



Personsentrert omsorg som alternativ til psykofarmaka hos personer med demens

hvordan kan sykepleier redusere bruk av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem?

Kandidatnummer: 1045

VID vitenskapelige høgskole

Diakonhjemmet

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BASYK16

Antall ord: 10782

21.03.2019

Sammendrag

Denne bacheloroppgaven tar utgangspunkt i problemstillingen «hvordan kan sykepleier redusere bruk av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem?» Det blir brukt litteratursøk som metode, og relevant forskning og teori brukes for å besvare oppgavens tema. Forskning viser at det i Norge i dag er høy bruk av psykofarmaka på norske sykehjem, dette er medisiner med flere uheldige bivirkninger. Å møte personer med demens på sykehjem med en personsentrert holdning kan redusere agitasjon og bruk av psykofarmaka. Viktige faktorer er god ledelse og god opplæring for nyansatte, samt å ha en individuell tilnærming og å bli kjent med hver enkelt person. For å forebygge bruk av psykofarmaka bør sykepleier være oppmerksom på triggere som kan utløse uro. Det er også essensielt å legge til rette for et godt sosialt miljø hvor personen med demens kan føle seg trygg og inkludert.

Abstract

This bachelor's thesis aims to respond to the following research question: «How can nurses reduce the use of psychopharmaceuticals for people with dementia in nursing homes through person centered care? ». The methodology consists of a literature review and relevant research and theories are used to explore the thesis topic. Research shows that there is a high use of psychopharmaceuticals in Norwegian nursing homes today. These drugs have multiple undesired side effects. Meeting people with dementia in nursing homes with an individual centered approach can reduce agitation and the use of psychopharmaceuticals. Important factors are good management and good training for new employees, as well as having an individual approach and getting to know each person. To prevent the use of psychopharmaceuticals, the nurse should be aware of triggers that may cause unrest. It's also essential to facilitate an environment where the person with dementia can feel safe and included.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensning av problemstilling	3
1.4	Begrepsavklaringer	3
2	Metode	5
2.1	Fremgangsmåte.....	5
2.2	Databasesøk	5
2.3	Valg av fagbøker	7
2.4	Kildekritikk.....	8
3	Teori.....	10
3.1	Demens	10
3.1.1	Ulike typer demens.....	10
3.1.2	Kognitive symptomer ved demens	11
3.1.3	Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens	11
3.2	Psykofarmaka	12
3.2.1	Psykofarmaka og personer med demens	13
3.2.2	Bruk av psykofarmaka på sykehjem	14
3.3	Personsentrert omsorg	14
3.3.1	VIPS – grunnlaget for personsentrert omsorg.....	15
3.3.2	Personsentrert omsorg i møte med personen med demens.....	15
3.3.3	Viktigheten av en individuell forståelse	16
3.3.4	Å møte de psykologiske behov	17
3.3.5	Kommunikasjon	18
3.3.6	Personsentrert omsorg gjennom miljøarbeid.....	18
3.3.7	Organisering og ledelse	19
3.3.8	Ondartet sosialpsykologi	20
3.4	Omsorgsfilosofi	20
4	Drøfting.....	22
4.1	Personsentrert omsorg som verdigrunnlag	22
4.2	Individuell omsorg.....	23
4.3	Perspektivet til personen med demens.....	25
4.4	Sosialt miljø.....	27
5	Konklusjon.....	30
6	Litteraturliste.....	31
7	Vedlegg	35

1 Innledning

I Norge i dag blir befolkningen stadig eldre, og med stigende alder øker også forekomsten av demens (Engedal & Haugen, 2016, s.15). I følge befolkningsforskere kan eldre i 2050 komme til å utgjøre 25 % av befolkningen (gjengitt fra Romøren, 2014, s. 29). Demens er et syndrom som fører til svekket hukommelse samt svekkelse av andre kognitive funksjoner som for eksempel planlegging og dømmekraft. (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 409 - 410). Personer med demens opplever mange kognitive, atferdsmessige og psykologiske symptomer (Engedal & Haugen, 2016, s.19 - 29). Forskning viser at det brukes mye psykofarmaka på norske sykehjem for å lindre symptomer som uro og agitasjon (Helvik, Benth, Wu, Engedal & Selbøk, 2017, s. 5). Dette er bekymringsverdig, da disse medikamentene er assosiert med flere skadelige bivirkninger hos eldre og personer med demens (Engedal & Haugen, 2009, 279 – 287).

Som sykepleier vil man i stor grad møte eldre med demens, uansett om man jobber i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Dermed må man kunne møte og ivareta deres kognitive og psykologiske symptomer. I Demensplan 2020 er personsentrert omsorg den omsorgsfilosofien som ligger til grunn for god ivaretagelse av personer med demens (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015) - og utgjør altså et viktig grunnlag for sykepleier når det kommer til å møte denne pasientgruppen. Forskning viser at agitasjon reduseres når pleiepersonell får opplæring i personsentrert omsorg (Ballard et al., 2018; Chenoweth, et al., 2009). Det viser seg også at man ser en redusert bruk av psykofarmaka ved implementering av personsentrert omsorg på sykehjem (Bird, Llewellyn-Jones & Korten, 2009, s. 74). Dette indikerer altså at man gjennom personsentrert omsorg kan redusere agitasjon hos personer med demens, og dermed redusere bruken av psykofarmaka.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har selv jobbet på sykehjem ved siden av studiene, og har erfaring med å jobbe med personer med demens. Dette synes jeg har vært veldig givende, men utfordrende på samme tid. Ofte har jeg vært usikker på hvordan man best mulig kan hjelpe et menneske med demens som utagerer eller er urolig. Det er ofte så tydelig at personen har det vondt, og jeg har ofte

følt meg litt maktesløs hvis pasienten er aggressiv til tross for at du gjør ditt beste for å prøve å hjelpe. Samtidig har jeg tenkt over bivirkninger av legemidler. Erfaringer fra mitt arbeidssted er at mange pasienter ofte oppleves svært trette og sover mye på dagtid, noe som kan være et resultat av bivirkninger fra psykofarmaka (Spigset, 2016, s. 336). Jeg tenker derfor det er viktig å ha tilstrekkelig kunnskap om eldre og legemidler, og om mulig forsøke å finne andre måter enn medikamenter for å møte utfordringer i forhold til agitasjon og utagering.

Jeg synes også temaet demens er interessant, og jeg ønsker å lære mer om dette, da jeg sannsynligvis vil møte mange mennesker med demens gjennom mine kommende år som sykepleier. Jeg ønsker å ha kunnskap om hvordan møte denne pasientgruppen på best mulig måte, og hvordan kunne håndtere utfordrende situasjoner. Pasienter med demens som bor på sykehjem er på mange måter en sårbar gruppe, og ofte i en situasjon hvor de er helt avhengige av andres hjelp. Jeg har alltid hatt et ønske om å hjelpe de som kan betegnes som sårbare grupper i samfunnet til å få det bedre.

Jeg mener dette er et viktig tema fordi uten tilstrekkelig kunnskap er det lett å ty til medisiner som en enkel løsning på atferdsproblemer. Men det finnes andre måter enn medisiner å møte problemer som agitasjon på. Jeg tror at kunnskap om personsentrert omsorg gjør det enklere for sykepleier å gå inn med en god holdning i møte med pasient, og å prøve ut andre metoder før psykofarmaka benyttes. Dermed mener jeg livskvaliteten til personen med demens vil bedres.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med bakgrunn i temaet har jeg valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier redusere bruk av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem?

1.3 Avgrensning av problemstilling

I denne oppgaven velger jeg å fokusere på personer med demens som bor på sykehjem, dette fordi det er en arena hvor sykepleier er sammen med pasientgruppen over lengre tid. Sykepleier kan dermed både utøve personsentrert omsorg og se resultatene av dette over tid. På sykehjem administrerer sykepleier medisinene til pasientene, og kan i samarbeid med legen være med på å påvirke bruken av psykofarmaka. Psykofarmaka kan også ofte være satt opp som eventuell medisin og dermed bestemmer sykepleier om eller når det skal gis. Jeg har ikke gjort noen avgrensninger i forhold til type demens, da jeg mener alle pasienter med demens kan ha god nytte av personsentrert omsorg. Dessuten anslås det at opptil 50 % av beboere på norske sykehjem med tegn på demens ikke har blitt utredet (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 418). Da blir det også krevende å fokusere på en enkel gruppe innenfor personer med demens. Jeg har valgt å fokusere på aldersgruppen fra 65 år og oppover.

Når det kommer til psykofarmaka har jeg i denne oppgaven hovedfokus på benzodiazepiner, antipsykotika og antidepressiva. Kolinesterasehemmere og medisiner mot ADHD velger jeg å ikke fokusere på, fordi jeg ønsker å fokusere på legemidler som brukes mot atferdsmessige og psykiske symptomer, dvs. symptomer som angst, depresjon og uro. ”

1.4 Begrepsavklaringer

Psykofarmaka: En samlebetegnelse for legemidler som brukes for å behandle psykiske lidelser (Malt, 2018). Begrepet vil utdypes ytterligere i kapittel 3.

Personsentrert omsorg: Handler om å se selve personen med demens som et individ med egne rettigheter, følelser og ønsker. Man legger vekt på å bli kjent med personens livshistorie. Personsentrert omsorg kan beskrives som omsorg som legger vekt på personer med demens som fullverdige personer. (Røsvik & Tretteteig, 2016, s. 228)

Demens: Kan defineres som en fellesbetegnelse på et syndrom eller en tilstand forårsaket av forskjellige organiske sykdommer. Ved demens ser man en kronisk kognitiv svikt, endret sosial atferd og en redusert evne til å utføre daglige aktiviteter som tidligere (Engedal & Haugen, 2009, s. 17). Jeg velger i denne oppgaven å anvende begreper som «personer med

demens» eller «sykehjemsbeboere med demens», og ikke begrepet «dement», da jeg vil understreke viktigheten av å unngå å se en person som kun sin sykdom eller tilstand.

2 Metode

Metode kan beskrives som et redskap vi bruker når vi ønsker å undersøke et tema nærmere. En metode kan for eksempel hjelpe oss å samle inn nødvendig informasjon vi trenger til oppgaven som skal skrives (Dalland, 2017, s. 52). Denne oppgaven er en selvstendig litterær oppgave og metoden som brukes er litteratursøk av kvalitative og kvantitative forskningsartikler. Kvantitativ metode gir informasjon som er målbar, mens kvalitativ metode gir data i form av mening som ikke kan tallfestes. Begge metoder bidrar til en forståelse av vårt samfunn, og hvordan grupper og enkeltmennesker handler (Dalland, 2017, s. 52). Det blir benyttet relevant forskning og litteratur i forsøk på å gi et godt svar på min problemstilling. Jeg vil beskrive kriteriene jeg har brukt når jeg har valgt ut forskning og litteratur, samt bruk av søkeord og databaser.

2.1 Fremgangsmåte

Jeg har gjort systematiske søk i flere databaser for forskningslitteratur. Jeg leste overskriftene, og om disse virket interessante brukte jeg abstraktene for å få et bedre innblikk i resultatene av forskningen. Det finnes mye forskning på demens, så søkene ga svært mange resultat, derfor benyttet jeg ulike kombinasjoner av AND og OR for å snevre det inn. Jeg har valgt artikler på engelsk, samt forskning fra vestlige land av hensyn til at de må kunne overføres til norsk kontekst. Jeg har søkt etter fagfelleurdert forskning (peer reviewed), og avgrenset artiklene til å være publisert de siste ti år, dette fordi de fagområdene jeg skriver om er i utvikling, og kunnskapen kan være utdatert hvis den er for gammel (Dalland, 2017, s. 162).

2.2 Databasesøk

Jeg tok utgangspunkt i min problemstilling når det kom til bruk av søkeord, og i mitt første søk i Cinahl brukte jeg søkeordene *dementia*, *person centred care*, *nursing home*, *drugs*, *psychotropic drugs* og *antipsychotic*. Jeg fant her tre artikler:

Utvalgt artikkel	Metode	Funn	Hvorfor inkludert	Søkeord/resultat
Helvik, A-S, Benth JB, Wu B, Engedal K, Selbæk	Kvantitativ	Beskriver prevalens og bruk av psykofarmaka	Belyser at det er et behov for å redusere	Dementia AND nursing home AND drugs AND

G. <i>Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway.</i> BMC Geriatrics, 2017		blant sykehjemsbeboere i Norge, og presenterer funn av høy bruk av psykofarmaka	bruken av psykofarmaka på sykehjem	antipsychotic drugs AND psychotropic drugs /54
Putten, M. J. G., Wetzels, R. B., Bor, H., Zuidema, S. U. & Koopmans, R. T. C. M. <i>Antipsychotic drug prescription rates among Dutch nursing homes: the influence of patient characteristics and the dementia special care unit.</i> Aging & Mental Health, 2014	Kvantitativ	Beskriver prevalens av antipsykotika blant personer med demens på nederlandske sykehjem. Presenterer funn av forskjeller i antipsykotikabruk fra sykehjem til sykehjem på bakgrunn av kulturer innad i sykehjemmene	Understreker at det var stor forskjell fra sykehjem til sykehjem i forhold til bruk av antipsykotika	Dementia AND nursing home AND drugs AND antipsychotic /259
Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R.,... Fossey, J. <i>Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial.</i> PLoS Med, 2018	Kvantitativ	Vurderer virkningen av personsentrert omsorg blant sykehjemsbeboere med demens på sykehjem. Fant forbedringer i forhold til livskvalitet, agitasjon og neuropsykiatriske symptomer.	Belyser at personsentrert omsorg har en positiv effekt på livskvalitet, agitasjon og neuropsykiatriske symptomer	Dementia AND nursing home AND antipsychotic AND person centred care /8

Jeg gjorde også et søk i PubMed, og jeg tok igjen utgangspunkt i min problemstilling. Jeg brukte de samme søkeordene som i første søk, i tillegg til *aged, dementia care resident* og *long term care*.

Utvalgt artikkel	Metode	Funn	Hvorfor inkludert	Søkeord/resultat
Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Førland, O., Folkestad, B. Kirkevold, Ø., Skår, R.,... Øye, C.. <i>A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centred dementia care in nursing homes.</i> BMC Nursing, 2018.	«Mixed method» - dvs. både kvalitativ og kvantitativ metode	Presenterer funn av viktige faktorer i forhold til personsentrert omsorg og bruk av tvang på sykehjem	Belyser at god ledelse og godt miljø blant kollegaer på sykehjem er viktige faktorer for å drive personsentrert omsorg	Dementia AND person centred care AND psychotropic drugs /135
Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... Luscombe, G. <i>Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial.</i> Lancet Neurol, 2009.	Kvantitativ (Randomisert, kontrollert studie)	Presenterer funn i forhold til at personsentrert omsorg og «dementia care mapping» reduserer agitasjon blant personer med demens på sykehjem	Understreker at personsentrert omsorg fører til nedgang i agitasjon og utfordrende atferd	Aged AND dementia care resident AND person centred care /36
Chenoweth, L., Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Cook, J. & Brodaty, H. <i>Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care.</i> BioMed Research International, 2018	Kvalitativ	Presenterer funn om at personsentrert omsorg hjelper pleiere å håndtere utfordrende atferd blant personer med demens	Belyser at psykososiale tiltak samt å identifisere bakgrunnen for utfordrende atferd blant personer med demens er gode metoder for å forebygge agitasjon	Dementia AND person centred care AND psychotropic drugs OR antipsychotic AND nursing home AND long term care /27

Jeg har videre gjort enda et søk i Cinahl, hvor jeg brukte søkeordene *dementia, alzheimers, psychotropic drugs, agitation, challenging behaviour, nursing home, residential care, long term care* og *meta synthesis*. I dette søket fant jeg to artikler:

Utvalgt artikkel	Metode	Funn	Hvorfor inkludert	Søkeord/resultat
Bird, M., Llewellyn-Jones, R. H. & Korten, A. <i>An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behavior associated with dementia</i> . Aging & Mental Health, 2009	Kvantitativ	En individuell tilnærming til personer med demens på sykehjem fører til nedgang i bruk av antipsykotika og utfordrende atferd, samt reduksjon av stress blant pleiepersonell.	Belyser at en individuell tilnærming til personer med demens på sykehjem fører til en nedgang i bruk av antipsykotika	Challenging behavior AND dementia AND psychotropic drugs AND nursing home OR residential care /4
Førsund, L. H., Grov, E. K., Helvik, A., Juvet, L. K., Skovdahl, K. & Eriksen, S. <i>The experience of lived space in persons with dementia: a systematic meta-synthesis</i> . BMC Geriatrics, 2018	Systematisk metasyntese av kvalitative studier	Beskriver at å bo hjemme versus å bo på sykehjem utgjør forskjellige settinger som fører til forskjellige utfordringer for personer med demens når det kommer til tilhørighet, autonomi, trygghet og mening	Belyser at mange personer med demens ser sykehjemmet som en sosial arena og har glede av forskjellige aktiviteter, mens andre ønsker mer privatliv	Long term care AND meta synthesis AND dementia /3

Jeg har også gjort søk i Svemed+ med både norske og engelske søkeord men valgte ikke å inkludere artiklene jeg da fant, fordi jeg ikke synes disse hadde like god relevans.

Jeg har også benyttet meg av en metasyntese av kvalitative studier funnet ved hjelp av snøballmetoden; *The Experience of Relations in Persons with Dementia: A systematic Meta Synthesis* (Eriksen et al., 2016). Denne artikkelen beskriver personer med demens sin opplevelse av forhold til andre mennesker hos personer med demens, og er inkludert fordi den belyser at mange personer med demens trives sammen med andre i samme situasjon.

2.3 Valg av fagbøker

Når det kommer til valg av faglitteratur har jeg valgt å bruke flere fagbøker innenfor feltene demens, personsentrert omsorg og legemidler. Oria ble brukt for å søke etter relevant faglitteratur. Jeg har valgt å bruke bøker som er av nyere dato, og de fleste av bøkene er ikke eldre enn ti år. Likevel har jeg brukt noen bøker som er eldre (Martinsen, K., 2003, Kitwood, T., 1997) fordi disse er skrevet av anerkjente teoretikere som beskriver teorier som er viktige

å belyse i denne oppgaven, og jeg ønsket å gå tilbake til primærkilden i stedet for å benytte sekundærlitteratur.

Jeg har videre brukt *Demensboka* (Tretteteig, 2016), gitt ut av Forlaget Aldring og helse, som er en nasjonal kompetansetjeneste innenfor dette området og bidrar til kvalitet til helsetilbudet til eldre i hele Norge (Aldring og helse, 2018). Boka inneholder fremtidsrettet kunnskap, blant annet fra satsningsområder i Demensplan 2020 (Tretteteig, 2016, s. 3). *Geriatrisk sykepleie* (Brodtkorb, Kirkevold & Ranhoff, 2015) har redaktører med lang utdanning innenfor sykepleie, medisin og geriatri, og er på pensum innenfor sykepleieutdanningen. (Brodtkorb, Kirkevold & Ranhoff, 2015, s. 7). Når det kommer til legemidler er boken *Legemidler og bruken av dem* (Nordeng & Spigset, 2016) benyttet. Denne er skrevet av 18 fagfolk, som er eksperter innenfor sitt område. Også denne boka er oppdatert fra den første utgaven kom i 2007, fordi nye legemidler er kommet på markedet, og kunnskapen er økt siden første utgave (Nordeng & Spigset, 2016, s. 7). For å belyse personsentrert omsorg er blant annet boken *Personsentrert demensomsorg: veien til bedre tjenester* (Brooker, 2013) benyttet. Brooker er en anerkjent forfatter innen feltet og boka er basert på relevant forskning. De resterende bøkene er valgt ut etter samme prinsipper.

2.4 Kildekritikk

Jeg har hatt et fokus på å tenke kritisk i valg av mine kilder. Kildekritikk handler både om å vurdere og å karakterisere den informasjonen som er funnet (Dalland, 2017, s. 158). Jeg har som tidligere nevnt benyttet bøker som kilder i min oppgave. Pensum og fagstoff er ofte bearbeidet og fremstilt av andre enn opprinnelig forfatter, det er altså sekundærlitteratur. Det kan for eksempel være snakk om oversettelser fra andre språk, så den opprinnelige essensen i teksten kan ha blitt endret (Dalland, 2017, s. 158). Forskningsartiklene jeg har valgt er på engelsk. Dette fører også til en viss risiko for at meningen i teksten kan ha blitt endret når jeg har oversatt til norsk.

Når jeg har valgt ut forskningsartiklene har jeg forsøkt å ha fokus på relevans, det vil si om de kan belyse min problemstilling og hvordan jeg kan bruke disse (Dalland, 2017, s. 159). Jeg har sett på artiklenes oppbygging, om de følger IMRAD – prinsippet, har en klar formulert problemstilling og har resultater som er relevante for min oppgave (Nortvedt, Jamtvedt, Gravenholt, Nordheim & Reinart, 2012, s. 69). Jeg har også fokusert på å finne flere

forskningsartikler, noen som dreier seg om samme tema, for å forsikre meg om temaets reliabilitet.

Flere av forskningsartiklene jeg har benyttet meg av er gjennomført utenfor Norge. Disse landene har andre helsesystem og kulturer enn oss, og av denne grunn er det ikke sikkert deres forskningsresultater kan overføres eller er av betydning for Norge. På den annen side er studiene utført i vestlige land (Europa og Australia), land vi gjerne sammenligner oss med.

Det er gjort mye forskning på demens, og jeg valgte derfor å inkludere to metasynteser for å få en sammenfatning av flere studier. Det at det er såpass mye forskning innenfor temaet demens har gjort det krevende å få en god oversikt, og jeg kan ha oversett relevante studier. I kun en av forskningsartiklene (Bird et al., 2009) kommer det frem at personsentrert omsorg fører direkte til en nedgang i bruk av psykofarmaka. I flere av forskningsartiklene kommer det likevel frem at personsentrert omsorg fører til en nedgang i agitasjon. Det er derfor grunn til å tro at nedgang i agitasjon vil føre til redusert bruk av psykofarmaka siden dette er tiltaket som ofte brukes ved slike symptomer.

NSD (norsk register for forskningsdata) er et personvernombud som veileder i personvernspørsmål (Dalland, 2017, s. 236). NSD har på sine nettsider en oversikt over seriøse tidsskrifter og publiseringskanaler. Jeg har sikret meg at alle tidsskriftene hvor de inkluderte forskningsartiklene er publisert finnes i NSDs oversikt.

3 Teori

3.1 Demens

Demens kan beskrives som en fellesbetegnelse på en kronisk og progressiv tilstand som kan skyldes forskjellige sykdommer eller skader i hjernen. I følge ICD-10 (International Classification of Diseases) fører demens til svekkelse i en rekke kognitive funksjoner, som hukommelse, forståelse, evne til å tenke, dømmekraft og læringskapasitet. Med dette følger gjerne svekkelse av følelsesmessig kontroll, motivasjon og sosial atferd (ICD-10, 2019). Redusert hukommelse er alltid tilstede ved demens, noe som medfører svikt i dagliglivets aktiviteter (Engedal & Haugen, 2016, s. 13). Det finnes store forskjeller på hvordan demens arter seg hos hver enkelt person (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 412). De forskjellige årsakene og sykdommene som ligger bak fører til ulike symptomer og rekkefølge på hvilke symptomer som kommer først (Engedal & Haugen, 2016, s. 14). Forekomsten av demens øker med stigende alder. Blant personer som er 90 år og eldre er det ca. 40 % som har demens. Også yngre mennesker under 65 år kan utvikle demens, og man antar at det finnes ca. 2000 – 3000 yngre personer med demens i Norge (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 412).

3.1.1 Ulike typer demens

Det finnes flere forskjellige former for demens. Vanligvis deles disse inn i tre hovedtyper; degenerative hjernesykdommer, cerebrovaskulær sykdom og sekundære demenssykdommer (Berentsen & Engedal, 2016, s. 41). Degenerative hjernesykdommer er en fellesbetegnelse for sykdom som fører til at store mengder hjerneceller dør unormalt raskt. Innenfor denne gruppen finner vi blant annet Alzheimers sykdom, frontotemporal demens og lewylegemedemens. Alzheimer er den vanligste formen for demens, og sykdommen utvikler seg som oftest sakte, spesielt i starten (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 412 - 413).

Vaskulær demens er vanligvis forårsaket av hjerneinfarkt og sykdom i arterioler i hjernevevet. Sekundære demenssykdommer er en samlebetegnelse for demenssykdommer som kommer som følge av andre sykdommer og skader, for eksempel alkoholdemens eller demens forårsaket av svulst i hjernen (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 414).

Demens er en degenerativ tilstand som forverres over tid. Tilstanden inndeles i mild, moderat og alvorlig grad etter hvor langt den har utviklet seg. Symptomene ved mild demens kan variere mye alt ettersom hvilken type demens man har. Når sykdommen er langtkommen har man en alvorlig grad av demens, som er preget av handlingssvikt og hjelpeløshet. De fleste er da avhengige av pleie, og bor derfor i institusjon (Engedal & Haugen, 2016, s. 17 – 18)

3.1.2 Kognitive symptomer ved demens

Som tidligere nevnt er nedsatt hukommelse et svært typisk symptom ved demens. Redusert hukommelse fører til at det blir vanskelig å lære nye ting, samt å gjenkjenne personer eller hendelser (Engedal & Haugen, 2016, s. 20). Det er også vanlig at orienteringsevnen svekkes, det blir for eksempel vanskelig å huske hvilken dag det er, eller vite hvor man befinner seg geografisk. Det er også typisk at personen med demens ikke er orientert om sin situasjon som alder eller bosted. Etter hvert som demenstilstanden utvikler seg, får mange vansker med å gjenkjenne venner og familiemedlemmer, noe som naturligvis ofte er svært vanskelig for de pårørende (Engedal & Haugen, 2016, s. 22).

Afasi er også vanlig, mange har ordletingsvansker, man snakker gjerne på en langsam og usikker måte og har vansker med å forstå det andre sier (Engedal & Haugen, 2016, s. 23). Det er også vanlig å ha en svekket evne til å forstå meningen med sanseintrykk som å kjenne igjen forskjellige objekter, det vil si agnosi. Mange opplever også apraksi, det vil si handlingssvikt som gir en redusert evne til å gjennomføre praktiske handlinger, for eksempel at man ikke klarer å pusse tennene på oppfordring (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 417). Evnen til oppmerksomhet reduseres, det kan være vanskelig å holde oppmerksomheten fokusert på en ting uten å la seg distrahere. Noen utvikler også neglekt, det vil si redusert oppmerksomhet for stimulering på den ene siden av kroppen (Engedal & Haugen, 2016, s. 19).

3.1.3 Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens

Forskjellige atferdsmessige og psykologiske symptomer er vanlig ved demens. Denne typen symptomer kalles forkortet ofte APSD (Engedal og Haugen, 2016, s. 29).

Angst er et vanlig symptom hos personer med demens. Vansker med å huske og redusert forståelse for egen situasjon kan ofte gi opphav til angst. Hvis man er alene på rommet sitt for eksempel, er det lett å føle redsel hvis man ikke forstår hvor man er, eller føle seg ensom hvis man ikke husker at noen var innom fem minutter tidligere (Engedal & Haugen, 2016, s. 29). Depresjon ses også hos noen personer med demens, og når man har vansker med å uttrykke hvordan man har det kan det komme til uttrykk som sinne, roping eller uro (Engedal & Haugen, 2016, s. 30). Om lag 20 % av personer med demens har en depresjon (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 418). Andre former for agitasjon som vandring og plukking er også gjerne bunnet i bakenforliggende ubehag eller misnøye. Kanskje føler personen med demens at noen har trådd innenfor hans eller hennes intimsone, og den utagerende atferden skyldes ubehag knyttet til dette (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 418).

Noen personer med demens får hallusinasjoner og vrangforestillinger, dette er vanligst ved moderat til alvorlig grad. Dette kan komme av at pasienten har orienteringsvansker eller redusert evne til forståelse. Mener personen med demens at moren fortsatt lever til tross for at hun er gått bort, kan dette forstås som et savn, eller et tegn på sviktende hukommelse (Engedal & Haugen, 2016, s. 30).

Apati er også et vanlig symptom, det vil si passivitet. Personer med demens har ofte redusert evne til å ta initiativ eller opprettholde aktivitet (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 418). Når man har ulike former for svekket mental kapasitet vil mange endre væremåte i kontakt med andre, det skjer en personlighetsendring (Engedal & Haugen, 2016, s. 31).

3.2 Psykofarmaka

Psykofarmaka er en samlebetegnelse på medisiner som brukes for å behandle psykiske lidelser. Det finnes flere forskjellige typer psykofarmaka, basert på hvilken lidelse som behandles (Spigset, 2016). Jeg går her gjennom noen av de vanligste.

Antidepressiva brukes mot depresjon, men også ved angsttilstander. Det finnes flere typer antidepressiva, den vanligste typen er kalt selektive serotoninreopptakshemmere. Disse legemidlene fører til at det blir mer serotonin tilgjengelig i synapsen i nevronene i hjernen, noe som endrer nervecellenes signalveier. Det tar vanligvis 3 – 4 uker før de virker (Spigset,

2016, s. 219). Det finnes flere andre typer antidepressiva, blant annet serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere og trisykliske antidepressiva (Spigset, 2016, s. 220 – 221).

Antipsykotika er legemidler som brukes i behandlingen av psykoser. Førstegenerasjons lavdoseantipsykotika blokkerer dopamin-D2 reseptorer i hjernen, og når dopaminaktiviteten i hjernen reduseres, fører dette til en bedring av psykotiske symptomer. Annengenerasjons antipsykotika blokkerer i tillegg til D2 reseptorer en type serotoninreseptor. For å redusere risiko for slike bivirkninger er det viktig å gi medisinene i så lave doser som mulig (Spigset, 2016, s. 224 – 225).

Benzodiazepiner er en gruppe legemidler som brukes ved angst og søvnforstyrrelser. De som brukes for angst har en innsettende effekt som går saktere enn de som brukes ved søvnproblemer. Det er viktig å være klar over at man kan utvikle toleranse ved bruk av benzodiazepiner. De brukes ofte til behandling av mer akutte situasjoner (Spigset, 2016, s. 226 – 227). Benzodiazepinlignende hypnotika er legemidler mot søvnevansker som er kjemisk forskjellige fra benzodiazepiner, men som mer eller mindre virker på samme måte og gir de samme bivirkningene (Spigset, 2016, s. 229).

3.2.1 Psykofarmaka og personer med demens

Aldersforandringer har innvirkning på hvordan kroppen responderer på legemidler, noe som kan føre til at de vil gi en mindre forutsigbar eller annerledes effekt enn hos yngre (Engh & Ranhoff, 2015, s. 186). Eldre mennesker er spesielt utsatt for kolinerge bivirkninger, som obstipasjon og munntørrhet, bivirkninger man blant annet kan få av antipsykotika. I tillegg kan man bli forvirret og få nedsatt kognitiv funksjon, noe man er spesielt utsatt for hvis man har demens. Disse legemidlene bør av denne grunn helst unngås av personer med demens. Hjernen blir mer følsom for angstdempende midler og sovemidler, slik at risikoen for bivirkninger øker, noe som fører til tretthet og sedasjon (Spigset, 2016, s. 336). Flere typer antipsykotika er forbundet med alvorlige bivirkninger, som akutte dystonier, akitas, parkinsonisme og tardive dyskinesier (Spigset, 2016, s. 222). Mange typer psykofarmaka fører også til svimmelhet, noe som igjen kan føre til ustøhet og fall (Spigset, 2016, s. 337). Flere typer kan utløse delirium, og personen med demens kan i visse tilfeller bli mer urolig (Engedal & Haugen, 2009, s. 281). Personer med demens har altså stor sårbarhet for bruk av

psykofarmaka, og de kan representere en fare. Tas psykofarmaka i bruk må indikasjonene følges opp med tanke på bivirkninger, og dosen må være så lav som mulig (Engedal & Haugen, 2009, s. 283).

3.2.2 Bruk av psykofarmaka på sykehjem

I en studie gjort på norske sykehjem kommer det frem at bruken av psykofarmaka blant beboerne er høy. Det ble rekruttert sykehjemsbeboere fra 26 sykehjem i 18 forskjellige kommuner (Helvik et al., 2017, s. 2). Det viste seg blant annet at å bo på sykehjem over lengre tid var assosiert med lang bruk av antipsykotika. Grunnen til dette er ikke undersøkt, men det kan muligens være fordi nye personer som flytter inn på sykehjem får mer oppmerksomhet av pleierne, eller responderer bedre på pleien de får (Helvik et al., 2017, s. 6 - 8). Det viste seg også at antidepressiva var den mest brukte formen for psykofarmaka på sykehjem både for de med demens og personer uten demens, til tross for at effekten av antidepressiva for personer med demens er uviss. Mellom 19 % og 26 % av beboerne med demens fikk beroligende medisin (Helvik et al., 2017, s. 8). Studien kan indikere at den høye bruken av psykofarmaka ikke er på linje med dagens anbefalinger for bruk av disse medikamentene (Helvik et al., 2017, s. 10). I en studie gjort på sykehjem i Nederland kommer det også frem at bruken av antipsykotika ikke følger retningslinjene som er anbefalt i Nederland. Det viste seg at bruken av antipsykotika var ulik på ulike sykehjem, noe som videre kan indikere at forskjellige kulturer innenfor sykehjemmene bidrar til resepter på antipsykotika (Putten, Wetzels, Bor, Zuidema & Koopmans, 2014, s. 831).

3.3 Personsentrert omsorg

Personsentrert omsorg er en omsorgsfilosofi utviklet av den engelske sosialpsykologen Tom Kitwood. I følge Kitwood manglet det god kunnskap og teori om hvordan vi kan gi god omsorg til personer med demens. Denne personsentrerte omsorgsteorien ble utviklet basert på Kitwoods erfaringer, observasjoner og hans kunnskap om sosialpsykologi (Kitwood, 1997, s. 3 - 4). Psykologen Dawn Brooker utarbeidet teorien videre (Røsvik & Tretteteig, 2016, s.

227). I Nasjonal faglig retningslinje om demens står det at behandling, omsorg og pleie til personer med demens skal bygge på personsentrert omsorg (Helsedirektoratet, 2017).

3.3.1 VIPS – grunnlaget for personsentrert omsorg

I følge psykolog og professor Dawn Brooker omfatter personsentrert omsorg fire hovedelementer, som forkortet kalles for VIPS. V står for verdigrunnlag, det vil si et verdigrunnlag som anerkjenner menneskets verdi, uansett menneskets alder eller kognitive funksjon. I står for en individuell tilnærming, det vil si at man skal legge vekt på hva som er unikt for hvert enkelt menneske. Alle mennesker med demens har sin personlighet og egne evner og ressurser, samt en unik livsbakgrunn. P handler om perspektivet til personen med demens, hvordan han eller hun opplever sin verden. Til slutt har vi S som står for et støttende sosialt miljø som kan møte personens psykologiske behov. Atferd og følelser bunngrunnet i mellommenneskelige relasjoner, og personer med demens har behov for et godt sosialt miljø (Brooker, 2013, s. 9). Brooker skriver at disse fire elementene kan eksistere uavhengig av hverandre, men at de sammen skaper definisjonen på hva god personsentrert omsorg er (Brooker, 2013, s. 10). Personsentrert omsorg som begrep er ikke entydig og kan brukes på forskjellige måter, men det er en enighet om at VIPS-rammeverket omfatter de viktigste prinsippene (Kirkevold, 2015, s. 108).

3.3.2 Personsentrert omsorg i møte med personen med demens

Effekten av personsentrert omsorg er dokumentert i forskning. I en studie utført i Sydney i Australia ble effekten av personsentrert omsorg blant personer med demens på sykehjem undersøkt. Det ble valgt ut 15 sykehjem som ikke baserte sin demensomsorg på personsentrert omsorg. 324 sykehjemsbeboere ble utvalgt etter visse kriterier for å delta i prosjektet (Chenoweth et al., 2009, s. 318). En gruppe av de ansatte fikk god opplæring og hjelp til å benytte seg av personsentrert omsorg i deres arbeid på sykehjemmene (Chenoweth et al., 2009, s. 319). Det viste seg at etter personsentrert omsorg var implementert i omsorgen til beboerne med demens, ble det en klar nedgang i agitasjon sammenlignet med tidligere. Resultatene bekreftet også at å møte utfordrende adferd med en individuell tilnærming virker

å ha en god effekt, da helsearbeiderne kunne identifisere bakgrunnen for atferden (Chenoweth et al., 2009, s. 323 - 324). En annen studie utført i England utforsker blant annet påvirkningen personsentrert omsorg har på livskvalitet hos personer med demens på sykehjem. Etter at helsepersonell hadde fått opplæring i personsentrert omsorg viste det seg at livskvaliteten økte betydningsverdig etter ni måneder hos personene med demens (Ballard et al., 2018, s. 9). Det var også her forbedringer når det kom til agitasjon (Ballard et al., 2018, s. 10).

3.3.3 Viktigheten av en individuell forståelse

Å se personen med demens som et unikt individ innebærer å sette han eller henne i sentrum, og å se demensdiagnosen som kun en del av personen, i stedet for å la dette definere identiteten til personen (Brooker, 2013, s. 35).

I en studie utført av Bird et al. ble viktigheten av en individuell tilnærming ved utfordrende atferd blant personer med demens undersøkt. Både sykehjemsbeboere og hjemmeboende personer med demens var inkludert i studien, alle assosiert med forskjellige former for utfordrende atferd (2009, s. 74). Det ble tatt i bruk forskjellige individuelle metoder for å komme disse pasientene i møte, som å sette seg inn i tidligere livshendelser, samt fysisk og psykisk helse til den enkelte personen, observere kroppsspråk med mer (Bird et al., 2009, s. 76). Det generelle resultatet var en stor grad av forbedring når det kom til utfordrende atferd. I denne studien samarbeidet helsepersonell med pårørende både i evalueringen av arbeidet, og i utviklingen av den individuelle tilnærmingen til personene med demens, fordi en individuell tilnærming krever at man kjenner han eller hun godt. Man så også en reduksjon av stress når det kom til helsepersonell (Bird et al., 2009, s. 79). Denne studien førte til en klar nedgang i bruk av antipsykotika blant personene med demens på sykehjem. To tredjedeler av sykehjemsbeboerne brukte antipsykotika da prosjektet startet, noe som gikk ned til 51 % etter to måneder (Bird et al., 2009, s. 76).

En individuell plan er en måte å gjøre en individuell tilnærming på. Formålet med en slik plan er å få en mer helhetlig tenkning også frem i tid. En slik individuell plan kan bidra til at helsetjenestene og sykepleien til vedkommende har kontinuitet og er godt koordinert (Kirkevold, 2015, s.110). I Yrkesetiske Retningslinjer for sykepleiere kommer det frem at sykepleier skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (2016, § 2.3).

3.3.4 Å møte de psykologiske behov

Kitwood var opptatt av hva personer med demens har behov for fra menneskene rundt seg for å kunne leve et godt liv. Han satte kjærlighet som det sentrale behovet, og i tilknytning til dette la han vekt på trøst, identitet, tilknytning, inkludering og bekreftelse (Kitwood, 1997, s. 82).

Behovet for trøst kan ofte være tilstede hvis personen med demens er i en situasjon hvor de føler seg usikre eller mister oversikten (Rokstad, 2014, s. 50). Pasienter med demens på sykehjem er av denne grunn gjerne avhengige av at de som jobber der er tilstede og er oppmerksomme på begynnende uro eller engstelse. Uro kan utvikle seg hvis personalet ikke fanger opp dette tidnok, så det er derfor viktig å ha rutiner på at personalet skal være tilstede så mye som mulig (Rokstad, 2014, s. 51).

I en studie fra 2018 ble sykehjemsbeboere på sykehjem i Sydney som tok antipsykotika rekruttert, samt sykepleiere som fikk opplæring i personsentrert omsorg. Sykepleierne fikk trening i å utføre individuelle planer, og det ble blant annet lagt vekt på gruppeaktiviteter som kunne hjelpe beboerne til å uttrykke følelser, å møte personen med demens med følelser, samt fokus på planlegging og å skape relasjoner (Chenoweth, 2018, s. 3). Det ble også lagt vekt på å finne bakgrunnen for at en person hadde utagerende atferd, som obstipasjon, angst eller smerte (Chenoweth, 2018, s. 5). Det kom frem at det å kunne identifisere hva som kunne trigge en person med demens til utfordrende atferd ga gode resultat, dermed kunne man forebygge agitasjon. Å skape en god relasjon basert på kunnskap om tidligere liv og interesser hadde også gode resultat, samt å hjelpe personen til god smertelindring. Å sette av litt tid til personene å snakke hvis de var utagerende eller aggressive, førte ofte til at de ble roligere, og understreker at mange personer med demens har utfordrende atferd nettopp fordi deres psykososiale behov ikke blir møtt (Chenoweth et al., 2018, s. 6).

Forskning viser at det sosiale miljøet representerer stabilitet og hjelper personen med demens å unngå negative tanker om demenstilstandens progresjon (Eriksen et al., 2016, s. 362). Det kommer frem at mange personer med demens trives sammen med andre som er i samme situasjon, fordi det gir en opplevelse av å bli akseptert som man er og motvirker isolasjon (Eriksen et al., 2016, s. 363).

3.3.5 Kommunikasjon

Personsentrert omsorg krever evne til empati og kommunikasjon. I kommunikasjon med andre uttrykker man seg både verbalt og non-verbalt. Non-verbal kommunikasjon avslører ofte spontane reaksjoner, for eksempel i form av et smil eller en rynke i pannen (Eide & Eide, 2014, s. 198). Berøring kan ha flere funksjoner, det kan blant annet formidle sympati, omsorg og kontakt (Eide & Eide, 2014, s. 210). Dette er en måte å kommunisere på hvis språket og forståelsen svikter. Validering vil si å bekrefte følelsene til personen med demens gjennom kommunikasjon, både verbalt og non-verbalt. Slik kan man hjelpe personer med demens til å styrke selvfølelsen og redusere angst (Berentsen & Skovdahl, 2015, 429 - 430). Det er også viktig at følelsene blir tatt på alvor, slik at sykepleier viser at hun ser den andre. Dette kan gjøres ved å speile følelsene, man kan gi et anerkjennende «ja» for eksempel (Eide & Eide, 2014, s. 220 - 221). Det er viktig å lytte til og prøve å forstå følelsene som ligger i det personen sier eller gjør. Det kan hjelpe å stille åpne spørsmål for å hjelpe å konkretisere det personen med demens prøver å si (Eide & Eide, 2014, s. 392). Å realitetsorientere vil si å lede personen med demens tilbake til nåtid, dersom vedkommende er forvirret. Det er viktig at dette gjøres på en god måte, med innlevelse og respekt. Sykepleier bør ha en realitetsorienterende holdning, og informere personen med demens om hva som kommer til å skje og hva som skjer her og nå (Solheim, 2015, s. 207). Under kommunikasjon med personen med demens bør sykepleier ta seg god tid og bruke korte, enkle ord og setninger. Det kan være lurt å slå av TV og radio for å unngå distraherende faktorer (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2017).

3.3.6 Personsentrert omsorg gjennom miljøarbeid

Forskning viser at å engasjere personer med demens på sykehjem i meningsfulle aktiviteter fører både til en reduksjon av agitasjon, og også til at deres appetitt og søvn forbedrer seg (Chenoweth et al., 2018, s. 8). Musikk og sang er et eksempel på miljøarbeid som brukes mye på sykehjem. Bruk av musikk kan være med på å dempe uro, motvirke ensomhet og styrke god selvfølelse, og kan blant annet brukes i stellesituasjoner eller som gruppeaktivitet (Tretteteig, 2016, s. 327 – 331). Minnearbeid, eller reminisens, er også en meningsfull

aktivitet for mange. Det går ut på å bringe frem minner for å gi en følelse av identitet og sammenheng i livet. Man kan for eksempel se i fotoalbum eller høre på musikk vedkommende kjenner godt fra tidligere (Tretteteig, 2016, s. 333).

I en metasyntese fra 2018 kommer det frem at flere personer med demens på sykehjem ser sykehjemmet som en arena for å møte andre og utføre sosiale og meningsfulle aktiviteter. For andre, derimot, hadde miljøet på sykehjemmet den motsatte effekten, og personene med demens ønsket mer privatliv. Det kom også frem at noen synes det var kjedelig å bo på sykehjem, og at de lengtet etter eget hjem og aktiviteter de var godt vant til. Aktiviteter som å gå på tur, hjelpe til med å vaske, spille bingo eller sitte i fellesskap på stua var meningsfulle for noen, mens andre hadde ønsket seg helt andre aktiviteter (Førsund et al., 2018, s. 20 - 21). I metaanalysen kommer det også frem at utendørsaktiviteter er av stor betydning for mange personer med demens, det kan føre til en frihetsfølelse samt forebygge ensomhet (Førsund et al., 2018, s. 23).

3.3.7 Organisering og ledelse

Forskning viser at det å ha et godt samarbeid mellom kollegaene på sykehjemmet, samt å ha en god leder var viktig for å utføre god personsentrert omsorg. Sykehjemmets organisering spiller også en stor rolle (Chenoweth et al., 2018, s. 9). Også i en norsk studie kommer viktigheten av dette frem. Det blir blant annet undersøkt hvordan personsentrert omsorg kan implementeres på sykehjem, og det viser seg at god ledelse og godt miljø blant medarbeiderne er viktige faktorer når det kom til å drive personsentrert omsorg (Jacobsen et al., 2017, s. 7). Dette er blant annet viktig for å kunne gjøre medarbeidere mer klar over viktigheten av personsentrert omsorg. Det viste seg at synet på ledelsen varierte mye fra sykehjem til sykehjem, og at et positivt syn på lederen fører til en bedre forpliktelse i forhold til personsentrert omsorg blant resten av medarbeiderne (Jacobsen et al., 2017, s. 7-8).

Sykepleiere har en lederfunksjon i sitt arbeid, og i rammeplanen for sykepleierutdanning står det blant annet: «Studentene skal etter endt utdanning ha handlingsberedskap til å lede og administrere sykepleieutøvelsen overfor grupper av pasienter og medarbeidere» og «medvirke til et helsefremmende og inkluderende arbeidsmiljø» (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 7). Sykepleier har dermed en viktig rolle når det kommer til å drive personsentrert omsorg.

3.3.8 Ondartet sosialpsykologi

Ondartet sosialpsykologi er et begrep som omhandler et miljø hvor personverdet til personen med demens undergraves (Kitwood, 1997, s. 46). Dette skjer når personens rettigheter og behov undervurderes (Brooker, 2013, s. 13). Det er flere typer handlinger som kan føre til dette, blant annet tvang, stigmatisering, latterliggjøring, avbrytelse, ignorering, for høyt tempo, bruk av kallenavn og nedvurdering. Ignorering kan for eksempel være å fortsette holde en samtale om noen mens han eller hun er til stede. Latterliggjøring kan gå ut på å le av noen på deres bekostning (Brooker, 2013, s. 64 - 66). Kitwood legger vekt på at slike handlinger sjeldent er et resultat av ondskap i seg selv, det kan derimot bli en del av pleiekulturen (Kitwood, 1997, s. 46).

3.4 Omsorgsfilosofi

Kari Martinsen er en norsk sykepleieteoretiker født i 1943 som er inspirert av flere filosofer. Hun ser på relasjoner som sentralt i menneskelivet og legger stor vekt på omsorg (Kristoffersen, 2014, s. 247 - 248). Kari Martinsen beskriver omsorg slik: «Omsorg har med nestekjærlighet å gjøre, å handle mot andre som vi vil at andre skal handle mot oss. Det er å bryte egosentrisiteten, å gå ut over seg selv. Det er følelsen av å stå andre nær» (Martinsen, 2003, s. 14). Martinsen legger vekt på tre dimensjoner ved omsorgsbegrepet; det relasjonelle, det praktiske og det moralske (Martinsen, 2003b, s. 14 - 17).

Omsorgens relasjonelle side handler om at omsorg består av en relasjon mellom minst to personer, der en yter hjelpen den andre trenger. Da er det sentralt å ha en forståelse for den andres situasjon, og ut i fra egen erfaring kunne sette seg inn i pasientens situasjon (Kristoffersen, 2014, s. 254). Det relasjonelle begrepet tar utgangspunkt i et kollektivt menneskesyn hvor avhengighet inngår i alle menneskelige forhold på ulike måter, og at dette ikke er en motsetning til selvhjulpenhet (Martinsen, 2003b, s. 15).

Omsorg som et praktisk begrep legger vekt på at omsorgen blir utført i praksis og at omsorgsarbeid er et uttrykk for generalisert gjensidighet. Generalisert gjensidighet vil si at man gir omsorg tilbake uten å forvente noe igjen, omsorgsarbeidet bestemmes ut ifra

mottakerens situasjon. Praktisk omsorg krever innsikt i den andres livssituasjon, både når det kommer til muligheter og begrensninger (Martinsen, 2003b, s. 16).

Omsorgens moralske side handler om livsførsel, og bygger på å handle ut i fra et prinsipp om ansvaret for de som er svake (Martinsen, 2003b, s. 17). Martinsen skriver at moralen har to sider; spontanitet og norm. Den spontane moralen handler om kjærlighet, fordi kjærligheten viser seg som en spontan handling til det beste for den andre (Martinsen, 2003a, s. 73).

Normmoralen er derimot skapt av menneskene og samfunnet, og den må benyttes når den spontane moralen svikter. Normmoralen blir en erstatning for manglende kjærlighet og spontanitet, det blir en moralsk plikt (Martinsen, 2003a, s. 75). I følge Martinsen vil begge disse to sidene av moralen spille sammen i god sykepleie. En sykepleier må både være spontan, men også gjøre en faglig vurdering og være reflekterte. Sykepleiere møter ofte uoversiktlige og vanskelige situasjoner, og spontanitet kan hindres av selviskhet. I slike tilfeller bør normmoralen benyttes (Martinsen, 2003a, s. 85 - 86).

4 Drøfting

I denne delen av oppgaven vil jeg ved hjelp av teori og forskning forsøke å svare på min problemstilling; *Hvordan kan sykepleier redusere bruk av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg til personer med demens på sykehjem?*

Studier viser at det på mange sykehjem er et overforbruk av psykofarmaka blant personer med demens (Helvik et al., 2017; Putten et al., 2014). For å kunne gi et svar på hvordan sykepleier kan redusere denne bruken av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg er det relevant å fokusere på hvorfor det er et overforbruk av psykofarmaka på sykehjem. Gjennom egen erfaring fra å jobbe på sykehjem har jeg ofte følt på tidspresset man opplever på jobb. Flere personer skal få hjelp til stell innen et visst tidspunkt, noe som kan føre til stress og lite tid til hver enkelt. Da kan legemidler kanskje oppleves som eneste utvei fordi personalet har så mange behov de skal ta hånd om. Personsentrerte miljøtiltak kan virke mer omfattende der og da og sykepleier kan føle at tiden ikke strekker til. Psykofarmaka vil kanskje da virke som en kjapp og enkel løsning Kitwood belyser begrepet ondartet sosialpsykologi og at visse negative handlinger kan bli en del av vanene på et sykehjem. Han legger også vekt på at dette som regel ikke kommer av onde hensikter, men heller av en pleiekultur (Kitwood, 1997, s. 46).

VIPS er som kjent utviklet av psykolog og professor Dawn Brooker og definerer de fire hovedelementene i personsentrert omsorg (Brooker, 2013, s. 9). Jeg har videre valgt å strukturere drøftingsdelen etter VIPS-rammeverket.

4.1 Personsentrert omsorg som verdigrunnlag

Verdigrunnlag er som kjent det første punktet i VIPS-rammeverket. Det er organisasjonen og ledelsen som setter standarden for rammene på sykehjemmet, så dette er noe som bør begynne hos dem (Brooker, 2013).

Skal man redusere bruken av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg er det nødvendig med et godt samarbeid mellom kollegaer, og ikke minst at alle som jobber på avdelingen faktisk vet hva personsentrert omsorg er. Flere sentrale dokumenter som Demensplan 2020 (Helse – og omsorgsdepartementet, 2015) og Demensretningslinjen (Helsedirektoratet, 2017)

beskriver personsentrert omsorg som grunnleggende for å ivareta personer med demens på en god måte. Likevel er det ikke gitt at det er personsentrert omsorg som utføres på sykehjem i Norge. Det jobber mange ekstravakter og annet personell uten utdanning på sykehjem, og får ikke disse opplæring angående personsentrert omsorg er det vanskelig å forvente at de skal vite hva det er. Her har derfor sykepleier en viktig rolle som leder når det kommer til å dele kunnskap og å gi god opplæring. Uten erfaring er det, naturlig nok, ikke alltid greit å vite hvordan man kan hjelpe en sykehjemsbeboer med demens med utagerende atferd til å få det bedre, slik at psykofarmaka ikke vil virke så nødvendig.

Forskning viser at et positivt syn på lederen fører til en bedre forpliktelse til personsentrert omsorg blant de andre medarbeiderne på sykehjem (Jacobsen et al., 2017, s. 8). Sykepleieren har som kjent ofte en lederfunksjon overfor medarbeidere og pasienter (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 7). Som leder og kollega må sykepleier derfor være med på å legge til rette for et godt arbeidsmiljø og bidra til at kollegaene føler seg verdsatt. Føler man seg ikke verdsatt og hørt av organisasjonen man jobber for, er det krevende å klare å gi god omsorg til personer med demens i det lange løp (Brooker, 2013, s. 33). I studien til Putten med flere kommer det frem at bruken av antipsykotika var ulik på ulike sykehjem. Dette indikerer at visse kulturer på sykehjem kan bidra til at det blir gitt antipsykotika til beboerne (Putten et al., 2014, s. 831). Arbeidsmiljø og holdninger er også et felles ansvar blant alle de ansatte. Har man et godt arbeidsmiljø hvor det er rom for å spørre om hjelp, diskutere krevende situasjoner og ha et felles personsentrert verdigrunnlag, samarbeider man sannsynligvis også bedre. Slik er det lettere for sykepleier og medarbeidere å utføre personsentrert omsorg på jobb, og møte utfordringer som agitasjon på en god måte. Dette kan bidra til en kultur hvor de ansatte trer inn i krevende situasjoner med en personsentrert holdning, og forsøker å finne andre løsninger før man tar i bruk psykofarmaka.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er basert på alle menneskers iboende verdighet. Her kommer det blant annet frem at sykepleier skal ivareta den enkeltes behov for helhetlig omsorg (Yrkesetiske retningslinjer, 2016, § 2.3). Dette er essensielt for å kunne ivareta verdigheten til hver enkelt person med demens, både somatiske og sosiale behov må settes i fokus.

4.2 Individuell omsorg

I-en i VIPS – rammeverket står for en individuell tilnærming og handler om å møte personer med demens som enkeltindivider (Brooker, 2013). Studien til Bird et al. bekrefter viktigheten av dette og kommer med flere fordeler som resultat av individuell omsorg. Blant annet ser man en nedgang i bruk av psykofarmaka (2009, s. 76). Kari Martinsen understreker at god omsorg i praksis krever at man har innsikt i den andres livssituasjon, både når det gjelder deres muligheter og begrensninger (Martinsen, 2003b, s. 16).

Det er flere måter å drive individuell omsorg på, men det vesentlige må være å bli kjent med personen med demens. Dette kan gjøres på flere måter, blant annet gjennom reminisens, som bidrar til å skape en følelse av sammenheng og mening (Tretteteig, 2016, s. 333) samtidig som det kan være en aktiv måte å bli kjent på. Man kan for eksempel se i fotoalbum sammen. Å kjenne til livshistorien til personen med demens gir mye informasjon om hvem vedkommende er og deres interesser. Å lage en individuell plan kan både være med på å koordinere helsetjenestene til personen med demens og føre til en kontinuitet (Kirkevold, 2015, s.110), samtidig som det kan hjelpe helsepersonellet å bli kjent med vedkommende. Det er da viktig at personen med demens og eventuell familie får bidra så hans eller hennes synspunkter blir satt i sentrum. Et annet eksempel på hvordan å bli kjent med personen med demens er gjennom inkomstsamtalen «Min livshistorie» som brukes i mange kommuner ved innleggelse på sykehjem. Gjennom dette skjemaet får sykepleier informasjon om tidligere liv og interesser til personen med demens (Aldring & helse, 2012).

Forskjellige aktiviteter kan altså være en måte å gi en individuelt tilpasset personsentrert omsorg på, men dette forutsetter at man vet hvilke aktiviteter personen med demens liker. Metaanalysen av Før Sund med flere understreker dette; noen ser aktivitetene på sykehjemmet som meningsfulle, mens andre derimot savnet andre typer aktiviteter (Før Sund et al., 2018). Kjenner man personen og vet at hun eller han er glad i å spille yatzy eller å gå tur, for eksempel, kan dette føre til mening og glede. På den andre siden, derimot, kan et press på å ta del i aktiviteter som ikke oppleves meningsfulle virke mot sin hensikt. Misforstås en person på denne måten kan man lett føle seg utenfor eller alene. Personer med demens er forskjellige, og selv om de har en demensdiagnose til felles betyr ikke dette at de har de samme interessene. Dermed er det viktig at det finnes et variert aktivitetstilbud for beboerne på sykehjemmet.

Dersom personen med demens har mistet språket eller har andre vanskeligheter med å kommunisere, kan en individuell tilnærming også nås ved hjelp av pårørende. Kanskje

forteller familien at personen med demens har vært glad i en viss type musikk. Dette kan da være en måte å nå inn til vedkommende, musikk kan bringe frem minner, styrke selvfølelsen og dempe uro (Tretteteig, 2016, s. 327). Et annet eksempel på kommunikasjon med denne gruppen er besøkshund, som kan være med på å skape engasjement og også dempe symptomer på depresjon (Jenssen, 2016). Dette kan altså være en måte å redusere bruken av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg. Når personen med demens føler seg sett, opplever trygghet og har det godt med seg selv vil dette motvirke psykologiske og atferdsmessige symptomer som angst, agitasjon og depresjon.

4.3 Perspektivet til personen med demens

P-en i VIPS-rammeverket står for perspektiv, altså hvordan personen med demens opplever verden (Brooker, 2013, s. 9). For å kunne forstå perspektivet til personer med demens er god kommunikasjon essensielt. Å spørre personen direkte om hva han eller hun mener, tenker eller ønsker er en god start (Brooker, 2013, s. 55). Egen erfaring fra å jobbe på sykehjem tilsier allikevel at dette ikke alltid blir gjort, og at beslutninger ofte tas på vegne av personen med demens, kanskje fordi man tenker at en person med demens ikke kan gi et ordentlig svar. Mange personer med demens har jo også kognitive og psykologiske symptomer som vil gjøre det mer krevende å svare på spørsmål (Engedal & Haugen, 2016, s. 19 - 29). På den andre siden betyr ikke dette at å spørre ikke er betydningsfullt. Å spørre personen med demens om deres mening er med på å vise at personen blir sett og deres perspektiv tatt på alvor. En følelse av å bli sett og hørt vil bidra til en opplevelse av mening og tilhørighet. De to metasyntesene som er inkludert i denne oppgaven er basert på intervjuer av personer med demens, og viser dermed at det er fullt mulig å spørre og å få svar fra personer med demens (Eriksen, 2016; Førsund, 2018). Som kjent kan sykepleier også kommunisere på forskjellige måter, ikke bare verbalt, men også non-verbalt, gjennom for eksempel berøring og bekræftende kommunikasjon (Eide & Eide, 2014, s. 220). Det kan kanskje gjøre det lettere å stille mer åpne spørsmål for å hjelpe å konkretisere det personen med demens ønsker å si (Eide & Eide, 2014, s. 392). Det er fullt mulig å bli kjent med og å se perspektivet til personen med demens uten språk, det krever bare litt tid.

Chenoweth (2018, s. 6) fant at ved å finne ut av det som trigger en person med demens til utfordrende atferd, kan denne atferden forebygges. Hvis de ansatte prøver å forstå hvordan en

situasjon kan oppleves for personen med demens, og kjenner vedkommende så de vet hva som fører til uro, kan denne situasjonen altså lettere unngås. Det er viktig å observere og kartlegge, og at personalet i samarbeid forsøker å tolke atferden til personen med demens som er urolig. Kanskje obstipasjon, smerter eller tørste kan være årsaken, eller kanskje blir ikke de psykososiale behovene møtt. På den ene siden kan dette kanskje tenkes som en tidskrevende prosess å finne ut av, men på den andre siden vil det sannsynligvis ikke kreve så mye dersom man bare er litt oppmerksom og kommuniserer med vedkommende på en god måte.

Personellet bør av denne grunn tilstrebe å være tilstede så mye som mulig, for å fange opp tegn til urolighet før det utvikler seg (Rokstad, 2014, s. 51). Dette vil både hjelpe personen med demens til å ha det bedre med seg selv, samtidig som det kan forebygge bruk av psykofarmaka og personen med demens slipper da uheldige bivirkninger som sedasjon, ustøhet og fall (Spigset, 2016, s. 336 - 337).

Som kjent vil personer med demens ofte ha mange forskjellige symptomer (Engedal & Haugen, 2016, s. 19), og har man ikke kjennskap til disse kan de naturlig nok være lette å misforstå. Det er et viktig poeng at om man ikke forstår hva personen med demens prøver å gi uttrykk for, er det vanskelig å kunne hjelpe. Viktigheten av å forstå perspektivet til personen med demens kan understrekes med Martinsens omsorgsfilosofi, hvor hun som tidligere nevnt legger vekt på forståelse og viktigheten av å kunne sette seg inn i den andres situasjon (Martinsen, 2003b, s. 15). På den ene siden vil personen med demens selv få det bedre hvis sykepleier forstår han og ser situasjonen ut i fra hans perspektiv. En følelse av å bli forstått vil ofte føre til mindre agitasjon, fordi den bakenforliggende misnøyen kan møtes på en god måte, og dermed vil ikke psykofarmaka virke like nødvendig. God personsentrert omsorg gir altså også et forebyggingsperspektiv. På den andre siden kan sykepleier også oppleve mindre utfordrende situasjoner og skape en bedre relasjon. Å se perspektivet til personen med demens er til stor fordel for begge parter.

Et typisk symptom ved demens er nedsatt hukommelse og svekket evne til å kunne orientere seg (Engedal & Haugen, 2016, s. 20). Det er ikke så vanskelig å forestille seg at man kan bli sint og urolig hvis man ikke vet hvor man er eller kjenner igjen menneskene rundt seg, som følge av mangel på kontroll over eget liv og situasjon. Av denne grunn bør sykepleier legge opp til at kommunikasjonen er tydelig, med bruk av øyekontakt og korte, enkle setninger (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2017). Er personen med demens forvirret, kan han eller hun ha nytte av realitetsorientering. Det er viktig at dette blir gjort på en god måte, slik at personen med demens ikke føler seg dum eller utenfor (Solheim, 2015, s. 207). Å konstant bli

minnet på at man husker dårlig kan være vanskelig for mange, så sykepleier bør legge vekt på å vise respekt og innlevelse. Sykepleier bør også være oppmerksom på det fysiske miljøet rundt personen med demens og at dette oppleves bra for vedkommende, da mange personer med demens ikke selv evner å si ifra hvis det er noe som plager dem.

4.4 Sosialt miljø

I VIPS – rammeverket står S-en for et støttende sosialt miljø (Brooker, 2013). Dette er noe som er essensielt for alle mennesker, syk eller frisk, så det er ikke vanskelig å forstå at dette også er viktig for personen med demens. Det som skiller personer med demens fra personer som ikke er kognitivt svekket er at de ofte vil ha vansker med å legge til rette for dette på egen hånd. Har du for eksempel vansker med å uttrykke deg og finne riktige ord, er det kanskje ikke så lett å komme i kontakt med andre. Her har altså sykepleier en viktig jobb når det kommer til å inkludere personen med demens. Studien til Chenoweth med flere understreker at agitasjon og utagering hos personer med demens kan være et tegn på at psykososiale behov ikke blir møtt (Chenoweth et al., 2018, s. 6). Å skape et godt sosialt miljø og å møte psykososiale behov kan oppnås på flere måter.

Kitwood la vekt på viktigheten av begrepene trøst, identitet, tilknytning, inkludering og bekreftelse (Kitwood, 1997, s. 82). Dette er psykososiale behov som bør legges til rette for i et sosialt miljø. For å få til dette på et sykehjem er det som tidligere nevnt viktig at personalet er til stede (Rokstad, 2014, s. 51). Slik kan sykepleier bedre ha oversikt over situasjonen og være fleksibel til å handle dersom en av beboerne begynner å bli urolig, eller virker trist. På den ene siden vil sykepleier da bidra til det sosiale miljøet, på den andre siden vil de samtidig kunne observere og ha oversikt. Sykepleier har mange oppgaver og har ikke alltid mulighet til å være tilstede i miljøet, men da vil det igjen være viktig å ha et godt samarbeid med de andre ansatte.

Apati, eller passivitet er et utbredt symptom ved demens (Berentsen & Skovdahl, 2015, s. 418). Det blir da også mer krevende for en person med demens å kunne inkludere seg selv i det sosiale miljøet bant de andre beboerne og personalet på sykehjemmet. Å sitte i en stol hele dagen uten noe som føles meningsfullt kan fort føre til for eksempel motorisk eller verbal uro, noe som igjen kan være en underliggende årsak til bruk av psykofarmaka. Dette er noe som er

viktig for sykepleier å være bevisst, slik at personen med demens kan inkluderes. Å være en del av en gruppe og et sosialt fellesskap har alltid vært viktig for oss som mennesker. Er sykepleier oppmerksom på dette er det lettere å huske på å invitere personer som for eksempel sitter alene på rommet sitt til å komme ut i stuen. Sykepleier kan la personen med demens bidra i gjøremål som skjer på avdelingen, for eksempel å steke vafler, vanne blomster eller dekke bordet før middag. Dette kan også hjelpe personen med demens til å føle en tilknytning til menneskene rundt seg, og få en bekreftelse på at hun eller han er en del av miljøet på sykehjemmet. Forskning viser at å engasjere personer med demens på sykehjem i meningsfulle aktiviteter fører til en reduksjon av agitasjon (Chenoweth et al., 2018, s. 8).

Validering kan brukes for å bekrefte følelsene til personen med demens. Sykepleier bør vise at hun aksepterer og ser at personen med demens kan være trist eller sint, følelsene må tas på alvor. Slik kan man hjelpe personer med demens til å styrke selvfølelsen (Berentsen & Skovdahl, 2015). Validering kan være en god måte å møte en urolig person med demens, fordi sykepleier skaper en trygg situasjon og det er lettere å bytte fokus.

I metasyntesen til Eriksen med flere kommer det frem at personer med demens ofte trives med å være sammen med andre i samme situasjon, fordi dette reduserte en følelse av isolasjon og det fører til en følelse av å aksepteres for den man er (Eriksen et al., 2016, s. 363). Å legge til rette for et miljø hvor personen med demens lett kan sosialisere seg med andre er dermed viktig. Sykepleier kan for eksempel forsøke å sette personer som kommer godt overens eller har mye til felles ved siden av hverandre rundt spisebordet eller til å gjøre aktiviteter sammen. Å ha et godt sosialt miljø som inkluderer både personellet og de andre beboerne på sykehjemmet bidrar til bedre trivsel for personen med demens, samtidig som det kan avlede tankene fra triggere som kan føre til urolighet og agitasjon. Det kan også styrke følelsen av å oppleve en meningsfull hverdag og gi en følelse av trygghet.

På den andre siden er det igjen viktig å huske på at enhver person med demens er forskjellig. Alle har ikke like stort behov for å delta i det sosiale miljøet til enhver tid, noen ønsker mer privatliv og tid for seg selv enn andre (Førsund et al., 2018, s. 20 - 21). Egne erfaringer fra å jobbe på sykehjem tilsier at man til tider også kanskje kan være litt for ivrige på å være sosiale og at alle skal være med på å finne på ting sammen i fellesmiljøet. Dette kan bli en type kollektiv omsorg, som ikke retter seg mot hvert enkelt individ, slik som er poenget i personsentrert omsorg.

Som tidligere nevnt tilsier egne erfaringer fra å jobbe med personer med demens på sykehjem at det ofte er et tidspress. Stress og utbrenthet kan føre til at sykepleiers evne til å møte personen med demens med en god personsentrert holdning kan svekkes. Her kan Kari Martinsens normmoral være til hjelp. Denne må benyttes når den spontane moralen hindres (Kari Martinsen, 2003a, s. 75). Merker man at det er krevende å vise tålmodighet eller varme for eksempel, må man benytte normmoralen og tenke over hvordan personen med demens ønsker å bli behandlet. På den ene siden kan stress og dårlig tid føre til at det blir vanskelig å skape et godt sosialt miljø. På den andre siden er det viktig å huske på at mange av tiltakene ikke nødvendigvis trenger å ta mye tid. Berøring for eksempel, kan være å holde den andre i hånden mens dere snakker sammen. Dette fremmer trygghet og omsorg, og er heller ikke tidskrevende (Eide & Eide, 2014, s. 210). Forskning viser at å sette av litt tid til å snakke med personene hvis de er utagerende eller aggressive, ofte fører til at de blir roligere (Chenoweth et al., 2018, s. 6). Å ha en personsentrert holdning hvor man møter personen med demens med varme og respekt, vil kunne virke forebyggende på uro og utagering, og dermed redusere nødvendigheten av å bruke psykofarmaka.

5 Konklusjon

Sykepleier kan altså bidra til å redusere bruken av psykofarmaka på flere måter ved hjelp av personsentrert omsorg. En personsentrert holdning bør begynne hos ledelsen på sykehjemmet, og som leder og kollega må sykepleier være med på å legge til rette for et godt arbeidsmiljø og god opplæring. Å implementere en personsentrert holdning hos de ansatte vil bidra til at psykologiske symptomer som uro og angst kan møtes på en god måte.

En individuell tilnærming til personer med demens på sykehjem fører til en nedgang av psykofarmakabruk. Det vesentlige er da å bli kjent med personen. Dette kan for eksempel gjøres gjennom reminisens, musikk eller å lage en individuell plan. Det bør legges til rette for et variert aktivitetstilbud slik at individets interesser blir ivaretatt. En individuell tilnærming kan bidra til trygghet og føre til at personen med demens føler seg sett, noe som igjen kan forebygge symptomer som uro og agitasjon slik at psykofarmaka vil bli mindre nødvendig.

Å forstå perspektivet til personen med demens er også essensielt for å kunne redusere bruk av psykofarmaka gjennom personsentrert omsorg. Forsøker sykepleier å forstå hvordan personen med demens opplever sin verden, kan hun analysere utfordrende atferd for å identifisere årsakene som ligger bak. Dermed blir det lettere å forebygge utfordrende situasjoner og bruk av psykofarmaka.

Det er også viktig å legge til rette for et støttende sosialt miljø rundt personen med demens. Forskning viser at agitasjon og utagering hos personer med demens kan komme av at psykososiale behov ikke blir møtt. Det er viktig at sykepleier og annet personell er tilstede i miljøet og inkluderer personen med demens i sosiale aktiviteter om ønskelig, samt møter vedkommende med varme og respekt.

Brooker legger vekt på at VIPS – rammeverket skaper definisjonen på hva god personsentrert omsorg er. Å møte personen med demens på denne måten vil bidra til trygghet, forståelse og gode relasjoner. Dette vil igjen kunne være med på å redusere psykologiske symptomer som uro og agitasjon, noe som kan bidra til at bruk av psykofarmaka reduseres.

6 Litteraturliste

Aldring og helse (2012). Personopplysninger. Min livshistorie. Hentet fra <https://s3.eu-west-1.amazonaws.com/ah-web-prod/documents/Personopplysningskjema.pdf>

Aldring og helse (2018). Årsrapport 2017. Hentet fra <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/årsrapport-2017/>

Ballard, C., Corbett, A., Orrell, M., Williams, G., Moniz-Cook, E., Romeo, R.,... Fossey, J. (2018). Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med* 15(2). 1 – 18. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002500

Berentsen, V. D. & Engedal, K. (2016). Sykdommer, tilstander og skader som kan føre til demens. I Tretteteig, S. (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (41 - 65). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Berentsen, V. D. & Skovdahl, K. (2015). Kognitiv svikt og demens. I Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 408 - 437). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Bird, M., Llewellyn-Jones, R. H. & Korten, A. (2009). An evaluation of the effectiveness of a case-specific approach to challenging behavior associated with dementia. *Aging & Mental Health*, 13(1), 73 – 83. DOI: 10.1080/13607860802154499

Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.). (2015). *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg. Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Chenoweth, L., Jessop, T., Harrison, F., Cations, M., Cook, J. & Brodaty, H. (2018). Critical Contextual Elements in Facilitating and Achieving Success with a Person-Centred Care Intervention to Support Antipsychotic Deprescribing for Older People in Long-Term Care. *BioMed Research International*, 18(1), 1 -12. <https://doi.org/10.1155/2018/7148515>

Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., ... Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-

centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurol*, 8, 317 – 325. DOI: 10.1016/S14744422(09)70045-6

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Eide, H. & Eide, T. (2014). *Kommunikasjon i relasjoner*. (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). *Demens. Fakta og utfordringer*. (5. utg.). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engedal, K. & Haugen, P. K. (2016). Hva er demens? I Tretteteig, S. (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (13 – 38). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Engh, E. & Ranhoff, A. H. (2015). Eldre og legemidler. I I Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 184 - 196). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Eriksen, S., Helvik, A., Juvet, L. K., Skovdahl, K., Førsum, L. H. & Grov, L. H. (2016). The Experience of Relations in Persons with Dementia: A Systematic Meta-Synthesis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 42(5), (342 – 368). DOI: 10.1159/000452404

Førsum, L. H., Grov, E. K., Helvik, A., Juvet, L. K., Skovdahl, K. & Eriksen, S. (2018). The experience of lived space in persons with dementia: a systematic meta-synthesis. *BMC Geriatrics*. (1 – 27). DOI: 10.1186/s12877-018-0728-0

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje om demens*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-faglig-retningslinje-om-demens>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf

Helvik, A., Benth, J. S., Wu, B., Engedal, K. & Selbæk, G. (2017). Persistent use of psychotropic drugs in nursing home residents in Norway. *BMC Geriatrics*, (1 – 13). <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0440-5>

ICD-10. (2019). *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Hentet fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613295>

Jacobsen, F. F., Mekki, T. E., Førland, O., Folkestad, B. Kirkevold, Ø., Skår, R.,...Øye, C. (2017). A mixed method study of an education intervention to reduce use of restraint and implement person-centred dementia care in nursing homes. *BMC Nursing*. DOI: 10.1186/s12912-017-0244-0

Jenssen, M. (2016). Besøkshunder er bra for eldre med demens. Henter fra <https://www.nmbu.no/forskning/disputaser/pressemeldinger/node/29064>

Kirkevold, M. (2015). Personsentrert og individualisert sykepleie. I Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 106 - 121). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered*. Buckingham: Open University Press.

Kristoffersen, N. J. (2014). Teoretisk perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.). *Grunnleggende sykepleie 1*. (2. utg., 207 – 270). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kunnskapsdepartementet (2008). Rammeplan for sykepleierutdanning. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Malt, U. (2017). Psykofarmaka. Hentet fra <https://sml.snl.no/psykofarmaka>

Martinsen, K. (2003a). *Fra Marx til Løgstrup* (2. utg.). Otta: Universitetsforlaget.

Martinsen, K. (2003b). *Omsorg, sykepleie og medisin* (2. utg.). Otta: Universitetsforlaget.

Nasjonalforeningen for folkehelse. (2017). Kommunisere med en som har demens. Hentet fra <https://nasjonalforeningen.no/demens/parorende-og-demens/kommunisere/>

Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.). (2016). *Legemidler og bruken av dem* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Norsk Sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Oslo: Akribe

Putten, M. J. G., Wetzels, R. B., Bor, H., Zuidema, S. U. & Koopmans, R. T. C. M. (2014). Antipsychotic drug prescription rates among Dutch nursing homes: the influence of patient characteristics and the dementia special care unit. *Aging & mental health*, 18(7), (828 – 832). DOI: 10.1080/13607863.2014.884537

Rokstad, A. M. R. (2014). *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.

Romøren, T. I. (2015). Eldre, helse og hjelpebehov. I Brodtkorb, K., Kirkevold, M. & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., 29 – 38). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Røsvik, J. & Tretteteig, S. (2016). Miljøbehandling - introduksjon. I Tretteteig, S. (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1. utg., 291 - 299). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Røsvik, J. & Tretteteig, S. (2016). Personsentrert omsorg. I Tretteteig, S. (Red.), *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell* (1. utg., 227 – 239). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Solheim, K. V. (2015). *Demensguiden* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Spigset, O. (2016). Eldre og legemidler. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., 333 – 339). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Spigset, O. (2016). Legemidler ved psykiske sykdommer. I Nordeng, H. & Spigset, O. (Red.), *Legemidler og bruken av dem* (2. utg., 217 – 234). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Tretteteig, S. (Red.). (2016). *Demensboka: lærebok for helse- og omsorgspersonell*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

7 Vedlegg

Søk 1 Cinahl



Monday, January 21, 2019 8:35:21 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S13	S1 AND S2 AND S5 AND S12	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	8
S12	person centred care	Limiters - Published Date: 20090101- 20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	741
S11	S1 AND S2 AND S3 AND S5	Limiters - Published Date: 20090101- 20191231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	259
S10	S1 AND S2 AND S3 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	359
S9	S6 AND S7	Limiters - Published Date: 20080101- 20191231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	54
S8	S6 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	65

			Database - CINAHL with Full Text	
S7	psychotropic drugs	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,871
S6	S4 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	359
S5	antipsychotic	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	15,752
S4	S1 AND S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	917
S3	drugs	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	750,996
S2	nursing home	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	46,963
S1	dementia	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	51,869
			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	

Søk PubMed

[PubMed Home](#) [More Resources](#) [Help](#)

[Tutorial](#)

PubMed Advanced Search Builder

Filters activated: published in the last 10 years. [Clear all](#)

Query #49 deleted.

Use the builder below to create your search

[Edit](#)

[Clear](#)

Builder

[Show index list](#)

[Show index list](#)

or [Add to history](#)

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#44	Add	Search (aged AND dementia care resident AND person centred care) Filters: published in the last 10 years	36	04:28:38
#43	Add	Search ((challenging behaviour AND "last 10 years"[PDat])) AND dementia AND residential care Filters: published in the last 10 years	29	04:24:46
#41	Add	Search challenging behaviour Filters: published in the last 10 years	11610	04:22:46
#39	Add	Search ((dementia) AND person centred care) AND nursing home AND agitation Filters: published in the last 10 years	11	04:20:16
#38	Add	Search ((dementia) AND person centred care) AND nursing home and agitation Filters: published in the last 10 years	11	04:14:48
#33	Add	Search ((dementia) AND person centred care) AND nursing home Filters: published in the last 10 years	135	04:14:19
#31	Add	Search (((nurse AND "last 10 years"[PDat])) AND dementia) AND person centred care) AND nursing home Filters: published in the last 10 years	31	04:04:46
#30	Add	Search nurse Filters: published in the last 10 years	126248	03:46:25
#29	Add	Search nurse Filters: Free full text; published in the last 10 years	26571	03:46:21
#25	Add	Search nurse Filters: Review; Free full text; published in the last 10 years	1811	03:46:17

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#12	Add	Search ((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home Filters: Review; Free full text; published in the last 10 years	12	03:43:49
#14	Add	Search (((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home) AND free full text[sb] AND "last 10 years"[PDat]) AND (long-term care AND free full text[sb] AND "last 10 years"[PDat]) Filters: Free full text; published in the last 10 years	27	03:42:47
#20	Add	Search røsvik Filters: published in the last 10 years	20	03:35:32
#19	Add	Search Filters: published in the last 10 years	10062826	03:32:28
#13	Add	Search long-term care Filters: Free full text; published in the last 10 years	23854	03:17:12
#10	Add	Search ((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home Filters: Free full text; published in the last 10 years	124	03:15:51
#9	Add	Search ((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home Filters: published in the last 10 years	448	03:12:32
#8	Add	Search ((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home Filters: Review; published in the last 10 years	40	03:10:35
#7	Add	Search ((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home Filters: Review	114	03:08:47
#6	Add	Search ((((((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic)) AND nursing home	870	03:08:39
#5	Add	Search nursing home	85394	03:08:28
#4	Add	Search (((dementia) AND person centred care) AND psychotropic drugs) OR antipsychotic	130172	03:06:59
#3	Add	Search psychotropic drugs	370272	03:06:33
#2	Add	Search person centred care	6139	03:05:46
#1	Add	Search dementia	190986	03:05:07

Søk 2 Cinahl



Wednesday, February 06, 2019 9:09:22 AM

#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S14	S12 AND S13	Limiters - Published Date: 20090101- 20191231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3
S13	meta-synthesis	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,534
S12	S1 AND S11	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	2,807
S11	long term care	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	29,710
S10	S5 AND S8	Limiters - Published Date: 20090101- 20191231; Peer Reviewed Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	4
S9	S5 AND S8	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search	6

S8	S1 AND S3 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Database - CINAHL with Full Text Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	180
S7	nursing home or residential care	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	52,860
S6	S1 AND S3 AND S4 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	3
S5	challenging behaviour	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	1,606
S4	agitation	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,159
S3	psychotropic drugs	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	5,879
S2	alzheimers	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases	35,619

			Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	
S1	Dementia	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL with Full Text	52,049