvilket eller hvilke områder i hjernen som er blitt skadet (Skovdahl, 2021, s. 419). Sekundære demenssykdommer inkluderer andre sykdommer, skader eller tilstander som medfører utvikling av demens. Eksempelvis kan dette være rusmisbruk, hjerneskader, ubehandlet vitamin B12- mangel eller encefalitt (Skovdahl, 2021, s. 421).

2.1.1 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD)

Symptombilde ved demens preges av ulike atferdsmessige og psykologiske symptomer (APSD). I engelskspråkelig litteratur benyttes begrepene Neuropsychiatric Symptoms (NPS) og Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia (BPSD) synonymt med det norske begrepet APSD. Minst ett av symptomene fremtrer hos omtrent 82% av alle pasienter med demens på sykehjem, og symptombelastningen øker i takt med sykdommens progrediering (Rokstad, 2020c, s. 197; Selbæk et al., 2013, s. 161). APSD består av ikke-kognitive symptomer, og kan eksempelvis komme til uttrykk gjennom vandring på avdelingen, isolasjon, fremtredende uro og/eller aggresjon. Forekomsten av APSD påvirkes av ulike forandringer på neurotransmitternivå og strukturelle forandringer i hjernen, og det er sett en sammenheng mellom endringer i serotonin- og dopaminreseptorer og høyere forekomst av aggresjon, agitasjon og psykotiske symptomer (Metodebok, 2022; Selbæk, 2005). APSD kan deles i tre kategorier: psykotiske symptomer, affektive symptomer og agitasjon (Rokstad, 2020c, s. 197).

Tabell 1, Inndeling av atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens

Psykotiske symptomer	Affektive symptomer	Agitasjon
Vrangforestillinger Hallusinasjoner	Depresjon Angst Apati	Aggresjon Oppstemthet Manglende hemninger Irritabilitet Motorisk og vokal uro

(Rokstad, 2020c, s. 197)

APSD er komplekst og det vanligste er at symptomene kommer og går (Selbæk, 2005). Symptomene betegnes som de mest belastende ved demens, og påvirker både pasienten selv, pårørende og helsepersonellet (Metodebok, 2022). Pasienter som er preget av APSD opplever ofte en økt følelse av stress og ubehag, som videre kan føre til redusert livskvalitet, høyere grad av depresjon, raskere kognitiv svikt eller økt dødelighet. Samtidig er helsepersonellens erfaringer med håndteringen av APSD ofte knyttet til økt stress, utbrenthet og en følelse av håpløshet (Helvik et al., 2017; Kales et al., 2014).

2.1.2 Årsaker til APSD

Årsakene til APSD er komplekse, og sammensatt av biologiske, miljømessige og psykologiske faktorer (Selbæk, 2005). Årsakene kan ha en sammenheng med ulike nevrobiologiske endringer som oppstår gjennom sykdomsforløpet, tidligere personlighet, umøtte behov eller akutt eller kronisk sykdom (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019; Selbæk, 2005). Samtidig kan en redusert mestringsevne og evne til forståelse og kommunikasjon ses som en årsak til APSD. Dette kommer av at pasienten ikke får uttrykt sine følelser, ønsker eller behov og lett feiltolker situasjoner, handlinger og helsepersonellens hensikt. APSD er ofte fremtredende i pleiesituasjoner, hvor pasienten kan oppleve en overskridelse av personlige grenser og derfor reagerer med sinne eller frykt (Metodebok, 2022). Miljømessige faktorer som uoversiktlige omgivelser, støy, mangel på stimuli og skjermingsmuligheter, samt dårlig relasjon mellom medpasienter eller helsepersonell er også sett i sammenheng med økt forekomst av APSD. Flytting, enten fra hjemmet eller mellom avdelinger, nye pasienter og endring av omgivelsene kan også føre til økende uro da omgivelsene kan oppleves som ukjente og bidra til forvirring (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019; Metodebok, 2022).

2.2 Sykepleier på sykehjem

Som institusjon er sykehjem et alternativ for eldre som ikke lenger er i stand til å bo hjemme med hjelp fra familie eller andre hjemmebaserte helsetjenester. Sykehjemmets overordnede mål er å gi kvalitativ god og individuelt tilpasset pleie og omsorg, samt et riktig medisinsk utrednings- og behandlingstilbud (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 263).

På sykehjem er det sykepleier som har det overordnede sykepleiefaglige ansvaret. Dette kommer av at sykepleier har høyest kompetanse i pleieteamet, som hovedsakelig består av sykepleiere, helsefagarbeidere og assistenter (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 274). Å ha høyest kompetanse i teamet innebærer også et ansvar for at det utvikles og vedlikeholdes et aktivt fagmiljø (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 275). Som sykepleier på avdelingen har man et ansvar for å «sette den faglige standarden» for behandlingen, pleien og omsorgen som utøves (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 274). Høy faglig standard kan eksempelvis oppnås dersom sykepleier opptrer som en god rollemodell i arbeidet (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 275). Dette innebærer å ha grunnleggende positive holdninger og handlinger i møte med andre ansatte, pasienter og pårørende (Rokstad, 2020b, s. 61). I tillegg har sykepleier et ansvar for å videreformidle iverksatte tiltak, observasjoner og vurderinger til lege eller andre fagpersoner.

På forhånd bør sykepleier ha systematisk gått igjennom datasamlingen på alle funksjonsområder, da dette danner grunnlaget for å drøfte pasientens situasjon. Videre danner dette et nødvendig grunnlag for å beslutte hvilke tiltak som skal iverksettes (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 274). Som sykepleier på sykehjem har man altså et ansvar for å sikre høy kvalitet på pleien som utøves gjennom fagutvikling, kvalitetsarbeid, ledelse av pleieteam og videreformidling til andre substanser.

2.3 Omsorgsfilosofi

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi som ble utarbeidet av den engelske sosialpsykologen Tom Kitwood (Røsvik et al., 2016, s. 8). I hovedsak handler personsentret omsorg om evnen til å se personen bak sykdommen som et helhetlig og unikt menneske gjennom hele demensforløpet (Rokstad, 2020b, s. 52). Dette innebærer at helsepersonell tar hensyn til personen med demens sin egen opplevelse av situasjonen, og ser atferden som et uttrykk for umøtte behov (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 62).

Manglende frihet i form av å bo på institusjon og mulig manglende samtykkekompetanse, sammen med en følelse av å ikke bli respektert og bekreftet som en autonom person, kan true den enkeltes opplevelse av verdighet. Personsentrert omsorg understreker derfor viktigheten av at omgivelsene gjør det tydelig at personen med demens fremdeles har verdi som den unike personen de er (Rokstad, 2020b, s. 52). Dette er hva Tom Kitwood legger i begrepet personverd. Han definerte personverd som den verdien et menneske tildeles av andre i sosiale relasjoner (Rummelhoff et al., 2016). Videre mente Kitwood at kunnskap om grunnleggende psykologiske behov var en forutsetning for å kunne utøve personsentert omsorg. I hans filosofi er det fem psykologiske behov som står sentralt, derav trøst, tilknytning, identitet, beskjeftigelse og inklusjon, hvor kjernen av de fem behovene er behovet for kjærlighet. Disse behovene blir ikke borte ved demenssykdom, men kan heller tvert imot tre sterkere frem da demenssymptomene ofte kan medføre økt usikkerhet, utrygghet og angst (Rokstad, 2020b, s. 54; Røsvik et al., 2016, s. 8).

2.4 Personsentrert omsorg til pasienter med demens

Utøvelsen av personsentert omsorg er i praksis preget av personalets og lederens holdninger til pasientene med demens (Rokstad, 2014, s. 80). Bevissthet over egne holdninger, samt en åpen og fordomsfri tilnærming vil dermed kunne bidra til å styrke pasientens personverd (Rokstad, 2020b, s. 58). Som nevnt i kapittel 2.5 handler personsentert demensomsorg om å

møte personens grunnleggende psykologiske behov. Spesielt er behovet for trøst fremtredende for personer med demens, da demenssymptomene ofte kan medføre økt usikkerhet, utrygghet og angst. Trøst kan fremme trygghet og minske angst og ubehag hos pasienten. En forutsetning for å gi trøst er at helsepersonellet er til stede, gir av sin oppmerksomhet og er tilgjengelig for reaksjoner hos pasienten (Rokstad, 2020b, s. 54). På bakgrunn av svekket hukommelsesevne vil mange personer med demens oppleve en mangelfull opplevelse av sammenheng med egen fortid. Biografisk informasjon, som eksempelvis informasjon om pasientens livshistorie og dagligdagse rutiner, vil da kunne bidra til økt forståelse av atferden. I tillegg kan dette gi et innblikk i pasientens ønsker for sitt eget liv (Rokstad, 2020b, s. 55).

2.5 Etiske prinsipper

I arbeidet med personer med demens er det etiske aspektet helt sentralt, og pasienter med APSD vil kunne gjøre at sykepleiere oftere blir stående i etiske dilemmaer. Et kjent etisk dilemma er eksempelvis konflikten mellom pasientens autonomi og sykepleiers plikt til å yte helsehjelp. Retten til å ta egne avgjørelser kalles autonomi, og i takt med demenssykdommens progrediering vil denne evnen reduseres (Magelssen & Pedersen, 2022, s. 19; Smebye & Johnsen, 2020, s. 236). Integritet og verdighet er nært relatert til autonomi, og integritet omhandler menneskers rett til å opprettholde sin verdighet uavhengig av ytre forhold (Kirkevold, 2021, s. 89). Nærhetsetikk handler om å forstå situasjoner, bry seg, yte omsorg og ta vare på andre uavhengig av normer og regler. Egne holdninger, væremåte og relasjoner faller inn under nærhetsetikken og er viktige aspekter i forståelsen og forebyggingen av APSD (Magelssen & Pedersen, 2022, s. 23).

Norsk Sykepleieforbund har som formål å sikre høy etisk standard blant sykepleiere, og har derfor utarbeidet de yrkesetiske retningslinjene. Her blir sykepleiers grunnlag presentert som respekten for det enkeltes menneskets liv og dens iboende verdighet. Videre skal sykepleien som utøves baseres på omsorg, barmhjertighet og respekt for menneskerettighetene. Konkret for denne oppgavens relevans er punkt 1.5 som omhandler ivaretagelse av pasientenes integritet. Dette er relevant da pasienter med demens er en svært sårbar og utsatt gruppe. Videre er punkt 2.1 til 2.5 om sykepleiers yrkesutøvelse helt sentralt for vår oppgave. Punkt 2.1 til 2.3 beskriver sykepleiers ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom, ansvaret sykepleier har for å holde seg faglig oppdatert, samt ansvaret for å bidra til at ny kunnskap benyttes i praksis. Sykepleier skal sikre at kunnskapen som benyttes skal være basert på

forskning og erfaringsbasert kompetanse. Videre presentert i punkt 2.4 og 2.5 har sykepleier et ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig, samtidig som sykepleier har et særlig ansvar for å tilrettelegge for etisk refleksjon, faglig oppdatering og fagutvikling (Norsk Sykepleierforbund, 2023).

2.6 Juridiske rammer

Som sykepleier har man en plikt til å sette seg inn i aktuelt lovverk som regulerer tjenesten (Norsk Sykepleierforbund, u.å.). I Helse- og omsorgstjenesteloven beskrives lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. Formålet med loven er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjon. Videre skal tjenestetilbudet tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). Da oppgavens kontekst er pasienter med demens på sykehjem vil det å ha kjennskap til kravene som stilles til utøvelsen av kommunale tjenester være helt nødvendig.

Helsepersonelloven har som formål å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal loven bidra til å styrke tillit mellom pasienter, helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten. Loven er gjeldene for all helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp i Norge (Helsepersonelloven, 1999, §1-2). I lovens §4 beskrives forvarlighet. Dette innebærer at yrkesutøvelsen til helsepersonell skal utføres i samsvar med gjeldende krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjon. Videre beskriver Helsepersonelloven at dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (Helsepersonelloven, 1999, §4). Å utøve faglig forsvarlig sykepleie vil være avgjørende for all utøvelse av helsehjelp, også inkludert pasienter med atferdsmessige- og psykologiske symptomer ved demens.

3 Metode

Dette kapittelet tar for seg søkeprosessen i en vitenskapelig database, utvelgelsen av artikler, samt redegjørelse for ytterligere fag- og forskningslitteratur. I *Tabell 2* blir inklusjons- og eksklusjonskriteriene presentert, og i *Tabell 3* blir søkehistorikken presentert med antall treff, samt leste overskrifter, abstrakter og artikler.

3.1 Generell litteraturstudie som metode

I denne bacheloroppgaven har vi utført en generell litteraturstudie. En generell litteraturstudie er en syntese og analyse av publisert forskning på et relevant klinisk tema. Formålet er å fremheve kunnskap på et bestemt fagområde. Dette gjøres ved å analysere resultatene fra flere vitenskapelige studier, og deretter trekke konklusjoner basert på funnene (Popenoe et al., 2021).

3.2 Søkeprosessen og utvelgelse av artikler

For å finne forskning som kunne besvare vår problemstilling har vi utført søk i databasen CINAHL. I forkant av søket formulerte vi ulike søkeord basert på problemstillingen. Etter å ha gjennomført flere innledende søk, kom vi til slutt fram til at vi ønsket å inkludere ulike ord som alle faller inn under APSD. Vi kombinerte ordene: *BPSD*, *Agitation*, *Aggression*, *Behavioral symptoms* og *Neuropsychiatric symptoms* med OR, noe som ga oss ett bredere treff på artikler som omhandlet APSD. I tillegg søkte vi med OR mellom emneordene: *Nursing home patients*, *Nursing home personell* og *Nursing homes*. Disse ordene ble valgt da konteksten er rettet til sykehjem og vi ønsker å se på helsepersonell erfaringer med APSD. Samtidig kombinerte vi søkeordene: *Experiences* og *Prevention* med OR.

Til slutt kombinerte vi de ulike elementene med AND, dette ga et treff på 907 artikler. Videre avgrenset vi forskningsartiklene til f.o.m. 2019, kun engelskspråklig forskning fra Europa og avgrenset til *Academic journal*. Dette ga ett treff på 83 artikler. I forkant av søket formulerte vi ulike inklusjons- og eksklusjonskriterier som er beskrevet i *Tabell 2*. Etter å ha lest de 83 overskriftene kunne vi basert på inklusjonskriteriene ekskludere 34 artikler, da tre av disse artiklene omhandlet koronapandemi, 14 artikler var kvantitative eller litteraturstudier, to av artiklene tok for seg behandling med psykofarmaka, fire artikler omhandlet overgangen mellom hjem, sykehjem eller avdeling, to artikler omhandlet tvang og ni artikler handlet om palliativ behandling. Videre leste vi abstraktene til de gjenværende 49 artiklene. Vi kunne da ekskludere 39 artikler da syv artikler ikke var fra Europa, 20 artikler ikke tok for seg APSD,

og 12 artikler undersøkte ikke helsepersonells erfaringer. Deretter leste vi fulltekst til de gjenværende ti artiklene. Etter å ha lest fulltekst kunne vi ekskludere ytterligere seks artikler, da det viste seg at de ikke omhandlet APSD eller helsepersonells erfaringer. Til slutt sto vi igjen med fire artikler som innfridde inklusjons- og eksklusjonskriteriene.

Tabell 2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Kvalitative studier, individuelle intervjuer, fokusgruppe intervjuer, spørreskjemaer og eksplorerende design	Kvantitative studier, litteraturstudier, RCT
Alle typer demensdiagnoser	Studier med fokus på overgangen fra hjemmet til sykehjem eller flytting mellom avdelinger
Kun Europa	Fokus på livets siste fase (palliativt)
Utforsker sykepleiers erfaringer med APSD	Vektlegger behandling med psykofarmaka
Langtidsavdeling på sykehjem	Bruk av tvang
	Utført under koronapandemien

Tabell 3 Søkeshistorikk og utvelgelse av artikler

Database og dato for søk	CINAHL, 8/11- 23
Søkeord og kombinasjoner	(MH “Dementia+”) AND ((MH “Nursing Homes+”) OR (MH “Nursing Home Personnel”) OR (MH “Nursing Home Patients”)) AND ((MH “Behavioral symptoms+”) OR (“bpsd”) OR (MH “Aggression”) OR (“Neuropsychiatric symptoms”) OR (MH “Agitation”)) AND (“Experiences”) OR (“Prevention”))
Avgrensinger i søket	Tid: Publisert f.o.m 2019 Språk: Engelsk Geografisk: Europa Andre avgrensinger: Academic journal
Antall treff totalt	83
Antall gjennomleste titler	83
Antall gjennomleste abstrakt	49
Antall gjennomleste fulltekstartikler	10
Antall artikler som kan inkluderes basert på inklusjons- og eksklusjonskriterier	4
Inkludert artikkel nummer 1	Grootscholten, E., Poslawsky, I. & Bakker, T. (2023). Nursing Staff’s Observation of BPSD Among Older Adults

	with Dementia Living in a Nursing Home: A Qualitative Study. <i>MDPI Nursing reports</i> , 13, 166-178. https://doi.org/10.3390/nursrep13010018
Inkludert artikkel nummer 2	Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A., R, Rokstad, A., M, M, Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2019). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. <i>Aging & Mental Health</i> , 23(8), 966-975. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116
Inkludert artikkel nummer 3	Veldwijk-Rouwenhorst, A. E., Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Persoon, A., Koopmans, R. T. C. M. & Gerritsen, D. L. (2022). Losing hope or keep searching for a golden solution: an in-depth exploration of experiences with extreme challenging behavior in nursing home residents with dementia. <i>BMC Geriatrics</i> , 22(758). https://doi.org/10.1186/s12877-022-03438-0
Inkludert artikkel nummer 4	Goodall, G., Taraldsen, K., Granbo, R. & Serrano, J. A. (2021). Towards personalized dementia care through activities supported by technology: A multisite qualitative study with care professionals. <i>BMC Geriatrics</i> , 21(468). https://doi.org/10.1186/s12877-021-02408-2

3.3 Utvalgt fag- og forskningslitteratur

Litteraturen vi har benyttet i bacheloroppgaven er hentet fra sentrale fag- og lærebøker, samt pensum- og selvvalgt litteratur. Utvalget er basert på hva vi anser som relevant for vår oppgave. Vi har i hovedsak benyttet pensumlitteratur fra bachelorstudiet i sykepleie ved Lovisenberg Diakonale Høgskole og benyttet bøker fra skolens bibliotek. Dette er på bakgrunn av at vi synes denne litteraturen har en grunnleggende relevans for oppgavens kontekst og tilhørende problemstilling. Vi har benyttet boken, «Personer med demens: møte og samhandling» da den omhandler demens, utfordrende atferd og retter fokus mot personsentret omsorg til denne pasientgruppen. Boken ble utgitt i 2020 noe som gjør faglitteraturen dagsaktuell. Samtidig er redaktørene i boken, Rokstad og Smebye, to anerkjente fagpersoner i demensomsorgen. Videre har vi benyttet, «Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasient» da denne boken omfavner et helhetlig sykepleieperspektiv med fokus på den eldre pasienten, noe som er relevant for vår oppgave. Andre kilder vi har benyttet er Lovdata, Norsk sykepleieforbund (NSF), Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet. Dette er anerkjente nettsider innenfor sykepleie og blir ofte brukt i faglitteraturen.

4 Resultater

Herunder presenteres de fire utvalgte forskningsartiklene og aktuelle funn for oppgavens problemstilling. Videre blir funnene ytterligere presisert i en syntese av resultatene.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 4

Forfatter, årstall, land	Tittel	Hensikt	Design/metode	Funn	Kvalitetsvurdering med sjekklister
Grootscholten et al., (2023) Nederland	Nursing Staff's Observations of BPSD Amongst Older Adults with Dementia Living in a Nursing Home: A Qualitative Study	Målet med studien var å utforske helsepersonellens erfaringer med observasjoner av APSD på sykehjem i Nederland.	Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individuelle intervjuer. Totalt 12 deltakere, derav sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter.	Helsepersonellet belyser et økt behov for deling av informasjon, struktur og metode på observasjoner, samt analyse og utforskelse av årsak til APSD.	8/9
Veldwijk-Rouwenhorst, et al., (2022) Nederland	Losing hope or keep searching for a golden solution: an in-depth exploration of experiences with extreme challenging behavior in nursing home residents with dementia	Hensikten med studien var å utforske helsepersonellens perspektiver og erfaringer i ulike situasjoner hvor pasienter med demens har ekstrem utfordrende atferd, som eksempelvis hyppig og alvorlig agitasjon og fysisk utagering.	Kvalitativ utforskende kasusstudie med individuelle intervjuer og fokusgruppe diskusjoner. Totalt 42 deltakere, derav sykepleiere, helsefagarbeidere, pleieassistenter, sykehjemsleger, psykologer, fysioterapeuter, logoped, og	Helsepersonell retter fokus mot et økt behov for holdningsendringer, formell og uformell kommunikasjon, samhandling, samt et økt behov for kunnskap. Samtidig rettes oppmerksomhet mot	9/9

			ernæringsfysiologer, musikkterapeuter, ergoterapeuter og avdelingsledere.	viktigheten av å ha et felles mål og struktur i behandlingen.	
Goodall, et al., (2021) Norge, Belgia, Portugal, Romania	Towards personalized dementia care through meaningful activities supported by technology: A multisite qualitative study with care professionals	Hensikten med studien var å utforske helsepersonells perspektiver og opplevelser med å jobbe med SENSE-GARDEN i praksis. Med utgangspunkt i hensikten formuleres forskningsspørsmålene: (a) Hvordan kan helsepersonell bruke SENSE-GARDEN til pasienter med moderat til alvorlig demens? Og (b) Hvilke fordeler og ulemper identifiserer helsepersonell ved bruk av SENSE-GARDEN i praksis?	Kvalitativt design med individuelle intervjuer med to faser. Fase 1: intervju med to deltakere fra det norske sykehjemmet den første uken etter oppstart med SENSE-GARDEN. Fase 2: Intervju ett år etter oppstart, med seks deltakere, inkludert de to fra fase 1. Totalt 6 deltakere, derav sykepleiere, psykolog og avdelingsleder.	Å arbeide med SENSE-GARDEN gjorde det enklere å jobbe personsentrert og styrket relasjon, tillit og positive øyeblikk mellom helsepersonellet og pasientene. Samtidig fremheves en positiv endring i atferdsmessige og psykologiske symptomer. Deltakerne utrykte en bedring av agitasjon og apati, samt bedre livskvalitet.	9/9
Lichtwarck et al., (2019) Norge	Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) – a qualitative study	Hensikten med studien var å utforske sykehjems personalets erfaringer med TID-modellen, samt hvordan modellen kan fungere som et verktøy i møte med pasienter som opplever APSD.	Kvalitativt utforskende design med fem fokusgruppeintervjuer som ble gjennomført 3-6 måneder etter innføringen av TID-modellen. Totalt 32 deltakere, derav sykepleiere, helsefagarbeidere, avdelingssykepleiere og sykehjems leger.	Implementering av modellen førte til økt læring på jobb, samt TID - modellens struktur førte til økt mestring i arbeidet med APSD.	9/9

4.2 Syntese av resultatene

Samlet belyser de fire forskningsartiklene kompleksiteten av APSD og hvordan dette påvirker både helsepersonellet og pasientene. Forskningen retter fokus mot helsepersonellens erfaringer, hvor elementer som manglende struktur, samhandling og kommunikasjon, samt et økt behov for kunnskap og kompetanse blir fremhevet. På den andre siden fremhever helsepersonellet god struktur og samhandling, samt forståelse som grunnlag for kartlegging som fremmende faktorer for forebyggingen av APSD. Videre viser resultatene at helsepersonellet holdninger i stor grad påvirker forebyggingen av APSD. Gjennomgående uttrykker helsepersonellet en håpløshet i møte med pasienter med APSD. Forskningen fremhever hvordan en positiv arbeidskultur med fokus på struktur i arbeidshverdagen kan gi økt mestring og håp for helsepersonellet i arbeidet med forebyggingen av APSD.

5 Diskusjon

5.1 Resultatdiskusjon

I denne delen av oppgaven skal vi basert på forskningsartiklene presentert i kapittel 4, besvare problemstillingen: *Hvilke faktorer fremmer forebygging av atferdsmessige- og psykologiske symptomer hos personer med demens?* Diskusjonsdelen er strukturert etter hovedfunnene i artiklene. Dermed diskuterer vi først sykepleiers holdninger, arbeidsmiljø og betydningen av styrket eierskap til behandling. Videre tar vi for oss forståelse som grunnlag for kartlegging av APSD, deretter diskuteres behovet for struktur og samhandling. Til sist diskuteres betydningen av god kommunikasjon mellom ansatte.

5.1.1 Holdninger, arbeidsmiljø og styrket eierskap

Et arbeidsmiljø preget av positive holdninger vil kunne bidra til forebyggingen av APSD (Støback, 2015). Positive holdninger innebærer at de ansatte møter hverandre, pasienter og pårørende med respekt, anerkjennelse og gjensidig støtte (Eide & Eide, 2017, s. 344). I to av forskningsartiklene rettes det fokus mot betydningen av helsepersonellens eierskap til behandlingen av APSD (Grootscholten et al., 2023; Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Stor grad av eierskap til behandlingen vil kunne gjøre at helsepersonellet føler på økt motivasjon, samt styrket ansvar, og dermed tar mere initiativ til forebyggingen (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Slik, vil altså økt eierskap til behandlingen blant helsepersonell kunne være en avgjørende faktor for å skape positive holdninger, og dermed bidra til forebygging av APSD. Motsatt, vil manglende eierskap til behandlingen kunne føre til at negative holdninger oppstår eller forsterkes, noe som hindrer forebygging.

Et godt arbeidsmiljø innebærer samtidig en felles forståelse, som innebærer at alle jobber mot et felles klart og tydelig mål. Å forstå gruppens hensikt, og å samarbeide for å nå et felles mål er en forutsetning for at arbeidsmiljøet skal oppleves som godt og inspirerende (Eide & Eide, 2017, s. 344). Dette støttes av Lichtwarck et al. (2019), som samtidig fremhever at en arbeidskultur hvor en deler de samme holdningene, og jobber mot et felles klart og tydelig mål, har vist å redusere flere atferdsmessige og psykologiske symptomer hos pasienter med demens.

Til tross for at positive holdninger er en forutsetning for å skape et godt arbeidsmiljø er det ikke alle sykehjemsavdelinger som deler disse holdningene. Veldwijk-Rouwenhorst et al.

(2022) beskriver en arbeidskultur hvor ikke alle følger den satte behandlingsplanen. Begrunnelsen for dette er blant annet knyttet til ulike meninger om hva som er riktig behandling (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Som sykepleier ser man pasienten til alle døgnets tider. Dette gjør at man har konkrete observasjoner knyttet til atferden, og kan forklare hvilke tiltak som fungerer og hvilke som ikke gjør det. I tillegg er det sykepleier som alene har ansvaret for å videreformidle de overnevnte relevante kliniske observasjonene til legen og det tverrfaglige teamet (Brodtkorb & Hauge, 2021, s. 274). Til tross for dette forteller deltakerne i studien til Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) og Grootsholten et al. (2023) at de i møte med lege, psykolog, eller i samtale med det tverrfaglige teamet verken ble sett, hørt eller tatt seriøst. Når dette skjer gjentatte ganger, er det naturlig at det vil det kunne oppstå frustrasjon både hos den enkelte helsearbeider og samlet innad i teamet (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022, s. 17). I arbeidet med APSD er tverrfaglig samarbeid helt nødvendig, men en forutsetning for et velfungerende samarbeid er at alle parter opplever at deres perspektiver, behov og synspunkter blir respektert og lyttet til (Kirkevold, 2021, s. 144). Når man ikke blir anerkjent for arbeidet man utfører, eller egne forslag til tiltak ikke blir hørt kan følelsen av eierskap svekkes. Videre vil dette kunne styrke negative holdninger ovenfor andre ansatte, og føre til at en selv blir passiv og lite initiativrik i arbeidet med pasienten. Manglende inkludering og eierskap til behandling og tiltak som blir iverksatt, blir av deltakerne forklart som en årsak til hvorfor ikke alle følger den satte behandlingsplanen (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Når ikke alle følger den satte behandlingsplanen blir det vanskelig å identifisere hvilke forebyggende tiltak mot APSD som faktisk fungerer.

Imidlertid, forteller flere av deltakerne i studien til Lichtwarck et al. (2019) hvor *Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens (TID)* ble innført, om positive virkninger etter å ha inkludert flest mulig på refleksjonsmøtene. TID-modellen er en systematisk fremgangsmåte som brukes for å utrede og behandle atferdsmessige og psykologiske symptomer hos personer med demens. Intervensjonsmodellen består av tre faser: utredningsfasen, refleksjons- og veiledningsfasen og tiltaks- og evalueringsfasen (Rokstad, 2020c, s. 214). Utredningsfasen innebærer systematisk innhentning av informasjon. Her brukes kliniske legeundersøkelser, tidligere sykehistorie, bakgrunnsopplysninger, samt kartlegging av symptomer og atferd for å skape et bilde av pasientens situasjon. Videre i refleksjons- og veiledningsfasen samles hele personalgruppen til et refleksjonsmøte (Rokstad, 2020c, s. 214-215). Gjennom systematisk refleksjon utarbeides konkrete tiltak for den aktuelle pasienten (Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019, s. 10). I tiltaks- og evalueringsfasen

blir tiltakene som er utarbeidet i refleksjonsmøtet, prøvd ut i praksis og evaluert (Rokstad, 2020c, s. 215). I 2016 ble en omfattende studie gjennomført hvor TID-modellen ble implementert i 33 norske sykehjem. Studien viste at TID-modellen var enkel å implementere, og resultatene viste en klar reduksjon av agitasjon og aggresjon hos pasienter med demens. I tillegg ble holdepunkter for reduksjon av vrangforestillinger, depressive symptomer, manglende hemninger og bedring av livskvalitet identifisert. På bakgrunn av funnene fra studien er TID-modellen betraktet som en evidensbasert modell, og anerkjent som kunnskapsbasert praksis i arbeid med pasienter med APSD (Aldring og helse, u.å.).

I tillegg, forteller flere av deltakerne etter implementeringen av TID-modellen om en følelse av at deres syn på saken hadde en betydning, samtidig som de ble hørt uavhengig av profesjon (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019). Dette støttes av Støback (2015), som fremhever viktigheten av grundig refleksjon blant personalgruppen hvor alle får delt tanker, holdninger og forslag til tiltak om pasienten med APSD. Videre, beskriver Lichtwarck et al. (2019) at flere av deltakerne uttrykte en økt forståelse for pasienten, atferden og behandlingstiltakene etter å ha blitt inkludert på møtene (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019). Det at alle får delt sine synspunkter kan dessuten bidra til at ulike tiltak blir vurdert og det tas stilling til hvilke forhold som bør bearbeides videre (Støback, 2015). Samtidig forteller deltakerne i studien til Lichtwarck et al. (2019) om en opplevelse av økt eierskap til pasientens behandling og tiltak, noe som videre førte til økt lojalitet og engasjement til gjennomføringen av de satte behandlingsplanene. For å imøtekomme kravet til yrkesutøvelsen om faglig forsvarlig- og omsorgsfull sykepleie er man nødt til å være bevisst på egne holdninger, verdigrunnlag og kompetanse i samhandlingen med andre. Hoveddelen av arbeidshverdagen som sykepleier foregår i samhandling og samarbeid i team, og oppgavene som utføres skal være basert på konsensus og informasjonsdeling. Felles forståelse, tillit til og respekt for hverandres kompetanse og erfaringer, god kommunikasjon og samarbeid vil da være forutsetninger for god samhandling (Borglin & Gjevjon, 2022, s. 64; Helsepersonelloven, 1999). Samlet for å kunne forebygge APSD, vil det altså være nødvendig at alle følger den satte behandlingsplanen. Da dette vil være en viktig faktor for å kunne se effekten av de igangsatte tiltakene og behandlingen.

5.1.2 Forståelse som grunnlag for kartlegging av APSD

Årsakene til APSD er komplekse, men kan antas å være et uttrykk for umøtte behov samt bakgrunnsfaktorer som hjerneorganiske forandringer og helsemessige faktorer som er

beskrevet i oppgavens *bakgrunns*-kapittel (Selbæk, 2005). Med utgangspunkt i behovet for å forstå hva den utfordrende atferden er et uttrykk for, vil en bred kartlegging være nødvendig for å kunne danne grunnlaget for tiltak som velges (Rokstad, 2020c, s. 200-201).

Imidlertid, beskriver Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) at deltakerne uttrykker at de ikke forstår atferden til pasientene. Flere deltakere i studien uttrykker at pasientene er uforutsigbare, og at de til dels opplever atferden som viljestyrt. Andre aksepterer atferden ved å anse den som en del av demenssykdommen eller pasientens personlighet. Det kommer samtidig frem at ved flere anledninger oppfattet ikke personalet tegn til eskalering av den utfordrende atferden før det resulterte i utbrudd av agitasjon. Deltakerne har verken forståelse for eller kontroll på atferden (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022, s. 10-13). I studien til Goodall et al. (2021) fremheves bruken av livshistorie som helt avgjørende for forståelsen av atferden. Biografisk informasjon om pasienten vil da kunne bidra til bedret forståelse av atferden, samtidig som det kan gi et innblikk i hva atferden er et uttrykk for. I tillegg vil aktiv bruk av pasientens livshistorie kunne avdekke hva som er viktig for pasienten i deres hverdag (Rokstad, 2020b, s. 55).

Dersom uhensiktsmessige tanker og tolkninger hos personalet ikke revurderes, vil heller ikke følelser og atferd ovenfor pasientene endres. Det å forstå er ingen enkel sak. Det vil være ulike tilnærminger til forståelse av en situasjon, da våres subjektive forståelse i stor grad dannes av fordommer og myter om en sak. Dette betyr ikke at man skal kvitte seg med alle fordommer, men som sykepleier bør en være bevisst på hvilke fordommer som er fruktbare og hvilke som ikke er det, i møte med pasienter med APSD. Ufruktbare fordommer som at atferden er viljestyrt eller en del av pasientens personlighet vil legge ansvaret for pasientens atferd over på pasienten selv (Støback, 2015).

Deltakerne i studien til Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) fremstår som rådville og mangler struktur og verktøy i kartleggingen av APSD. Samtidig beskriver de en følelse av å ha forsøkt «alt», men paradoksalt nok uttrykker de at de ikke forstår atferden eller allerede har konkludert med at atferden er unngåelig (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022). Forståelsen vi har for pasienter med demenssykdom former i stor grad holdningene våre i møte med pasienten. Disse holdningene vil igjen danne grunnlaget for hva vi ser når vi skal kartlegge pasientens atferd (Støback, 2015).

Innhentning av målbare data om pasientens atferd vil da være en forutsetning for analyse, videre forståelse og evaluering. Til tross for dette, beskriver Grootsholten et al. (2023) hvordan sykepleierne i studien observerte pasientenes atferd ubevisst og uten metode. Sykepleierne anså ikke observasjon som en strukturert aktivitet, og var derfor ikke i stand til å beskrive hvordan de observerte APSD. Videre resulterte dette i at sykepleierne brukte en intuitiv tilnærming hvor observerte triggere av APSD ble fjernet umiddelbart ved bruk av praktiske intervensjoner, basert på prøving og feiling. Ved å fjerne triggere oppnådde sykepleierne kortvarig ro blant pasientgruppen, men fikk ikke undersøkt årsaken til adferden eller møtt pasientens individuelle behov (Grootsholten et al., 2023).

For å kunne avdekke og møte pasientens individuelle behov må sykepleier utøve kunnskapsbasert sykepleie. Faglige avgjørelser skal da baseres på systematisk innhentet forskningsbasert- og erfaringsbasert kunnskap og pasientens behov i den gitte situasjonen (Smebye, 2020, s. 17). Eldre mennesker opplever ofte å bli redusert til sine helse- og funksjonsproblemer. Dette kommer av at personalet ikke ser og anerkjenner den enkeltes personlighet, men behandler pasienten som et objekt. Dette vil kunne resultere i krenkelse av vedkommendes integritet (Kirkevold, 2021, s. 91). Prinsippet om personverd fra personsentrert omsorg vil være sentralt for ivaretagelse av pasientens integritet, samt forståelsen av pasientens umøtte behov. Til tross for dette undergraver sykepleierne, beskrevet av Grootsholten et al. (2023) i stor grad pasientens personverd ved å stemple, stigmatisere og objektivisere pasientene basert på deres egne fordommer og antakelser. Videre forsterker dette tanken om at atferden er unngåelig, noe som fører til at sykepleier innhenter feilaktige og utilstrekkelige målbare data om atferden.

SENSE-GARDEN-prosjektet har som hensikt å kombinere ulike teknologi for å skape et virtuelt rom som automatisk kan tilpasses personlige minner. Rommet kombinerer prosjektering av film og bilder, musikk og lukt for å stimulere til aktivitet basert på pasientens livshistorie. Goodall et al. (2021) beskriver hvordan deltakerne som arbeidet med SENSE-GARDEN uttrykte at arbeidet skiftet fokuset deres over til en personsentrert tilnærming til pasienter med APSD. Deltakerne opplevde at de anså pasienten i større grad som et unikt individ igjennom arbeidet med SENSE-GARDEN (Goodall et al., 2021). Personalet registrerte tilbakemeldinger etter å ha tilbrakt tid i rommet med pasienten. Her vurderte de pasientens verbale- og nonverbale uttrykk og skrev ned konkrete observasjoner etter hver time, for å kartlegge hva som hadde en positiv effekt på pasientens atferd. Deltakerne

beskriver en styrket evne til å ivareta pasientens psykologiske behov, forstå pasienten og i større grad tilpasse pleien til individuelle behov (Goodall et al., 2021). Det kan tolkes som at en tilnærming og struktur som bygger på personsentrert omsorg, forståelse og nysgjerrighet i møte med pasienter med APSD vil kunne styrke personalets evne til å se personen bak sykdommen. Dette vil videre kunne avdekke mulige ønsker og behov som atferden er et uttrykk for.

Som diskutert over vil det å se personen bak sykdommen, og legge til side forutinntatte antakelser om pasientenes APSD, være en forutsetning for gjennomføring av systematisk kartlegging. Systematisk kartlegging vil kunne hjelpe helsepersonell til å se mønster i atferden, og muligens avdekke årsaken til APSD. Dette vil trolig gjøre det lettere å se personen bak sykdommen og imøtekomme individuelle behov (Støback, 2015). Det vil være hensiktsmessig å bruke strukturerte observasjoner og kartleggingsskjemaer for å kartlegge APSD (Rokstad, 2020c, s. 202). Et ruteregistreringsskjema brukes ofte for å registrere døgnvariasjoner på en oversiktlig og enkel måte. Her gjør personalet systematiske og målrettede observasjoner med nedtegning av type atferd, atferdens varighet og tidspunkt på døgnet. Hva slags atferd som skal registreres, bestemmes ved bruk av fargekoder (Rokstad, 2020c; Støback, 2015, s. 203). Døgnregistrering av APSD er en del av intervensjonene ved bruk av TID-modellen. Lichtwarck et al. (2019) identifiserer bruk av kartleggingsskjema som et viktig element for å forebygge APSD. Deltakerne beskriver at å bruke strukturerte observasjoner i kartleggingsskjema var en enkel måte å strukturere analysen av atferden på. Videre beskriver deltakerne en økt følelse av mestring, da de så at bruk av kartleggingsskjema gjorde det lettere å ta avgjørelser om aktuelle tiltak i refleksjonsmøtene. Lichtwarck et al. (2019) beskriver også hvordan døgnregistrering av atferden førte til økt innhentning av objektive målbare data og kontinuerlige beskrivelser av APSD. Ved å definere hva som ønskes kartlagt, strukturere observasjonene og fremme forståelse for pasienter med APSD vil personalet ha et håndfast utgangspunkt for hva som skal observeres. Dette, for å videre danne et tydeligere bilde av pasientens APSD, mulige årsaker og aktuelle tiltak (Støback, 2015).

5.1.3 Struktur og samhandling

Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) beskriver deltakernes uttrykk for manglende muligheter for formell og uformell utveksling av informasjon. I likhet med Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) beskriver Lichtwarck et al. (2019) at møter på avdelingen før implementeringen av

TID-modellen i stor grad var preget av manglende struktur og agenda. En deltaker forteller at mange kun ønsket å snakke om det de selv så på som utfordrende, og at deltakerne på møtene snakket over hverandre og gjentok seg selv. Videre bemerker Grootsholten et al. (2023) at sykepleierne utvekslet informasjon mellom hverandre, diskuterte deres egne handlinger og hvorvidt det hadde effekt på APSD. Samtidig kommer det frem at prosessen i stor grad manglet analyse og evaluering av handlingene. Etter Helsepersonelloven § 4 skal yrkesutøvelsen skje ved samhandling og samarbeid, dersom pasientens behov tilsier det (Helsepersonelloven, 1999). Anledning for tverrfaglige kommunikasjon og refleksjon vil da være en forutsetning for samhandling, og for å imøtekomme kravet til faglig forsvarlighet. Samlet avdekkes det et behov for en håndfast fremgangsmåte og struktur for deling av informasjon, diskusjon og vurdering for å kunne forebygge APSD. Dette støttes av deltakerne i studien hvor TID-modellen ble implementert, hvor deltakerne uttrykker at den mest betydningsfulle intervensjonen for forebyggingen av APSD var strukturerte refleksjonsmøter. Deltakerne vurderte møtene som en effektiv måte å løse komplekse problemer på (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019).

Prosjektleder for TID-studien Bjørn Lichtwarck understreker viktighet av struktur som et verktøy til selvhjelp. Han beskriver at det i kaotiske situasjoner på avdelinger med APSD vil være hensiktsmessig å tilnærme seg ett konkret problem av gangen hos den enkelte pasienten. (Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019). Til tross for dette beskriver deltakerne i Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) at møter i stor grad ikke ble gjennomført. I tillegg ble det i liten grad diskutert hvordan man som helsepersonell skal tilnærme seg pasienten med APSD. Imidlertid, beskriver Lichtwarck et al. (2019) en drastisk endring i personalets opplevelse av møtene på avdelingen før og etter implementeringen av TID-modellen. TID-modellens teoretiske grunnlag er til dels hentet fra personsentrert omsorg og kognitiv atferdsterapi. Her står prinsipper som forståelsen av menneskelig atferd og nytten av struktur ved problemløsning sterkt. Videre beskriver Lichtwarck at det å sammen kartlegge og oppsummere fakta, utforske ulike tolkninger og komme med forslag til mulige tiltak førte til økt kreativitet blant personalet (Lichtwarck, Væringstad, et al., 2019). Dette stemmer også overens med deltakerne i studien som beskriver at ved å arbeide i strukturerte refleksjonsmøter oppnådde de en bedre forståelse for APSD, samt mer varierte forslag til tiltak (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019, s. 971).

Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) beskriver hvordan få møter og mangel på agenda førte til manglende innsikt om APSD og hvordan helsepersonellet burde tilnærme seg atferden. Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) og Grootsholten et al. (2023) beskriver manglende utveksling av informasjon på grunnlag av få eller dårlig strukturerte møter, som svært hemmende for å jobbe med APSD. Deltakerne i begge studiene beskriver lite tid til refleksjon, å gi hverandre tilbakemeldinger og til utførelsen av mer utdypende analyser av utfordrende atferd (Grootsholten et al., 2023, s. 172; Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022, s. 17). Dette understreker viktigheten av å skape en arena for personalet hvor det er anledning for å dele utfordrende følelser og situasjoner på en strukturert måte. Her vil man kunne diskutere ulike synspunkter og sammen komme frem til mulige tiltak. Den fastsatte strukturen i refleksjonsmøtene skapte en tydelig agenda, og førte til økt effektivitet og fokus. I arbeidet med TID-modellen brukte deltakerne fem-kolonneteknikk på tavle eller prosjektor. Her ble fem aspekter for en gitt situasjon gjennomgått systematisk: fakta, tolkning, følelser, tiltak og evaluering. Strukturen på møtene førte til at det var lett å se om alles synspunkter var inkludert, og man unngikk at de samme argumentene ble gjentatt. I motsetning til møtene før implementeringen av TID-modellen som i stor grad var preget av kaos og kamp om ordet (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019, s. 970-971). Sett under ett vil dette styrke grunnlaget for at struktur og samhandling med et utgangspunkt i TID-modellens refleksjonsmøter vil være en viktig fremmede faktor for forebygging av APSD.

5.1.4 Kommunikasjon mellom ansatte

Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) og Grootsholten et al. (2023) beskriver problematikken rundt en arbeidskultur hvor det er høy terskel for å spørre om hjelp, og hvor ansatte har utfordringer med å gi konstruktive tilbakemeldinger på grunn av frykt for konflikt. Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) beskriver at sammen med mangel på strukturerte møter, er måten helsepersonellet kommuniserer seg imellom lite gunstig for forebyggingen av APSD. Dette underbygges av teori som tilsier at profesjonell kommunikasjon skal være basert på yrkes verdigrunnlag, og vil kreve bevissthet og spesifikke kommunikasjonsferdigheter som vil differere fra dagligdags kommunikasjon. Det overordnede formålet med profesjonell kommunikasjon er å fremme helse, forebygge sykdom, og lindre lidelse (International Council of Nurses, 2021). Verdier som respekt, verdighet og barmhjertighet er da helt nødvendig for at kommunikasjonen skal være personsentrert, uavhengig om det er mellom sykepleier og pasient, pårørende eller andre ansatte (Eide & Eide, 2017, s. 33).

Imidlertid, beskriver Veldwijk-Rouwenhorst et al. (2022) hvordan personalets manglende evne til å gi hverandre konstruktive tilbakemeldinger, samt bruk av indirekte kommunikasjon, førte til manglende dialog om APSD og utfordrende situasjoner. Ulike holdninger, erfaringer og synspunkter ble ikke diskutert. En sykepleier i studien forklarte at hun ofte følte på sterke følelser etter en vakt med utfordrende situasjoner, men at det ikke var anledning for å dele følelsene med hverandre. Det er ingen som eksempelvis spør «Hva skjedde nå, eller hvordan opplevde du det?» (Veldwijk-Rouwenhorst et al., 2022, s. 16). I motsetning til dette, uttrykker deltakerne i studien til Lichtwarck et al. (2019) at de satte stor pris på at TID-modellens analysemetode av APSD også inkluderte kartlegging av deres egne følelser og reaksjoner. En deltaker beskriver at det var fint å høre at andre også ser på en situasjon som vanskelig og utfordrende, og at det ikke handler om at du selv ikke er smart nok. Dette belyser viktigheten av et arbeidsmiljø hvor det er frie tøyler, du kan uttrykke frustrasjon og maktesløshet, snakke om det og finne en vei videre sammen (Lichtwarck, Myhre, et al., 2019, s. 971). En åpen dialog, hvor terskelen er lav for å dele erfaringer og følelser vil kunne stimulere til refleksjon, styrke samhold og igjen fremme gode helhetlige vurderinger av situasjoner og pasientens atferdsmessige- og psykologiske symptomer. Kommunikasjon som bygger på personsentrerte verdier som respekt og annerkjennelse mellom ansatte vil da være en fremmede faktor for forebygging av APSD.

5.2 Metodediskusjon

I denne delen av oppgaven er det flere elementer vi kunne diskutert, men vi har først valgt å diskutere valg av forskningsdesign, før vi videre diskuterer kontekst og deltakere. Til slutt diskuteres elementer i litteratursøket.

5.2.1 Forskningsdesign

For å finne forskning som kunne besvare vår problemstilling har vi valgt å benytte forskningsartikler med et kvalitativt design. Kvalitativt design brukes for å undersøke subjektive erfaringer, opplevelser og holdninger om et bestemt tema. Studiedesignet vil dermed være hensiktsmessig for oppgaven vår, da vi ønsker å utforske sykepleiers erfaringer. Når man benytter et kvalitativt design er det ofte få deltakere som blir intervjuet. Dette kan være en svakhet for studien vår da deltakerne inkludert i studien ikke nødvendigvis er representative for alle sykepleiere og deres erfaringer med APSD. Likevel vil et begrenset

utvalg av deltakere gi en økt dybdeforståelse for den enkeltes erfaringer, da forskerne vil ha mer tid til å utforske hver enkelt deltakers meninger og opplevelser (Grønmo, 2023). I to av de totalt fire utvalgte forskningsartiklene blir det benyttet fokusgruppeintervjuer. Fordelen med fokusgruppeintervjuer er at deltakerne får større frihet i samtalen, og det kan bli enklere å komme inn på utfordrende temaer. Derimot vil en ulempe være at ikke alle nødvendigvis kommer til ordet, eller ønsker å dele vanskelige erfaringer i en gruppe. Imidlertid er dette en metode som kan være hensiktsmessig å benytte i studier hvor erfaringer skal utforskes (Lerdal & Karlsson, 2009).

Vi har videre valgt å inkludere både intervensjonsstudier og studier uten implementerte intervensjoner. I to av artiklene vi kunne inkludere undersøkes helsepersonellens erfaringer knyttet til konkrete intervensjoner i arbeidet med APSD. I de to andre artiklene var erfaringer kartlagt ut ifra deres vanlige arbeid med APSD. Vi anser ikke dette som en svakhet for oppgaven da vi opplevde at ved å inkludere alle fire artiklene fikk vi et nyansert bilde på forebyggende arbeid og håndtering av APSD. Ved å inkludere intervensjonsstudiene fikk vi innsikt i deltakernes erfaringer før, underveis og etter implementeringen og hva de anså som hensiktsmessig og effektive tiltak. Samtidig som de andre artiklene skapte et mer generelt bilde på hvordan det er å arbeide med APSD.

5.2.2 Kontekst og deltakere

Til tross for at vi ønsker å se på sykepleiers erfaringer har vi ikke valgt å ekskludere artikler på bakgrunn av at andre yrkesgrupper er inkludert. Dette er blant annet fordi vi ved de innledende søkene fikk svært få treff hvor deltakerne kun var sykepleiere. Dette kan være en mulig svakhet da det i utgangspunktet er sykepleieres erfaringer vi har som hensikt å undersøke. Annet helsepersonell vil kunne ha ulike arbeidsoppgaver, fokus og erfaringer relatert til APSD. På den andre siden består personalet på sykehjem i stor grad av ulike yrkesgrupper som eksempelvis helsefagarbeidere, pleieassistenter og leger, og vi har derfor vurdert at det ikke er nødvendig å ekskludere disse da deres erfaringer kan være overførbare til sykepleiefaglig kontekst.

I hovedsak ønsket vi å inkludere forskningsartikler med mest mulig lik helsekultur som her i Norge, og vi har derfor valgt å kun inkludere studier utført i Europa. Dette er på bakgrunn av at store kulturelle forskjeller vil kunne påvirke overførbareheten. På den andre siden kan dette

inklusionskriteriet ha utelukket annen relevant forskning som kunne hatt overføringsverdi. I vår oppgave er to av de fire utvalgte studiene utført i Nederland, og en studie er utført i flere land, derav Norge, Belgia, Romania og Portugal. Dette gjør det nødvendig å stille spørsmål ved overførbarheten til norsk kontekst. Til tross for kulturelle forskjeller mellom landene ser vi at eksempelvis Nederland har et godt utbygd helsevesen. I tillegg har de en relativt lik sykehjemsoppbygning som her i Norge, noe som styrker overførbarheten (Regjeringen, 2023). I den andre artikkelen utført i flere land kan en mulig svakhet likevel være at det er forskjellige måter helsepersonellet arbeider på i de ulike landene, med ulike standarder og tilgang på ressurser. På den andre siden ser vi at artiklens funn samsvarer med annen teori på området, noe vi mener styrker troverdigheten til funnene i forskningsartikkelen.

5.2.3 Litteratursøk

I utgangspunktet valgte vi å inkludere søkeordet *Person centred care*, i tillegg til de tidligere oppgitte søkeordene i kapittel 3.2. Etter flere innledende søk førte dette til at en stor andel av treffene omhandlet personsentrert omsorg, og vi opplevde at studiens hensikt falt bort. *Person centred care* ble derfor ekskludert fra den videre søkeprosessen. Etter å ha gjennomført flere søk, kom vi til slutt fram til at vi ønsket å inkludere ulike ord som alle faller inn under APSD. Vi opplevde at ved å kun bruke fellesbetegnelsene BPSD eller behavioral symptoms fikk vi ikke funn hvor APSD var sentralt i forskningen. Vi så derimot en klar endring i mengden relevante funn relatert til APSD etter å ha brukt ulike synonymbegreper. Vi kombinerte ordene: *BPSD, Agitation, Aggression, Behavioral symptoms, Neuropsychiatric symptoms* med OR, noe som ga oss ett bredere treff på artikler som omhandlet APSD. Vi kombinerte søkeordene *experiences og prevention* med OR da vi ønsker å inkludere både artikler som ser på erfaringer med APSD og hvordan arbeide forebyggende. Vi ønsket ikke å kombinere med AND da dette trolig ville ha ekskludert artikler som omhandler enten erfaringer eller forebygging. Vi så ikke på det som nødvendig som eksklusjon her, da artiklene ikke må omfatte begge søkeordene så lenge de innfrir inklusionskriteriene. Da søket var gjennomført oppdaget vi flere studier som var utført under koronapandemien. Disse innfridde de satte inklusjon- og eksklusjonskriteriene, men studienes hensikt og kontekst var ikke relevant for det vi ønsket å utforske. Å arbeide med pasienter med APSD under en pandemi medfører en rekke nye utfordringer og vil stille andre krav til sykepleier. Vi valgte derfor å legge til et eksklusjonskriterie om koronapandemien, da resultatene ikke vil være forenlige med oppgavens hensikt.

6 Konklusjon

Hensikten med denne litteraturstudien var med utgangspunkt i sykepleiers erfaringer å konkretisere fremmede faktorer for forebygging av APSD. For å kunne forebygge APSD vil en forutsetning være at alle følger den satte behandlingsplanen. En god arbeidskultur som bygger på positive holdninger, vil i stor grad være avgjørende for i hvilken grad helsepersonell følger den satte behandlingsplanen. Dette vil være avgjørende for å styrke personalets eierskap til behandlingen. For å kunne føle på eierskap til behandlingen, vil det være viktig å bli sett og anerkjent for ens synspunkter. Etter implementeringen av TID-modellen forteller flere av deltakerne om en følelse av at deres syn på saken hadde en betydning, samtidig som de ble hørt uavhengig av profesjon. Det at alle fikk delt sine synspunkter, var med i diskusjonen og avgjørelser førte til en styrket opplevelse av eierskap til pasientens behandling og tiltak, noe som videre førte til økt lojalitet og engasjement til gjennomføringen av de satte behandlingsplanene. Bevissthet over egne holdninger, handlinger og verdigrunnlag vil da være helt avgjørende for at sykepleier skal kunne bidra til forebygging av APSD.

Videre vil en annen fremmede faktor for forebyggingen av APSD være systematisk kartlegging av atferden. En forutsetning for å gjennomføre kartleggingen vil være at sykepleier ser personen bak sykdommen, og legger til side forutinntatte antakelser om pasientens atferd. Som sykepleier må man anse observasjoner som en strukturert aktivitet. Manglende struktur vil i stor grad medføre mangelfulle vurderinger da man ikke har kjennskap til hva som er viktig å observere og kartlegge. Det er i all hovedsak observasjonene man gjør som sykepleier som danner grunnlaget for aktuelle tiltak som utarbeides og vurderes i møte med det tverrfaglige teamet. For å strukturere observasjonene vil det være hensiktsmessig å bruke ruteregistreringsskjema. Samlet vil en personsentrert tilnærming som bygger på forståelse og empati sammen med en strukturert fremgangsmåte, trolig føre til en helhetlig og god kartlegging av APSD.

Å skape en arena for personalet hvor det er anledning for utveksling av informasjon og utfordringer, vil være en viktig fremmede faktor for forebygging av APSD. Strukturerte refleksjonsmøter viste å ha en stor påvirkning på i hvilken grad personalet opplevde mestring i arbeidet med APSD. Møtenes struktur førte til at ulike synspunkter i større grad ble tatt i betraktning og personalet kom med mer varierte forslag til tiltak. Samtidig opplevde

personalet at deres behov for deling av utfordrende og vanskelige situasjoner ble møtt. Videre vil en åpen dialog mellom ansatte, hvor det er anledning for å dele erfaringer og følelser kunne stimulere til refleksjon og styrke samhold. Dette vil kunne fremme gode helhetlige vurderinger av pasientens atferdsmessige- og psykologiske symptomer. Kommunikasjon som bygger på personsentrerte verdier som respekt og anerkjennelse mellom ansatte vil da være en fremmende faktor for forebygging av APSD.

Vi anerkjenner at kunnskapen vi har samlet i denne oppgaven er fra et begrenset utvalg, og dermed ikke nødvendigvis er tilstrekkelig for å kunne besvare litteraturstudiens problemstilling med sikkerhet. Til tross for dette har arbeidet med studien styrket vår kunnskap og forståelse om tema. Samtidig belyser studien flere elementer ved forebygging av APSD som vil være relevante for sykepleiers yrkesutøvelse.

Referanseliste

- Aldring og helse. (u.å.). *TID – Tverrfaglig intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved demens – og andre psykiske tilstander*. Aldring og helse: Nasjonalt senter. Hentet 14.12.2023 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/tid-tverrfaglig-intervensjonsmodell-ved-utfordrende-atferd-ved-demens-og-andre-psykiske-tilstander/>
- Borglin, G. & Gjevjon, E. R. (2022). Sykepleie - profesjon og fag. I A. K. Bjørnnes, E. R. Gjevjon, E. M. Grov & I. Holter, M (Red.), *Sykepleieboken 1: Sykepleiens fundament* (6. utg., s. 48-76). Cappelen Damm Akademisk.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2021). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (3. utg., s. 262-276). Gyldendal.
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gjøra, L., Strand, B. H., Bergh, S., Borza, T., Brækhus, A., Engedal, K., Johannessen, A., Kvello-Alme, M., Krokstad, S., Livingston, G., Matthews, F. E., Myrstad, C., Skjellegrind, H., Thingstad, P., Aakhus, E., Aam, S. & Selbæk, G. (2021). Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(3), 1213-1226. <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>
- Goodall, G., Taraldsen, K., Granbo, R. & Serrano, J. A. (2021). Towards personalized dementia care through activities supported by technology: A multisite qualitative study with care professionals. *BMC Geriatrics*, 21(468). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02408-2>
- Grootscholten, E., Poslawsky, I. & Bakker, T. (2023). Nursing Staff's Observation of BPSD Among Older Adults with Dementia Living in a Nursing Home: A Qualitative Study. *MDPI Nursing reports*, 13, 166-178. <https://doi.org/10.3390/nursrep13010018>
- Grønmo, S. (2023). Kvalitativ metode. I S. Grønmo (Red.), *Store norske leksikon*. Hentet 21.12.2023 fra https://snl.no/kvalitativ_metode?gclid=Cj0KCQiA4Y-sBhC6ARIsAGXF1g7huzViDp8o--GJFDLr2JV20ow7sUVCcCph0UQ0AZaD0nmbM2mpjd0aAui5EALw_wcB
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Demensplan 2025*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/b3ab825ce67f4d73bd24010e1fc05260/demensplan-2025.pdf>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2021, 19.03.2021). *Om Demensplan 2025*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/demens/demensplan-2025>
- Helsedirektoratet. (2022, 27.04.2022). *Demens*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helvik, A., Benth, J., Wu, B., Engedal, K. & Selbæk, G. (2017). Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatrics*, 17(52). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0440-5>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. International Council of Nurses. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf

- Kales, H. C., Gitlin, L. N. & Lyketsos, C. G. (2014). Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia in Clinical Settings: Recommendations from a Multidisciplinary Expert Panel. *J Am Geriatr Soc.*, 62(4), 762-769. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730>.
- Kirkevold, M. (2021). Den gamles integritet. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (3. utg., s. 84-95). Gyldendal
- Lerdal, A. & Karlsson, B. (2009). Bruk av fokusgruppeintervju. *Sykepleien Forskning*, 3(3), 172-175. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2008.0036>
- Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A., R, Rokstad, A., M, M, Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2019). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 23(8), 966-975. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116>
- Lichtwarck, B., Væringstad, A. & Hoel, K. (2019). *Tverrfaglig Intervensjonsmodell ved utfordrende atferd ved Demens og andre psykiske tilstander* [Manual]. F. f. A. F. o. Sykdom. <https://tidmodell.no/wp-content/uploads/2023/06/TID-manual-2019.pdf>
- Magelssen, M. & Pedersen, R. (2022). Hva er «Etikk» i helsetjenesten? I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helsetjenesten* (s. 15-25). Gyldendal.
- Metodebok. (2022, 15.05.2022). *Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens (APSD)*. Sunnsoft Publishing. <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=hgCpg44H>
- Norsk Sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Lover og forskrifter*. Hentet 20.12.2023 fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/lover-og-forskrifter>
- Regjeringen. (2023, 19.12.2023). *Nederland - reiseinformasjon*. https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/reiseinfo_nederland/id2414872/
- Rokstad, A., M, M. (2014). *Se hvem jeg er!* Universitetsforlaget.
- Rokstad, A., M, M. (2020a). Hva er demens? I A. Rokstad, M, M & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 23-48). Cappelen Damm Akademisk.
- Rokstad, A., M, M. (2020b). Personsentrert omsorg. I A. Rokstad, M, M & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 51-70). Cappelen Damm Akademisk
- Rokstad, A., M, M. (2020c). Utfordrende atferd. I A. Rokstad, M, M & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 196-217). Cappelen Damm Akademisk.
- Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien*, 104(8). <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.58391>
- Røsvik, J., Mjørud, M., Rokstad, A., M, M, Munch, M. & Røen, I. (2016). *Implementering av personsentrert omsorg*. Aldring og helse.
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskriftet: Den norske legeforening*, 125(11), 1500-1502. <https://tidsskriftet.no/2005/06/medisin-og-vitenskap/atferdsforstyrrelser-og-psykiske-symptomer-ved-demens>
- Selbæk, G., Engedal, K. & Bergh, S. (2013). The Prevalence and Course of Neuropsychiatric Symptoms in Nursing Home Patients With Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(3), 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.027>

- Skovdahl, K. (2021). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den eldre pasienten* (3. utg., s. 416-455). Gyldendal.
- Smebye, K. L. (2020). Å møte personer med demens. I A. Rokstad, M. M & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 13-21). Cappelen Dam Akademisk.
- Smebye, K. L. & Johnsen, L. (2020). Selvbestemmelse og tvang. I A. Rokstad, M. M & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (2. utg., s. 234-264). Cappelen Dam Akademisk.
- Strand, B. H., Vollrath, M. E. M. T. & Skirbekk, V. F. (2021, 23.02.2021). *Demens*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/ikke-smittsomme/demens/?term=#om-demens>
- Støback, A. M. (2015). Atferd er uttrykk for personlige opplevelser - Om kompetanseprogrammet «Forståelse og mestring av utfordrende atferd hos personer med demenssykdom». *Tidskrift om omsorgsforskning*, 1(1), 72-81. <https://doi.org/10.18261/ISSN2387-5984-2015-01-12>
- Veldwijk-Rouwenhorst, A. E., Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Persoon, A., Koopmans, R. T. C. M. & Gerritsen, D. L. (2022). Losing hope or keep searching for a golden solution: an in-depth exploration of experiences with extreme challenging behavior in nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics*, 22(758). <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03438-0>



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:		JA	NEI	UKLART
Lichtwarck, B., Myhre, J., Goyal, A., R, Rokstad, A., M, M, Selbæk, G., Kirkevold, Ø. & Bergh, S. (2019). Experiences of nursing home staff using the targeted interdisciplinary model for evaluation and treatment of neuropsychiatric symptoms (TIME) - a qualitative study. <i>Aging & Mental Health</i> , 23(8), 966-975. https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1464116				
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, studien har et kvalitativ utforskende design, hvor fokusgruppeintervjuer er brukt for å besvare problemstilling. Dette er hensiktsmessig da studien ønsker å utforske helsepersonells erfaringer med bruk av TID-modellen i arbeid for å mestre APSD hos pasienter med demens.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, deltakerne i studien er sykepleiere, pleieassistenter, avdelingssykepleiere og sykehjems leger. De representerer ulike yrkesgrupper som jobber på sykehjem, og er dermed representative for fenomenet som undersøkes. Deltakeren vil kunne svare på problemstillingen da det er deres erfaringer med bruk av TID-modellen som studien baseres på, og problemstillingen ønsker å identifisere.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, kontekst, deltagere og intervensjoner er godt beskrevet under «Metode»-delen, med underoverskriftene «Implementation of TIME» og «Sample and Settings».	x		

Reilly, S., Xie, C., Jacobs, S., & Challis, D. (2008). Examining the state of adult social care research 1990-2001: a systematic synthesis of research methods and quality. *Evidence & Policy*, 4(3), 155-182.



6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, analysemetoden er beskrevet under «Metode»-delen med underoverskrift «Analysis». Analysemetoden er tematisk analyse, som videre blir beskrevet i avsnittet.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, de sentrale hovedfunnene er presentert under avsnittet «Findings». Her presiseres to overordnede funn som videre utdypes i avsnittet.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, resultatene kan brukes i praksis, da de tydelig viser styrker og svakheter ved bruk TID-modellen på sykehjem. Resultatene viser hvordan TID-modellen er en gjennomførbar og effektiv modell for å styrke helsepersonells mestring i møte med komplekse APSD hos pasienter med demens	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen underbygges av funnene presentert i «Resultat»- delen og videre diskuteres i «Diskusjon»-delen. Det fremkommer ingen ny informasjon, resultater eller poenger i «Konklusjon»-delen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes: Grootscholten, E., Poslawsky, I. & Bakker, T. (2023). Nursing Staff's Observation of BPSD Among Older Adults with Dementia Living in a Nursing Home: A Qualitative Study. <i>MDPI Nursing reports</i> , 13, 166-178. https://doi.org/10.3390/nursrep13010018		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, studien har et generelt kvalitativt utforskende design, med semistrukturerte individuelle intervjuer. Dette er hensiktsmessig da studien ønsker å utforske helsepersonellens erfaringer med å observere APSD hos pasienter med demens på sykehjem.	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, deltakerne i studien er sykepleiere, helsefagarbeidere og pleieassistenter. De representerer de ulike yrkesgruppene som arbeider med pasienter med demens på sykehjem og utvalget er derfor representativt og vil kunne gi svar på problemstillingen.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?			x
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, informasjon om kontekst, deltakerne og intervensjonen er beskrevet under «Metode»-delen, med underoverskriften «2.2 Procedure and Participants».	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, analysemetoden er beskrevet under «Metode»-delen. Analysemetoden fulgte Braun og Clarke sine seks faser av tematisk analyse og er beskrevet i avsnittet med underoverskrift «2.3 Data Collection and Analyses».	x		



7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, de sentrale hovedfunnene er presentert under avsnittet «3. Results». Her presenteres fire hovedtemaer, med åtte ulike underkategorier.	x		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, resultatene kan brukes i praksis ettersom de tydeliggjør fremmende og hemmende faktorer for å kunne jobbe personsentrert i forebygging og behandling av APSD. Det å kunne utføre strukturerte observasjoner av adferd hos pasienter med APSD, og vurdere mulige årsaker til atferden vil være viktig for å videreformidle vurderinger i tverrfaglig team og kunne yte best mulig pleie til pasienter med demens. Det fremheves likevel at det trengs ytterligere forskning på temaet.	x		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen underbygges av funnene presentert i «Resultat»- delen og videre diskuteres i «Diskusjon»-delen. Det fremkommer ingen ny informasjon, resultater eller poenger i «Konklusjon»-delen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernes spørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:				
Goodall, G., Taraldsen, K., Granbo, R. & Serrano, J. A. (2021). Towards personalized dementia care through activities supported by technology: A multisite qualitative study with care professionals. <i>BMC Geriatrics</i> , 21(468). https://doi.org/10.1186/s12877-021-02408-2				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	x		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, designet er kvalitativt med individuelle intervjuer. Dette er hensiktsmessig da studien ønsker å utforske helsepersonells erfaringer med å jobbe med «SENSE-GARDEN».	x		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, deltakerne kan svare på problemstillingen da det er deres erfaringer som ønskes utforsket.	x		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	x		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis? Kommentar: Ja, det er beskrevet strukturert under følgende underavsnitt i «Metode»-delen. «Setting», «Participants» og «SENSE-GARDEN as an intervention».	x		
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, analysemetoden er beskrevet under «Metode»-delen, med underoverskrift «Analysis». Analysemetoden er tematisk analyse, som blir beskrevet videre i avsnittet.	x		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen?	x		



	Kommentar: Ja, hovedfunnene kommer tydelig frem i både tabeller og egne underavsnitt i studiens resultatdel.			
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Dette er uklart. Til tross for at deltakerne så mange positive sider ved implementeringen av SENSE-GARDEN, krever teknologien videre utvikling for å være mindre tidskrevende. I tillegg vil implementeringen av SENSE-GARDEN kreve store ressurser og midler, noe ikke alle sykehjem har tilgang til.			x
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen er basert på funnene presentert i «Resultat»-delen og det som videre blir diskutert i «Diskusjons»-delen. Det blir ikke presisert noen ny informasjon, resultater eller poenger i denne delen.	x		
	Totalt antall poeng: ****	8/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjernesporsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.



Sjekkliste for å vurdere kvalitet i forskning

Oversatt og modifisert versjon av sjekkliste for metodisk kvalitet i forskning utviklet og presentert i Reilly et al 2008.

Artikkel som vurderes:				
Veldwijk-Rouwenhorst, A. E., Zuidema, S. U., Smalbrugge, M., Persoon, A., Koopmans, R. T. C. M. & Gerritsen, D. L. (2022). Losing hope or keep searching for a golden solution: an in-depth exploration of experiences with extreme challenging behavior in nursing home residents with dementia. <i>BMC Geriatrics</i> , 22(758). https://doi.org/10.1186/s12877-022-03438-0				
		JA	NEI	UKLART
1.	Har artikkelen en klart formulert problemstilling?	X		
2.	Er design og metode velegnet for å svare på problemstillingen? * Kommentar: Ja, studien har et kvalitativt design med individuelle intervjuer og fokusgruppediskusjoner. Dette er hensiktsmessig da studien ønsker å utforske helsepersonell på sykehjem sine erfaringer med utfordrende atferd hos pasienter med demens.	X		
3.	Kan deltagerne svare på problemstillingen? ** Kommentar: Ja, deltakerne kan svare på problemstillingen. Dette er fordi hensikten med studien er å se på deres erfaringer, noe deltakerne da vil kunne gi svar på. I tillegg representerer de ulike yrkesgrupper som jobber på sykehjem, og er dermed representative for det som undersøkes.	X		
4.	Er etiske hensyn ivaretatt og dokumentert på en god måte i studien?	X		
5.	Er det gitt tilstrekkelig informasjon om konteksten for studien, deltagerne og eventuelt intervensjonen slik at du som leser kan relatere funnene til klinisk praksis?	X		



	Kommentar: Ja, konteksten for studien og deltagerne er beskrevet under «Metode» - delen, med underoverskrift «Study aim, design, setting and participants».			
6.	Er analysemetoden beskrevet? Kommentar: Ja, dette er beskrevet under «Metode»-delens underkapittel «Data analysis».	X		
7.	Kommer de sentrale hovedfunnene i studien klart frem i artikkelen? Kommentar: Ja, de sentrale hovedfunnene i studien blir presentert i avsnittet «Results». Her presenteres tre hovedfunn som videre presiseres i flere underavsnitt.	X		
8.	Kan resultatene brukes i praksis? Kommentar: Ja, resultatene kan brukes i praksis. Dette er fordi de gir et godt bilde på helsepersonells erfaringer med å håndtere APSD, og videre identifiserer ulike faktorer med dette arbeidet.	X		
9.	Er konklusjonen logisk og holdbar? *** Kommentar: Ja, konklusjonen underbygges av funnene presentert i «Resultat»- delen og videre diskuteres i «Diskusjon»-delen. Det fremkommer ingen ny informasjon, resultater eller poenger i «Konklusjon»-delen.	X		
	Totalt antall poeng: ****	9/9		

* Hvordan beskriver forfatterne sitt eget studiedesign og hvilken metode for datasamling og analyse sier de at de bruker. For å vurdere om studiedesignet er hensiktsmessig kan dere bruke tabell for kjørnespørsmål på kunnskapsbasertpraksis.no

** I kvalitative studier er det relevant å vurdere om deltagerne var representative for det fenomenet som er studert. I kvantitative studier er det i tillegg aktuelt å se hvordan studien beskriver begrensninger i studien knyttet til utvalgsstørrelse, hvilken svarrespons de fikk på spørreskjema og om forfatterne gir beskrivelser av de som takket nei til deltagelse.

*** Er konklusjonen underbygget i resultatene og diskusjonen av disse?

**** Hvert JA gir 1 poeng. NEI eller UKLART gir 0 poeng.

