

Agitasjon og funksjon i stell:

Førekomst og samanheng hos personar med demens i sjukeheim, bufellesskap og heimebaserte tenester



Universitetet
i Stavanger

Masterstudent: Marit Johanne Mæland

Rettleiar: Ingelin Testad Ph.D

Masteroppgåve i helsevitenskap

Institutt for helsefag; Det samfunnsvitenskapelige fakultet

Universitetet i Stavanger

1. juni 2012

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER:

(vår/høst – årstall): våren 2012

FORFATTER/MASTERKNDIDAT: Marit Johanne Mæland

VEILEDER: Ingelin Testad

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**Norsk tittel:**

Agitasjon og funksjon i stell:

**Førekost og sammenheng hos personar med demens
i sjukeheim, bufellesskap og heimebaserte tenester**

Engelsk tittel:

Agitation and function in care in persons with dementia. Prevalence and correlations.

EMNEORD/STIKKORD: Agitasjon, demens, ADL-funksjon, kvantitativ studie.

ANTALL SIDER:

77 sider inkludert vedlegg

ANTALL ORD:

Kappen: 10961

Artikkel: 2970

STAVANGER Marit Johanne Mæland 31.05.2012

Forord

Denne studien markerer slutten på min mastergradsutdanning i Helsevitenskap ved Universitetet i Stavanger. Oppgåva har gitt meg moglegheit til å sjå nærare på personar med demens med agitasjonsproblem knytt opp til funksjon i stell, påkledning og dusj

Arbeidet med masteroppgåva har vore både spennande og utfordrande. Spennande fordi eg har fått lært mykje om eit område i helsesektoren som eg har stor interesse for. Men også utfordrande med til tider ein bratt læringskurve.

Eg ønskjer å gi ein stor takk til min rettleiar Ph.D Ingelin Testad ved Regionalt kompetansesenter for eldre medisin og samhandling (SESAM) som har kome med gode innspel og støtte underveis. Spesielt vil eg takke ho for sin positive veremåte gjennom heile prosessen. Ein stor takk også til dei andre tilsette SESAM, ved Universitetssjukehuset i Stavanger med Kristin Osland Lexow i spissen, for mange gode samtalar, tilrettelagte forum og undervisning retta mot masteroppgåva og skriving av artikkel. Tusen takk til Inge Joa som har vore til stor hjelp i forhold til analysearbeidet. Takk og til Ingunn Fatnes på Stokka Utviklingscenter for god hjelp med sortering i datamaterialet, og ikkje minst; hjarteleg takk til Anne Valen som eg har delt kontor med på SESAM i denne perioden, du har vore til god hjelp under heile skriveperioden.

Eg vil også gjerne takke min næraste familie og venner, for god støtte og oppmuntring underveis.

Stavanger 31.05.2012

Marit Johanne Mæland

Masteroppgåva består av to delar;

Del I: Artikkel

Del II: Kappe



Del I: Artikkel

Agitasjon og funksjon i stell: Førekost og sammenheng hos personar med demens

Samandrag

Bakgrunn

Agitasjon er vanleg hos personar med demenssjukdom. Dette kan føre til utfordrande situasjonar i kvardagen hovudsakleg for pasienten sjølv, men også for helsepersonell og pårørande, som til dømes i stellesituasjonar. Meir kunnskap om dette området er nødvendig for å kunne hjelpe desse pasientane.

Hensikt

Føremålet med studien er å sjå på førekomst av agitasjon hos personar med demens og om ulike typar agitasjonsåtfærd har samanheng med dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar samt om det er ein samanheng mellom agitasjon, alder og kjønn. Forskjellar i agitasjonsnivå hos sjukeheimspasientar i forhold til personar som bur i bufellesskap eller i heimen, vert og undersøkt.

Metode

Dette er ein tverrsnittstudie kor spørjeskjema vart nytta for å kartleggja førekomst av agitasjon og funksjon hos personar med demens eller mistanke om demenssjukdom.

Resultat

83,3 % av personane med demens eller mistanke om demenssjukdom var agiterte minst ein gang i veka. Det var ein positiv samanheng mellom grad av agitasjon og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjing

Konklusjon

Agitasjon er svært utbreitt hos personer med demens. Dei med fysisk aggressiv åtfærd, fysisk ikkje aggressiv åtfærd og dei med verbal aggressiv åtfærd fungerte dårlegare i stell, påkledning og dusjesituasjonar enn personar utan desse agitasjonstypene.

Nøkkelord

- *Demens*
- *Spørjeundersøking*
- *Atferd*
- *Omsorg*
- *Eldre*

Summary

Background

Agitation is a common behavior for persons with dementia. This can lead to more challenging situations in everyday life, for the patient, carestaff and carers and may lead to difficult situations and problem behavior in bathing situations.

Objective

The aim of this study is to describe the prevalence of agitation and correlates of different types of agitated behaviours and function in care, dressing and bathing situations. Furthermore, if there is a correlation between agitation, age and gender.

Method

This is a cross-sectional study where questionnaires were used to identify incidence of agitation and function at people with dementia or suspected dementia disease.

Results

83,3% of persons with dementia were agitated at least once a week. There was a positive correlation between agitation and poorer function in care, dressing and bathing. The strongest relation was between physically aggressive behavior and poorer function in care, dressing and bathing.

Conclusion

Agitation is common in persons with dementia. Physical aggressive behavior, physically non-aggressive behavior and verbal aggressive behavior are correlated with low function in care situations.

Introduksjon

Forlenga levealder og betre helse fører til ein aldrande befolkning i verdsbilete. Det same gjeld for Noreg, det vil frå år 2020 bli ein kraftig vekst i talet på innbyggjarar over 80 år (1). Alder er den viktigaste risikoen for å kunne utvikle demenssjukdom. I dag lever 71 000 personar i Noreg med demens (2). Dersom førekomsten av demens held seg på dagens nivå og det ikkje kjem ein kur mot sjukdommen, vil talet på personar med demens vere dobla i år 2040 (1). Samfunnsutgiftene ved demenssjukdom er høge, og er i dag estimert til å ligge på mellom 15-20 milliardar kroner (3).

Problemåtferd og emosjonelle endringar er ein del av symptombilete ved demenssjukdom og vert ofte omtalt som åtferdsmessige og psykiske symptom ved demens, forkorta til APSD (2). Desse endringane er regelen snarare enn unntaket ved demenssjukdom og symptoma har ein tendens til å auka i takt med sjukdomsutviklinga (4). Åtferda kan skyldast udekkka behov, eller den kan vere ein reaksjon på urimelege krav frå omgivnadane (5, 6). Problemåtferd hos personar med demenssjukdom må ikkje berre betraktast som symptom på sjukdommen eller avvik, men som eit forsøk på å kommunisere og meistre eigen situasjon (7).

Åtferdsforandringar er ein hovudårsak til innlegging i sjukeheim, og ca 70 % av demens pasientane i sjukeheim har åtferdsproblem (8). Det er fleire konsekvensar ved ubehandla åtferdsproblem. Først og fremst minskar livskvaliteten hos pasienten sjølv (9, 10), men åtferdsproblem påverkar også pårørande (11, 12) og personalet si helse (12, 13). Vidare er det kjent at åtferdsproblem hos personar med demens i sjukeheim kan føre til auka behov for personale og auka kostnader i forhold til pleie (10). Manglande evne til å forstå åtferdsproblem kan lede til upassande bruk av medisinar eller tvang og tilbakehaldenheit i institusjon (9, 14). Agitasjon er ein del av dei åtferdsmessige og psykiske symptoma hos personer med demens. Definisjonen på agitasjon er ein upassande verbal, vokal eller motorisk aktivitet der ingen utanforståande med sikkerheit kan vete kva som er behovet til pasienten (15). Agitasjon kan igjen delast inn i fire undergrupper (16-18):

- 1) Verbal ikkje-aggressiv åtferd, er til dømes konstant krav om merksamheit, forlangande/ «sjefete» oppførsel og klaging.
- 2) Verbal aggressiv åtferd, kan vere banning, skriking og roping.

3) Fysisk ikkje-aggressiv åtferd, kan vere rastlausheit, vandring og forsøk på å komme seg ut til ein anna plass.

4) Fysisk aggressiv åtferd, er til dømes slåing, sparking, kloring og gripe tak i andre.

Kartlegging, systematisk identifisering og ein nøyaktig beskriving av pasienten sine åtferdsproblem er heilt sentralt for å kunne forstå og behandle desse pasientane på best mogleg måte (18).

Tidlegare forskning har vist at det er ein samanheng mellom dårlegare ADL funksjon og agitasjonsåtferd hos personer med demens (19-21). Internasjonale studiar har vist at det hovudsakleg er verbal agitasjon som har ein samanheng med dårlegare ADL funksjon (16, 19). Fysisk ikkje aggressiv agitasjon har vist ingen samanheng med svekka ADL funksjon (19). I forhold til kjønn har fleire studiar vist at kvinner har meir verbal agitasjon enn menn (19, 22, 23). Personer med fysisk ikkje aggressiv agitasjon tenderer til å vere yngre enn andre pasientar (19). Ein nyare norsk studie viste ingen samanheng mellom agitasjon, kjønn og alder. Den same studien fann ut at 75,4% av bebuarane med demens hadde minst ein agitert oppførsel minst ein gang i veka og 65,3% hadde fleire gonger i veka. Dei seks mest vanlegaste agiterte åtferdene var repeterande setningar eller spørsmål, klaging, banning, vandring, negativisme og generell rastlausheit (14). Ein del av dei same funna hadde også ein internasjonal studie der dei seks vanlegaste agiterte åtferda var generell rastlausheit, vandring, repeterande setningar, konstant krav om merksamheit, klaging og negativisme (9).

Ein anna internasjonal studie viste at i avdelingar med høg førekomst av problemåtferd vart det også funnet ein høgare andel av pasientar som trengte hjelp av to pleiarar i morgonstell (24). I Whall et al.,(25) sin studie var dusjing den pleiesituasjonen som tydlegast viste ein samanheng med problemåtferd.

Føremålet med denne studien er å kartlegge kor utbreitt agitasjon er hos personar med demens og om det er samanhengar med dårlegare funksjon i stellesituasjonar.

Problemstilling:

Er det ein forskjell i kjønn, alder og ADL funksjon med fokus på påkledning, personlig stell og dusj hos personer med demens og dei ulike agitasjonsgruppene? I så fall; kva forskjellar utpeiker seg?

Vi forventar å finne ein samanheng mellom høgt nivå av agitasjon og dårlegare ADL-funksjon.

Metode

Utval

Studien var ein tversnittstudie og data vart samla inn ved hjelp av spørjeskjema.

Datamaterialet vart samla inn frå desember 2009 til mai 2010. Utvalet bestod av pasientar som budde i institusjon, bufellesskap eller fekk heimebaserte tenester. Inklusjonskriteria for at ein kunne delta var at pasienten måtte ha ein demens diagnose eller mistanke om demenssjukdom. Studien har føregått på sør- vestlandet og i kvar verksamheit som ønskte å delta vart det oppretta ein ressursperson. Desse ressurspersonane fekk opplæring i form av kurs og rettleiing i bruken av spørjeskjema før dei utførte kartlegging i eiga verksemd.

Datamaterialet vart samla inn ved hjelp av fleire spørjeskjema, som er presentert nedanfor. Datainnsamlingsmetoden har ikkje påverka pasienten, då det har vore sjukepleiarar som kjenner pasientane godt som har svart på dei ulike spørjeskjema.

Pasientens funksjonsnivå vart registrert ved hjelp av "Physical Activities of Daily Living – fysisk selvvoppholdelsesskala" (PADL) (25). Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter (PADL) er ein skala som vurderer praktisk funksjonsnivå hos pasienten (26). PADL skjemaet består av seks ulike variablar (toalett, eting, påkledning, personleg stell, fysisk bevegelse og bading). I denne studien er det tatt utgangspunkt i tre av variablane som er påkledning, personleg stell og dusj/bading. Alle desse variablane har ein skåre frå 0 (lar seg ikkje evaluera), 1 (klarar seg sjølv), 2 (trenger noko hjelp), 3 (trenger moderat med hjelp), 4 (trenger hjelp til alt) og 5 (motsett seg all hjelp). Høg skår på dette instrumentet indikerer dårleg funksjonsevne.

Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) skjema vart nytta for å kartlegge åtferd hos pasientane (9). CMAI skjema er eit validert og reliabelt måleinstrument som er utforma for å kartlegge 29 agiterte åtferdstypar på ein sju punkt skala. I forhold til dei ulike agiterte åtferdstypane kan ein krysse av for «aldri» som gir skåre 1, til «fleire gongar i timen» som gir skåre 7 (9). Høg skåre på dette måleinstrumentet indikerer mykje agitasjon. Ein tar i denne studien utgangspunkt i tilfelle av agitasjon hos pasienten frå den siste veka. Agitasjon vert delt inn i fire undergrupper: 1: Fysisk ikkje-aggressiv (vandring, kler på seg eller av seg på ein upassande måte, forsøker å komme til ein anna plass, et/drikk noko som ikkje er berekna til å etast/drikkast, handterer gjenstandar på ein upassande måte, gøymer gjenstandar, samlar saman gjenstandar, utfører repeterande stereotype bevegelsar, generell rastlausheit. 2: Fysisk

aggressiv (spytter, slår, sparkar, griper tak i andre, skubbar, kaster gjenstandar, biter, klorer, faller med vilje, skader seg sjølv eller andre, øydelegg gjenstandar, gjer fysiske seksuelle tilnærmingar). 3: Verbal ikkje-aggressiv (konstant krav om merkksamheit, gjentar setningar eller spørsmål, klager, negativisme). 4: Verbal aggressiv (banning, lager merkelege lyder, skriker/roper, gjer verbale seksuelle tilnærmingar) (16-18).

Informasjon om utvalet som omhandlar kjønn, alder, utdanning, etnisitet, sivilstatus, yrke og medikamentbruk kom fram i intervju med sjukepleiaren.

Forskingsetiske vurderingar

Pasientane sin samtykkekompetanse vart vurdert av sjukeheimslege i samarbeid med øvrig personale og vart nedfelt i pasienten sin journal. Informert samtykke vart innhenta frå pasientar med samtykkekompetanse. Hos pasientar utan samtykkekompetanse vart pårørande informert om reservasjonsmoglegheit mot at pasienten vart inkludert og dei måtte skriftlig bekrefte at dei ikkje hadde noko i mot dette.

Studien er godkjent hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK- VEST). Forskarane i dette prosjektet har ikkje hatt tilgang på namn eller fødselsnummer på pasientar, data er aidentifisert ved dei ulike verksemdene. Utfylte kartleggingskjema er innelåst og skal makulerast når studien er avslutta.

Analyse av data

Datamaterialet vart behandla i "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versjon 19.0. Det er nytta deskriptive analyser for å beskrive utvalet. For å sjekke om utvalet var normalfordelt, utførte me ein explorativ analyse (Kolmogorov-Smirnov og Shapiro- Wilk) av dei aktuelle variablane (frå det aktuelle instrumentet) ved å laga histogram og testing av plot, låg p- verdi betyr avvik frå normalfordelinga. Variablane som vart testa viste seg å ikkje vera normalfordelt ($P \leq 0.000$) og det vart derfor anvendt ikkje- parametriske testar med Spearman korrelasjonsanalyser. P- verdiane er signifikante når $p \leq 0,05$. For å undersøke om det var ein forskjell i agitasjon mellom sjukeheimar og bufellesskap/heimetenester vart det utført ein Independent Samples- Mann- Withney U Test. Det vart og utført ein t-test for samanlikning av dei 29 ulike variablane i CMAI skjema.

Resultat

Totalt 25 verksemdar deltok i studien. Utvalet bestod av 314 pasientar som budde i sjukeheim, bufellesskap eller fekk heimetenester i heimen. To av pasientane vart ekskludert på grunn av manglande utfylt PADL og CMAI-skjema. Til saman vart då 312 pasientar inkludert i studien og av desse var det 240 kvinner og 72 menn. Aldersfordelinga var mellom 45- 101 år og gjennomsnittsalderen var 85 år. Sjukeheimspasientane utgjorde 63,4 % av utvalet.

"Sett inn tabell 1 her"

Alle som var med i denne studien måtte ha ein demensdiagnose eller mistanke om demenssjukdom. I dette utvalet hadde 76,6 % av pasientane ein demensdiagnose.

Dei fleste som er med i studien var enke eller enkemann og utgjorde til saman 62,3 %. 19,9 % av utvalet var fortsatt gift. I forhold til utdanning hadde 47,7 % av utvalet grunnskule utdanning og 10,6 % hadde høgskule eller universitets bakgrunn. Det var 23,4 % som hadde yrkesfagleg utdanning.

Funksjonsnivå i stell, påkledning, dusj og førekomst av agitasjon

Den totale gjennomsnittskåren i PADL skjema av utvalet i forhold til stell, påkledning og dusj var på 9,38 poeng (SD 3,06). Det var ein signifikant forskjell i funksjonsnivå i stellesituasjonar mellom pasientar i sjukeheim og dei som bur i bufellesskap eller fekk heimetenester i heimen. Dei som budde i sjukeheim fungerte dårlegast i stell, påkledning og dusjesituasjonar. I forhold til agitasjon utifrå CMAI-skjema var 83,3 % av pasientane agitert ein eller to gonger i veka eller meir.

"Sett inn tabell 2 her"

Dei seks vanlegaste agiterte åtferdene var (sjå utheving i tabell) gjentar setningar eller spørsmål, konstant krav om merkamheit, generell rastlausheit, vandring fram og tilbake,

klaging og negativisme. I forhold til kjønn hadde kvinner høgast gjennomsnittsskåre på åtferda gjentar setningar eller spørsmål, medan menn hadde høgast skåre på vandring, men dette var ikkje eit signifikant funn.

Studien fann ved hjelp av "Nonparametric Test" ein signifikant forskjell $p \leq 0,05$ i agitasjon mellom dei som budde i sjukeheim i forhold til dei som budde i bufellesskap eller fekk heimetenester i heimen. Gjennomsnittsskåren i agitasjon på dei som budde i sjukeheim var ifølgje ein t-test på 46,44, og dei som budde i bufellesskap eller fekk heimebaserte tenester hadde ein skåre på 42,43. Dei som budde i sjukeheim var altså mest agiterte. I forhold til dei ulike gruppene agitasjon var det kun signifikant forskjell i gruppa verbal aggressiv agitasjon mellom verksamheitene. Dei som budde i sjukeheim er meir verbalt aggressive enn dei som budde i bufellesskap eller i heimen.

Samanheng mellom agitasjon, ADL- funksjon¹, alder og kjønn

Det vart gjennomført ein korrelasjonsanalyse for variablane som inngjekk i instrumentet. Som figuren nedanfor viser fann studien ein signifikant positiv samanheng mellom høgt nivå av agitasjon, høgt nivå av fysisk aggressiv åtferd, høgt nivå av fysisk ikkje aggressiv åtferd, høgt nivå av verbal aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i forhold til stell, påkledning og bading. Studien viste ingen samanheng mellom verbal ikkje aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i forhold til stell, påkledning og dusj.

"Sett inn tabell 3 her"

Studien viste ein svak negativ samanheng mellom alder og agitasjon. Den sterkaste samanhengen var mellom fysisk aggressiv åtferd og alder. Dette viser ein tendens til at dess yngre pasientane er, dess meir fysisk aggressiv åtferd har dei. Studien fann ingen signifikante samanhengar mellom agitasjon og kjønn.

Diskusjon

Agitasjon

Studien viste at agitasjon hos personar med demens er svært vanleg, noko som også er kjent frå tidlegare studiar (2, 4). I denne studien var 83,3 % av pasientane agiterte ein eller to gonger i veka eller meir. Studien til Testad et al.,(14) viste at 75, 4 % av alle pasientane var agitert minst ein gang i veka, og ein internasjonal studie av Cohen- Mansfield et al.,(9) viste at 93 % av pasientane var agiterte like ofte.

Det var og ein signifikant forskjell i agitasjon mellom sjukeheimspasientane og resten av utvalet. Personar med demens som budde i sjukeheim var mest agiterte. Dette er rimeleg å tru då ein tidlegare studie har vist at åtferdsforandringar er hovudårsak til at personar vert innlagt i sjukeheim (8). Det er gjerne dei sjukaste pasientane som vert innlagt i sjukeheim og studien til Selbæk et al.,(8) viste at APSD symptom som agitasjon er ein del av aukar i takt med sjukdomsutviklinga. Men ved svært langtkomen demens vil derimot agitasjon avta, då pasientane er så kognitive og funksjonelt svekka at symptoma ikkje kjem til uttrykk på same måten lenger (27). I forhold til dei ulike agitasjonsgruppene var det kun verbal aggressiv agitasjon som til dømes banning, roping og skriking det var signifikant forskjell på. Pasientar i sjukeheim viste seg altså å ha meir verbal aggressiv åtferd enn personar med demens som bur i bufellesskap eller i heimen. Dei seks agitasjonsåtferdstypene som var vanlegast i denne studien var og vanlegast i ein internasjonal studie av Cohen- Mansfield et al.,(7). Funna samsvarer også godt med ein nyare norsk studie der Testad et al.,(14) kom fram til dei same punkta, med unntak av konstant krav om merksamheit.

I denne studien var det ein svak negativ samanheng mellom agitasjon og alder, noko som tenderer til at dess yngre personane med demens er, dess meir agitert åtferd har dei. Dette samsvarer godt med studien til Cohen- Mansfield & Libin (19). Den sterkaste samanhengen fann vi mellom fysisk aggressiv åtferd og alder, altså dei yngste pasientane slår, sparkar, og spyttar meir enn eldre pasientar. Studien fann ingen samanheng mellom agitasjon og kjønn, noko som samsvarer med ein anna norske studie av Testad, et al.,(14). Mange internasjonale studiar har derimot vist at det er ein samanheng mellom kjønn og agitasjon, det som går igjen er at kvinner har meir verbal agitasjon enn menn (19, 22, 23).

Samanheng mellom agitasjon og funksjon i stell, påkledning og dusj

I denne studien var det ein samanheng mellom agitasjon og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj. Dette samsvarer med tidlegare forskning, men desse studiane har sett på fleire aktivitetar i dagleglivet i tillegg til dei nemnte opp mot agitasjon og kan derfor ikkje samanliknast heilt på det same grunnlaget (19, 21). Det er gjort lite forskning i Noreg på dei ulike gruppene agitasjon og funksjon i stell, påkledning og dusj. Den sterkaste samanhengen i denne studien var mellom dei aggressive agiterte åtferdene og funksjon i stell, påkledning og dusj. Dei som er fysisk aggressive i form av til dømes slåing, sparking og skubbing, fungerte dårlegare i stellesituasjonar enn dei som ikkje har denne åtferda. Pasientar med verbal aggressiv åtferd som til dømes banning, skriking og roping fungerte også dårlegare i stellesituasjonar enn andre utan denne åtferda. Tidlegare forskning har vist at det er hovudsakleg verbal agitasjon som har ein samanheng med dårlegare ADL- funksjon (16, 19) og fysisk ikkje aggressiv åtferd har vist ingen samanheng med svekka ADL- funksjon i følge Cohen- Mansfield & Libin (19). Dette samsvarer ikkje med våre funn i denne studien då vi fann ein svak samanheng mellom fysisk ikkje-aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Personar med demens som vandrar, samlar i sammen gjenstandar, gøymer gjenstandar og har ein generell rastlausheit fungerer altså dårlegare i stell enn andre som ikkje har denne type åtferd.

Betydinga av ubehandla agitasjon

Det er fleire konsekvensar ved ubehandla agitasjon. Fleire studiar er gjort på området og det visar seg at livskvaliteten til personen med demens og agitasjon vert redusert (9, 10). Pårørande blir utslitt og det fører til stress og utbrentheit hos helsepersonalet (28). Manglande evne og overskot til å forstå og takle desse åtferdsproblema kan lede til upassande bruk av medisinar eller tvang (9, 14).

Denne studien beskriv mellom anna samanhengen mellom ulike agitasjonsgrupper og funksjon i stell, påkledning og dusj. Denne studien kunne med fordel hatt fleire deltakarar for å komme fram til eit meir gyldig resultat. Studien har ikkje oversikt over kor mange pasientar som eigentleg vart spurt i undersøkinga og kjenner heller ikkje til årsakene til at enten pasienten sjølv, eller til at pårørande takka nei til å delta. Når ein nyttar kvantitative spørjeskjema har ein ingen moglegheit til å få ein djupare forklaring på ting, og ein kan ikkje

sei noko om kva som er årsak eller verknad i studien. Demenssjukdom i seg sjølv fører til kognitiv svekking, noko som igjen fører til dårlegare evne til å fungere i ein stellesituasjon. Det treng altså ikkje vere agitasjon som fører til ein dårlegare stell oppleving, det kan like gjerne vere sjølve stelle situasjonen som fører til agitasjon dersom pasienten til dømes ikkje forstår kva som skal skje. I tillegg har jo mange eldre også andre sjukdomstilstandar som kan påverke funksjonsevna. Dersom studien hadde intervjuar til dømes helsepersonell og pasientar med demens og agitasjon gjennom ein kvalitativ studie kunne ein ha gått djupare inn på tema og kanskje fått ein indikasjon på kva som kan vere årsak til utløyning av agitasjonsåtferd. Funna i denne studien indikerer at agitasjon er utbreidd og har ein samanheng med dårlegare funksjon i stell. Det trengs difor fleire og større studiar på dette området.

Konklusjon

Agitasjon er svært vanleg hos personar med demenssjukdom. Dess meir agiterte dei er dess dårlegare fungerte dei i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Alle agitasjonsgruppene hadde samanheng med dårlegare funksjon i stellesituasjonar med unntak av personar som har verbal ikkje-aggressiv åtferd. Studien fann vidare ein samanheng mellom agitasjon og alder, den sterkaste samanhengen var mellom fysisk aggressiv åtferd og alder. Yngre pasientar er meir fysisk agiterte enn eldre. Bebuarar i sjukeheim var meir agiterte enn personar som budde i bufellesskap eller i heimen.

Referansar

1. **Sosial-og helsedirektoratet.** Glemsk, men ikke glemt!: om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling omsorg og tannhelse2007.
2. **Engedal K, Haugen PK.** Demens: fakta og utfordringer : en lærebok. Tønsberg: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens; 2009.
3. **Aarsland D.** Kan vi bare glemme Alzheimers om noen år? Stavanger Aftenblad. 2012 02.05.2012;Sect. 18-9.
4. **Selbæk G.** Atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens. Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening. 2005;125:1500-2.
5. **Algase DL, Beck C, Kolanowski A, Whall A, Berent S, Richards K, Beatti E.** Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. American Journal of Alzheimer's Disease. 1996;11(6):10.
6. **Cohen-Mansfield. J.** Nonpharmacological interventions for inappropriate behaviours in dementia.A review, summary, and critique. American Journal Geriatric Psychiatry. 2001;2001(9):361-81.
7. **Rokstad AMM, Smebye KL.** Personer med demens: møte og samhandling. Oslo: Akribe; 2008.
8. **Selbæk G, Kirkevold O, Engedal K.** The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2007;22(9):843-9.
9. **Cohen-Mansfield J, Marx MS, Rosenthal AS.** A Description of Agitation in Nursing Home. Journal of Gerontological: Medical sciences. 1989;44(3):77-84.
10. **Finkel S.** Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). International Journal of Geriatric Psychiatry. 2000;15 Suppl 1:S2-S4.
11. **Sink KM, Covinsky KE, Barnes DE, Newcomer RJ, Yaffe K.** Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. Journal of the American Geriatrics Society. 2006;54(5):796-803.

- 12. Voyer P, Verreault R, Azizah GM, Desrosiers J, Champoux N, Bédard A.** Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics*. 2005;5:13-.
- 13. Eriksen HR, Ihlebaek C, Jansen JP, Burdorf A.** The relations between psychosocial factors at work and health status among workers in home care organizations. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2006;13(3):183-92.
- 14. Testad I, Aasland AM, Aarsland D.** Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2007;22(9):916-21.
- 15. Cohen-Mansfield J, Billig N.** Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1986 Oct;34(10):711-21.
- 16. Cohen-Mansfield J.** Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *Journal of Psychiatric Research*. 2009;43:64-9.
- 17. Lorentzen B.** Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens. . *Geriatema; Temahefte fra Geria (Ressurscenter for aldersdemens/alderspsykiatri)*. 2005;4.
- 18. Testad I, Aarsland D.** Pasienter med demens og atferdsproblemer i sykehjem. *Omsorg*. 2008;1(1):23-8.
- 19. Cohen-Mansfield J, Libin A.** Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *Journal of Psychiatric Research*. 2005;39:325-32.
- 20. Edvardsson D, Winblad B, Sandman PO.** Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*. 2008;7(4):362-7.
- 21. Okura T, Plassman BL, Steffens DC, Llewellyn DJ, Potter GG, Langa KM.** Prevalence of neuropsychiatric symptoms and their association with functional limitations in older adults in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2010;58(2):330-7.

22. **Cariga J, Burigo L, Flynn W, Martin DA.** A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1991;39(5):501-7.
23. **Cohen-Mansfield J, Marx MS, Werner P.** Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics / IPA*. 1992;4 Suppl 2:221-40.
24. **Isaksson U, Åstrøm S, Sandman PO, Karlsson S.** Factors associated with the prevalence of behavior among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*. 2009;18(7):972-80.
25. **Whall AL, Colling K, B, Kolanowski A, Kim H, J, Hong G-RS, DeCicco B, Ronis DL, Richards KC, Algase D, Beck C.** Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist*. 2008;48(6):721-31.
26. **Lawton MP, Brody EM.** Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*. 1969;9(3):179-86.
27. **Selbaek G.** Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening*. 2012;11:1500-2.
28. **Gruber-Baldini AL, Boustani M, Sloane PD, Zimmerman S.** Behavioral symptoms in residential care/assisted living facilities: prevalence, risk factors, and medication management. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(10):1610-7.



Del II: Kappe

Agitasjon og funksjon i stell:

**Førekomst og sammenheng hos personar med demens
i sjukeheim, bufellesskap og heimebaserte tenester**

Forkortingar og ordforklaringar

ADL- funksjon: står for aktiviteter i dagleglivet og omhandlar; toalett, eting, påkledning, personleg stell, fysisk bevegelse og bad/dusj. I denne studien har eg valt å sjå nærare på tre av desse variablane; påkledning, personleg stell og dusj. Eg bruker likevel omgrepet ADL-funksjon ein del i teksten når eg skriv om andre studiar, då dei gjerne har sett på alle variablane som inngår i omgrepet.

APSD: står for «atferdsforstyrrelser og psykiske symptomter ved demens». APSD består av ikkje-kognitive symptom og inkludere mellom anna; apati, agitasjon, aggresjon, angst, hallusinasjonar og vrangførestellingar (Selbæk, 2005).

DCM: Dementia Care Mapping er eit observasjons- og evalueringsvredtøy utvikla på bakgrunn av feltstudiar i britiske sjukeheimar i følge Kitwood og Bredin (1992). Målet med metoden er å betre behandlingstilbodet og omsorga for personar med demens, gjennom kartlegging av konkret praksis med påfølgande tilbakemelding til personalet.

VIPS: Personsentrert omsorg består av fire hovudkomponentar som vert kalla VIPS modellen, dette står meir detaljert forklart i teksten.

NDB: "The Need-Driven Dementia-Compromised Behavior": Den behovsdrevet Demens-kompromitterte/avslørande åtferdsmodellen.

Innhold

1.0	Innleiing	1
1.1	Samfunn, politikk og eldre	1
1.2	Demens	2
1.3	Åtferdsmessige og psykiske symptomer ved demens	3
1.4	Agitasjon.....	4
1.5	Demens og aktivitetar i dagleglivet (ADL)	5
1.6	Agitasjon og ADL- funksjon	5
1.7	Behandling av demenssjukdom og agitasjon.....	6
1.8	Føremålet med studien.....	7
1.9	Presentasjon av problemstilling og hypotesar	8
1.10	Avgrensing.....	8
2.0	Teorikapittel	9
2.1	Det gode stellet til personar med demens.....	9
2.2	Miljøbehandling og personsentrert omsorg ved demens.....	10
2.3	Teoretisk rammeverk knytt opp til problemåtferd.....	12
2.4	Den sjukepleiefaglege tilnærminga	13
2.5	Vitskapeleg perspektiv	14
3.0	Materiale og metode.....	16
3.1	Bakgrunn for studien	16
3.2	Utval og datainnsamling.....	16
3.3	Måleinstrumenta	17
3.4	Design og metode	18
3.5	Reliabilitet og validitet	19
3.6	Forskingsetiske vurderingar	20
3.7	Eigen forståing og erfaring frå demensomsorg	21
3.8	Analyse av data.....	21
4.0	Resultat.....	23
4.1	Karakteristikk av utvalet.....	23
4.2	Svara på hypotesane	23
4.3	Agitasjon og funksjon i stell, påkledning og dusj	24

4.3	Agitasjon, kjønn og alder.....	25
5.0	Diskusjon.....	26
5.1	Agitasjon hos personar med demens.....	26
5.2	Samanhengar mellom alder, kjønn, funksjon og agitasjon.....	27
5.3	Behandling av demenssjukdom.....	29
5.4	Validitet i studien.....	31
5.5	Implikasjonar for praksis.....	32
5.6	Konklusjon.....	32
6.0	Litteratur.....	33

Samandrag

Føremålet med studien var å undersøke førekomst av agitasjon og samanheng med funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar hos personar med demens eller mistanke om demenssjukdom. Pasientane budde i sjukeheim, bufellesskap eller fekk heimebaserte tenester. Studien var kvantitativ og data vart samla inn ved hjelp av spørjeskjema. Dette var ein tverrsnittstudie. Sjukepleiar som kjente pasienten godt svarte på spørsmåla. Totalt 312 pasientar vart inkludert og desse var fordelt på 25 verksemder på sør-vest landet. I denne studien viste agitasjon seg å vere vanleg blant pasientane i utvalet og dette samsvarer med tidlegare forskning. Studien fann vidare ein samanheng mellom høgt nivå av verbal aggressiv åtferd, høgt nivå av fysisk aggressiv åtferd, høgt nivå av fysisk ikkje-aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Personane som budde i sjukeheim var meir agiterte enn personar som budde i bufellesskap eller fekk heimebaserte tenester.

1.0 Innleiing

1.1 Samfunn, politikk og eldre

Forlenga levealder og betre helse fører til ein aldrande befolkning i verdsbilete. I dag er ein av ti personar 60 år eller eldre, i år 2050 vil talet vere fordobla til ein av fem (United Nations, 2009). Det same gjeld for Noreg, forlenga levealder og store fødselskull mellom 1945- 1960 fører til at talet på eldre vil auke sterkt i åra som kjem. Talet på personar over 67 år vil meir enn fordoblast frå år 2000 til 2050. Raskast vekst har talet på personar frå 80 år og eldre. Denne gruppa kan komme til å auke frå 190 000 i år 2000 til over 500 000 i år 2050 og det er også her vi finn det største omsorgsbehovet. Veksten i talet på eldre i gruppa 80-89 år vil spesielt komme frå år 2020. For gruppa 90 år og eldre skjer det allereie ein kraftig vekst dei følgjande åra (St.meld.nr 25).

Det vil frå år 2020 bli ein kraftig vekst i talet på innbyggjarar over 80 år. Dette vil føre til at talet på personar med demens vil vere fordobla i år 2040 dersom førekomsten av demens held seg på dagens nivå og det fortsatt ikkje er ein kur for sjukdommen. Samfunnsutgiftene ved demenssjukdommar er høge og er i dag estimert til å ligge på mellom 15-20 milliardar kroner i året i Noreg (Aarsland, 2012). Etterspørsel etter helsepersonell vil også auke kraftig spesielt etter år 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Dette er noko Samhandlingsreforma også presiserer, dei viser til at det i Noreg vil vere eit samla underskot på om lag 43 000 årsverk om 20 år, spesielt gjeld dette sjukepleiarar og helsefagarbeidarar (St.meld.nr.47). Demensplanen 2015 som er ein del av Omsorgsplan 2015 har mellom anna satt opp fem hovudstrategiar for å møte framtidens omsorgs utfordringar. Desse fem handlar om å ha fokus på; 1) kvalitetsutvikling, forskning og planlegging, 2) kapasitetsvekst og kompetanseheving, 3) betre samhandling og helsefagleg oppfølging, 4) aktiv omsorg og 5) partnerskap med familie og lokalsamfunn (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Alder er den viktigaste risikoen for å utvikle demenssjukdom (Engedal & Haugen, 2009). Sidan vi no står ovanfor ein kraftig vekst i talet på eldre seier dette noko om viktigeita av å forske på demenssjukdom og korleis ein kan behandle og hjelpe personar som har demens. Forsking og fagutvikling er som nemnt ovanfor ein del av hovudsatsningane i Demensplan 2015.

1.2 Demens

I dag lever omlag 71 000 mennesker med demens i Noreg, av desse reknar ein at 40 % bur i institusjon (Engedal og Haugen, 2009). Dersom ein tar med dei næraste pårørande til personar med demens utgjør dette 250 000 personar som til saman er berørt av demenssjukdom (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Dei aller fleste med demens er over 65 år og kun 2-3 % er yngre. Førekomsten aukar dess eldre menneske blir, men det er få studiar blant 90- 100 åringar og førekomsten av demens i denne aldersgruppa ser ut til å vere mindre (Engedal & Haugen, 2009).

Demens er definert i "International Classification of Diseases and Related Health Problems" forkorta som ICD -10. Demens er ein samlebetegnelse for eit syndrom forårsaka hovudsakleg av kronisk sjukdom eller progressiv skade som primært påverkar hjernen. Dette fører til svikt i ei rekke funksjonar som hukommelse, orientering, evne til å oppfatte og tenke samt språk og dømmekraft. Den kognitive svikten fører også til svikt i emosjonell kontroll, sosial åtferd, endra personlegheit og motivasjon. Den kognitive svikten må vere så stor at den har ført til tap av evne til å utføre dagleglivets aktivitetar. Symptoma må ha hatt ein varigheit over seks månader, dette for å ikkje forveksle demens med andre sjukdommar eller tilstandar som til dømes delir (WHO, 1993).

Demens er forårsaka av spesifikk hjernesjukdom og ein kan ved hjelp av ulike undersøkingar sjå typiske forandringar i hjernen hos pasienten. Alzheimers sjukdom er den vanlegaste formen for demens og minst 60- 70 % av alle med demens har denne typen i Noreg. I praksis vil det utgjere ca 45 000 personar. Den nest vanlegaste typen er vaskulær demens og utgjør 20-25 % som igjen vil sei omlag 10 000 personar. Vaskulær demens kan gjerne vere meir utbreitt, men da i kombinasjon med Alzheimer sjukdom. I mange situasjonar kan det vere vanskeleg å avgjere ved kliniske undersøkingar om det førelegger Alzheimers sjukdom eller vaskulær demens. Sjeldnare demensformer er Lewylegemer, Parkinson sjukdom med demens og frontotemporallappsdemens. Det er mykje usikkerheit om kor hyppig desse sjukdommane er og det same gjeld demens ved alkoholmisbruk, AIDS eller vitamin mangel. I alt vil pasientar som lider av desse demenstypene utgjere meir enn 95 % av alle som vert ramma av demens etter 65 års alderen (Engedal & Haugen, 2009).

1.3 Åtferdsmessige og psykiske symptomer ved demens

I tillegg til svekka hukommelse og forandring i andre mentale funksjoner, vil dei fleste personar med demens erfare åtferdsmessige og psykiske symptom i sjukdomsforløpet, forkorta til APSD. Desse endringane er regelen snarare enn unntaket ved demenssjukdom og symptoma har ein tendens til å auka i takt med sjukdomsutviklinga (Selbæk, 2005). På grunn av kognitiv svikt og vanskelegare for å halde følelsar under kontroll, har personar med demens ofte svekka evne til å vurdere og forstå ulike situasjonar. Personar med demens handlar gjerne meir impulsstyrt ut frå det som skjer her og no og evna til å ta i bruk kjente meistringsstrategiar er svekka. Det å ha følelsen av å ikkje forstå eller ha kontroll over eigen situasjon kan vere svært stressande og angstfylt og medføre endra åtferd hos pasienten. Åtferda kan skyldast behov som ikkje vert møtt, eller den kan vere ein reaksjon på krav frå omgivnadane som vert urimelige i forhold til evne (Algase et al., 1996; Cohen- Mansfield, 2001). Problemåtferd hos personar med demenssjukdom må ikkje betraktast som avvik, men som reaksjonar tatt i betraktning av dei føresetnadane som pasienten har (Rokstad & Smebye, 2008) og eit forsøk på å kommunisere og meistre eigen situasjon. Åtferdsforandringar er ein hovudårsak til innlegging i sjukeheim, og ca. 70 % av demens pasientane i sjukeheim har åtferdsproblem (Selbæk, Kirkevold, & Engedal, 2007).

Det er fleire konsekvensar ved ubehandla åtferdsproblem. Først og fremst minskar livskvaliteten hos pasienten sjølv, men det påverkar også omgivnadane (Cohen- Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989; Finkel, 2000). Gjennom forskning kan vi sjå at åtferdsproblem påverkar både pårørande (Sink, Covinsky, Barnes, Newcomer, & Yaffe, 2006; Voyer et al., 2005) og helsepersonalet si helse (Eriksen, Ihlebaek, Jansen, & Burdorf, 2006; Voyer et al., 2005). Vidare er det også kjent at åtferdsproblem hos personar med demens i sjukeheim kan føre til auka behov for helsepersonale og auka kostnader i forhold til pleie (Finkel, 2000) samt at det kan føre til stress og utbrentheit hos personalet (Gruber- Baldini, Boustani, Sloane, & Zimmerman 2004). Dei negative konsekvensene av aggresjon har blitt beskrevet i fleire studiar (Gilley et al., 2004; Pulsford & Duxbury, 2006). Manglande evne til å forstå åtferdsproblem kan lede til upassande bruk av medisinar eller tvang og tilbakehalding i institusjon (Cohen- Mansfield et al., 1989; Testad, Aasland & Aarsland, 2007).

1.4 Agitasjon

Agitasjon er ein del av dei åtferdsmessige og psykiske symptoma hos personar med demens. Definisjonen på agitasjon er ein upassande verbal, vokal eller motorisk aktivitet der ingen utanforståande med sikkerhet kan vite kva som er behovet til pasienten (Cohen-Mansfield & Billig, 1986). Agitasjon har vore delt inn på fleire måter sidan definisjonen på agitasjon vart formulert, og allereie i 1986 definerte Cohen- Mansfield ulike grupper av agitasjon. No vert agitasjon vanlegvis delt inn i desse undergruppene:

- 1) Verbal ikkje- aggressiv åtferd, som ein ofte ser ved mild til moderat grad av demens er til dømes konstant krav om merkksamheit, forlangande/sjefete oppførsel og klaging.
- 2) Verbal aggressiv åtferd som ein ofte ser hos pasientar med moderat til alvorlig grad av demens kan vere banning, skriking og roping.
- 3) Fysisk ikkje-aggressiv åtferd ser ein også hos personar med moderat til alvorlig grad av demens og det kan vere rastlausheit, vandring og forsøk på å komme seg ut til ein anna plass.
- 4) Fysisk aggressiv åtferd ser ein som regel hos personar med moderat til alvorlig grad av demens og er til dømes slåing, sparking, kloring og gripe tak i andre (Cohen- Mansfield, 2009; Lorentzen, 2005; Testad & Aarsland, 2008).

For å kunne førebygge eller redusere åtferdsproblem hos personar med demens er ein avhengig av å kunne kjenne til årsaker til at ulike problem oppstår. Det er viktig at personalet har kunnskap om korleis demenssjukdom kan virke inn på kommunikasjonsevna, orienteringsevna og impuls kontroll hos desse personane. Vidare må helsepersonell ha kunnskap om korleis ein kan kompensere for desse funksjonstapa hos pasienten (Sosial-og helsedirektoratet, 2007). For å kunne forstå åtferdsendingane hos personar med demens, må innfallsvinkelen vere vid. Åtferda må sjåast på som ein form for kommunikasjon, eit forsøk frå pasienten si side til uttrykkje seg til omgivnadane når til dømes det verbale språket blir dårlegare (Rokstad, 2005). Alle åtferdsproblem har ulik bakgrunn og årsaksfaktorar. Kartlegging, systematisk identifisering og ein nøyaktig beskriving av pasienten sitt åtferdsproblem er heilt sentralt for å kunne forstå og behandle desse pasientane på best mogleg måte (Testad & Aarsland, 2008).

1.5 Demens og aktiviteter i dagelivet (ADL)

Demenssjukdom vil føre til at pasienten etter kvart får ei svekka evne til forståing for korleis ein kan fungere i dagelivet. Dei fleste med demenssjukdom har ein svikt i evna til å forstå og handle i rom. Slik svikt fører til store utfordringar i praktisk fungeringsevne. Det kan handle om å ikkje finne fram i kjente omgivnader, vanskeleg for å kjenne igjen den same gjenstanden frå ulike vinklar og å skilje mellom høgre og venstre. Intellektuelle evner som merksemd, språk og abstraksjon vert redusert. Handlingssvikt og apraksi er også noko som ofte er velkjente symptom. Ved apraksi veit pasienten kva som skal gjerast, men er ikkje i stand til å utføre bevegelsane som er nødvendig for til dømes å pusse tennene eller å greie håret. Sviktande moglegheit i aktiviteter i dagelivet (ADL) fører til auka behov for hjelp og assistanse frå både pårørande og helsepersonell. Agitasjon og uro kan bli forsterka i ein stille situasjon hos ein person som har demens. I forbindelse med dusjing vil det å kle av seg vere ein svært intim og privat situasjon for dei fleste. Det er gjerne ein uvant situasjon å vere naken med helsepersonell til stades og det kan vere vanskeleg for personar med demens å vite kva som skal skje. Det kan føre til at dei motsett seg hjelpa både fysisk og verbalt (Engedal & Haugen, 2009).

1.6 Agitasjon og ADL- funksjon

Tidlegare forskning har vist at det er ein samanheng mellom dårlegare ADL funksjon og agitasjonsåtfærd hos personar med demens (Cohen- Mansfield & Libin, 2005; Okura et al. , 2010). Forsking har også vist at det er hovudsakleg verbal agitasjon som har ein samanheng med dårlegare ADL funksjon (Cohen- Mansfield & Libin, 2005; Cohen- Mansfield, 2009). Fysisk ikkje-aggressiv agitasjon viste ingen samanheng med svekka ADL funksjon (Cohen- Mansfield & Libin, 2005). I forhold til kjønn har fleire studiar vist at kvinner har meir verbal agitasjon enn menn (Cariga, Burigo, Flynn & Martin, 1991; Cohen- Mansfield & Libin, 2005; Cohen- Mansfield, Marx & Werner, 1992). Personar med fysisk ikkje-aggressiv agitasjon har vist seg å vere yngre enn andre bebuarar (Cohen- Mansfield & Libin, 2005). Ein nyare norsk studie viste ingen samanheng mellom agitasjon, kjønn og alder. Den same studien fant ut at 75,4% av bebuarane med demens hadde minst ein agitert oppførsel minst ein gang i veka og 65,3% hadde fleire gonger i veka. Dei seks vanlegaste agiterte åtfærdene var repeterande setningar eller spørsmål, klaging, banning, vandring, negativisme og generell rastlausheit (Testad et al., 2007). Ein del av dei same funna hadde også ein anna studie der dei seks

vanlegaste agiterte åtferdene var generell rastlausheit, vandring, repeterande setningar, konstant krav om merksemd, klaging og negativisme (Cohen- Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989).

I ein studie av Isaksson, Åström, Sandman & Karlsson (2009) viste at i avdelingar med høg førekomst av problemåtferd vart det også funnet ein høgare andel av pasientar som trengte hjelp av to pleiarar i morgonstell. I Whall et al., (2008) sin studie var dusjing den pleiesituasjonen som tydelegast viste ein samanheng med problemåtferd. Studien viste også at dusj er ein pleiesituasjon som lett kan utløyse angst og akutt forvirring, særleg dersom dette vart utført på ein rask måte. Ein anna studie viste at hos pasientar med lågare ADL funksjon, mindre språkfunksjon og dårlegare motoriske evner hadde høgare førekomst av åtferdssymptom (Edvardsson, Winblad & Sandman, 2008).

1.7 Behandling av demensjukdom og agitasjon

Behandling av pasientar som har ein demens sjukdom og agitasjon er ei kompleks oppgåve. Det finst per i dag ikkje nokre legemidlar eller andre behandlingsmetodar som kan kurere demens sjukdom. Ein klarer ikkje å reversere dei hjerneorganiske skadane som er oppstått, men det finst likevel antidemensmiddel som kan vere med på å betre pasienten sin situasjon ein periode i demensutviklinga (Engedal & Haugen, 2009). For å kunne behandle personar med demens og agitasjon krev det ulike tilnærmingar og fleire perspektiv. Dei komplekse kognitive og emosjonelle forandringane samt åtferdsendingar og personen sine behov i interaksjon med andre, er nokre av utfordringane som helsepersonalet har i møte med denne pasientgruppa (Testad, 2009).

Behandling av personar med demens og agitasjon kan hovudsakleg delast inn i to grupper, psykososial eller miljøbehandling og farmakologisk behandling. Ofte er det ein kombinasjon av begge behandlingsformene som vert brukt (Testad, 2009). Den psykososiale behandlinga har fokus på den individuelle personen og miljøet rundt (Cohen- Mansfield & Mintzer, 2005). Farmakologisk behandling inkluderer antipsykotika, antidepressiva, stemning stabiliserande, anxiolytika og anti-demens medikament (Testad, 2009). Den vanlegaste farmakologiske behandlinga av agitasjon er antipsykotika (Schneider, Pollock & Lyness, 1990). Typiske antipsykotika som risperdone og olanzapine har vist i nokon grad generelle forbetringar av

agitasjon (Ballard & Howard, 2006; Schneider et al., 2006). Bruk av antipsykotika medfører fleire alvorlege biverknader som trøttleik, parkinsonisme, dystoni, tardive dyskinesia (Ballard et al., 2008; Reilly, Ayis, Ferrier, Jones & Thomas, 2000; Schneider et al., 2006) og cerebrovaskulære biverknader inkludert hjarteinfarkt (Ballard & Howard, 2006; Schneider et al., 2006). På grunn av desse uheldige biverknader bør antipsykotika derfor kun bli føreskrive til personar med alvorlege agitasjons problem som forårsakar ein risiko enten for seg sjølv eller andre, eller til personar som har ekstrem uro. Antipsykotisk behandling bør komme etter at psykososiale tiltak har vert prøvd ut og bør kun fortsettast utover 12 veker i særlege høver (Ballard & Howard, 2006).

1.8 Føremålet med studien

Føremålet med studien er å studere kor utbreidd agitasjon er hos personar med demens samt å sjå på samanhengar mellom ulike agitasjonsgrupper og stelle situasjonar hos personar med demens. Vidare er føremålet å samanlikne resultata med tidlegare forskning både nasjonalt og internasjonalt. Det finst lite medisinsk behandlingshjelp å få og oppgåva vil derfor også belyse kva for andre tiltak som kan vere med på å behandle personar med demens og agitasjonsproblem.

1.9 Presentasjon av problemstilling og hypotesar

Problemstilling:

Er det ein forskjell i kjønn, alder og ADL funksjon med fokus på påkledning, personlig stell og dusj hos personar med demens og dei ulike agitasjonsgruppene? I så fall; kva forskjellar utpeiker seg?

Følgjande hypotesar er satt opp for å finne svar på problemstillinga:

- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom høgt nivå av agitasjon og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj*
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom høgt nivå av verbal aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj.*
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom høgt nivå av verbal ikkje-aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj.*
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom høgt nivå av fysisk aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj.*
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom høgt nivå av fysisk ikkje-aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj.*
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom alder og agitasjon*
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom kjønn og agitasjon*

1.10 Avgrensing

Denne studien går ikkje spesifikt inn på dei ulike demenssjukdommane, symptom og årsakene til at dei oppstår. Studien tar heller ikkje for seg spesielle undersøkingar og utredningar i forbindelse med demenssjukdom. På grunnlag av oppgåvas omfang er bruken av tvang i denne oppgåva i mindre grad nemnt, sjølv om dette er ein viktig problemstilling og eit stort tema som ofte er eit dilemma i ein stellesituasjon hos personar med demens og agitasjon.

2.0 Teorikapittel

2.1 Det gode stellet til personar med demens

Personen med demens sitt perspektiv og oppleving av stellet må vere utgangspunktet for å kunne gi eit godt stell (Rokstad, 2008). Omsorga som helsepersonell gir i eit stell er av praktisk karakter, og det kan av og til vere vanskeleg på førehand å vite korleis sjukepleiaren skal handle. I tillegg til å bruke vett og forstand må ein også vise omtanke og ofte fantasi i relasjonen med pasienten (Gjengedal, 2000).

Det er viktig å legge til rette for at pasienten skal kunne bruke sine ressursar maksimalt og oppretthalde sin sjølvstendigheit lengst mogleg. Ein må respektera pasienten sin identitet gjennom heile demensutviklinga (Rokstad, 2008). Informasjonen som vert gitt skal vera tilpassa pasienten sin kommunikasjonsferdigheiter, innlærings evne og kognitive nivå (Slettebø, 2008). Personar med demens som får anledning til å ha innflytelse på sin eigen situasjon kan vere med på å styrkje sjølvfølelsen og gi auka trivsel og velvære i ein stelle situasjon (Rokstad, 2008). Ein skal så langt det lar seg gjere la pasienten sjølv få bestemme korleis situasjonen skal vere, sjølv om han gjerne ikkje har beslutningskompetanse i forhold til andre større avgjersler. Vurdering av beslutningskompetanse henger nært saman med idealet om retten til å bestemme sjølv, altså at pasienten så langt det lar seg gjere skal ha rett til å ta egne val, også der helsepersonell meiner at pasienten tar eit «dårleg» val. Tidlegare var beslutningskompetanse kalla samtykkekompetanse, men alle lovverk som omhandlar dette vil no verta endra til pasienten sin beslutningkompetanse. Lovverk vil no innehalda både retten til å samtykke og retten til å nekte helsehjelp (Helse-og omsorgsdepartementet, 2011).

Fysisk berøring er eit grunnleggande behov hos mennesket uansett alder. Berøring er ein viktig kommunikasjonsform og rettar seg meir mot det emosjonelle enn det kognitive. Berøring er godt eigna til å uttrykkje positive følelsar som sympati og trøst. Dei emosjonelle evnene er bevart langt inn i sjukdomsforløpet og personar med demens har derfor glede av fysisk berøring (Brodtkorb, 2008) og er påverka av den nonverbale kommunikasjonen. Det er derfor viktig å vere bevisst på at hendene våre og berøring er ein stor del av stellet og at vi kan formidle varme og medkjensle eller kulde og manglande interesse (Thorsen, 2005).

2.2 Miljøbehandling og personsentrert omsorg ved demens

Miljøbehandling handlar om korleis fysiske, psykiske og sosiale forhold kan leggast til rette for å oppnå optimal trivsel, meistring og personleg vekst hos pasienten (Henriksen, 2007).

Miljøbehandling er ein form for behandling som har som føremål å betre pasienten sine kognitive, sosiale og praktiske ferdigheter og som inneberer å betre pasienten sin sjølvfølelse og oppleving av meistring (Vatne, 2006). Målet er å sette den enkelte i stand til å bruke sine ressursar maksimalt og bidra til å oppretthalde sjølvstendigheit så lenge som mogleg. Det å skape glede og velvære er også eit sentralt mål. Målsettinga må heile vegen tilpassast den enkelte pasient (Rokstad & Smebye, 2008).

Omgrepet personsentrert omsorg har dei siste åra komen inn som ein behandlingsform for personar med demens og har mange element frå tenkinga om miljøbehandling. Sjølve begrepet personsentrert har blitt brukt i psykoterapeutisk behandling i mange år, men omgrepet vart ikkje bruk i demensomsorga før relativt nyleg. Omgrepet personsentrert omsorg har sitt opphav frå arbeidet til Carl Rogers og i klient- sentrert psykoterapi (Rogers, 1961).

Personsentrert omsorg inneheld fire hovudkomponentar;

- 1) Verdsetjing av personar med demens og for dei som yter omsorg for dei, (V)
- 2) Behandla kvart menneske individuelt, (I)
- 3) Sjå verden frå pasienten sin ståplass, (P)
- 4) Eit positivt sosialt miljø der personar med demens kan oppleve velvære (S) (Brooker, 2004).

Personsentrert omsorg = VIPS modellen

Tom Kitwood som er ein av pionerane i dette arbeidet ønskjer at vi må bevege oss vekk frå kun å ha fokus på demenssjukdommen og heller legge meir vekt på den enkelte pasient si oppleving av sjukdommen. Med det meiner han endring frå ein-sidig fokus på sviktande kognitiv funksjon og ferdigheter, til eit behandlingsperspektiv der pasientane sine moglegheiter, livserfaringar og individualitet blir vektlagt. Dette skulle skje gjennom bevisstgjerjing og kritisk vurdering av den omsorgskulturen vi er ein del av og på denne måten

utvikle ei haldning til personar med demens som setter den enkelte pasient sine behov i framgrunnen. I tillegg til dei hjerneorganiske forandringane som skjer hos personar med demens, utvider Kitwood synet på demens til ein kombinasjon av personlegdom, livshistorie, helse, nevropatologi og sosialpsykologi. Demenssjukdommen hos den enkelte er eit resultat av ein kompleks interaksjon mellom desse fem hovudpunkta (Kitwood, 1999).

For å kunne møte dei ulike utfordringane ein demenssjukdom medfører, trengs det ein personsentrert omsorg som inneberer at vi ser heile mennesket og respekterer pasienten sin identitet gjennom heile demensforløpet. Pleiepersonell må legge til rette for at pasienten skal få bruke dei ressursane ein har samt legge til rette at pasienten skal kunne oppretthalde sin sjølvstendigheit lengst mogleg (Rokstad & Smebye, 2008).

Bruk av personsentrert omsorg, som kan lærast gjennom utdanning blir stadig meir vanlig i institusjonane fordi det kan vere med på oppretthalde personlegheita hos personar med demens. Undersøkingar har vist at gjennom personsentrert omsorg og kartlegging av demens omsorga reduserer ein agitasjonsnivået hos pasienten, samanlikna med vanleg pleie i følge (Cohen- Mansfield, Libin & Marx, 2007; Sloane et al., 2004). Personsentrert omsorg har også vist reduksjon i bruk av antipsykotika til personar med agitasjon (Fossey et al., 2006).

"Dementia care mapping"(DCM) er eit av fleire verktøy som er utarbeida for at helsepersonell skal kunne lære og forstå meir om korleis den enkelte pasienten med demens har det. Tom Kittwood er grunnleggaren for DCM metoden og beskriver metoden som eit seriøst forsøk på å forstå perspektivet til pasienten. Metoden inneberer empatisk innleving i pasienten sin sannsynlege oppleving i bestemte situasjonar, basert på observasjon (Kittwood, 1999).

DCM bygger på grunnsetninga i personsentrert omsorg (Brooker, 2007; Edvardson et al., 2008). Hensikta er å få ein systematisk oversikt over ei pasientgruppe på ein avdeling og vidare sjå på den enkelte pasient sin grad av trivsel og åtferd. I tillegg ser metoden på samhandlingssituasjonar mellom personale og pasient (Rokstad & Vatne, 2009). Detaljerte observasjonar og poengsum av bebuarane sin trivsel, blir gitt tilbake til dei tilsette for å hjelpe til med planlegging og gjennomføring og vurdering av personsentrert behandling (Chenoweth et al., 2009).

Kitwoods tankegang rundt personsentrert omsorg har blitt kritisert for å være for optimistisk (Baldwin & Capstick, 2007). Endring av pleiekultur vil ta lang tid og krev målretta arbeid over lengre tid som inkluderer heile avdelinga og den krev tydeleg og delaktig leiing (Riesner, 2005). Måten leiaren er på i ein institusjon er av stor betydning for å redusere førekomst av problemåtferd. Ein leiar som til dømes undertrykker sine tilsette fremjar eit miljø som kveler initiativ, openheit og fleksibilitet. Dette er med på å føre til stress, spenning og strid hos personalet, noko som igjen kan føre til problemåtferd hos pasientane (Isaksson et al., 2009). Andre igjen er kritisk til Kitwood sitt arbeid fordi dei meiner han overser helsepersonell og pårørande sin rolle hos personen med demens (Adams, 2001; Bender & Cheston, 1999).

2.3 Teoretisk rammeverk knytt opp til problemåtferd

Det finst fleire teoretiske rammeverket og modellar knytta opp mot problemåtferd hos personar med demens (Algase et al. 1996; Cohen- Mansfield, 2001). "The Need-Driven Dementia-Compromised Behavior" (NDB) modell frå 1996 utfordra den vanlege oppfatninga om at problemåtferd hos personar med demens berre var ein del av sjukdomsprosessen (Buettner & Kolanowski, 2003). NDB modellen seier at åtferdsmessige symptom må reknast som eit behov eller eit mål av den enkelte pasient sin åtferd, framfor ein øydeleggande og forstyrrende måte å vere på (Kolanowski, 1999).

NDB modellen reflekter samspelet mellom dei relativt stabile bakgrunnsfaktorane, altså dei faste uforanderlege faktorane som nevrologiske faktorar, kognitive evner, helsestatus og personlegheit med utskiftsbare proksimale faktorar som fysiologisk og psykologisk behov og det fysiske miljøet. Samspelet mellom desse faktorane produserar «behov- driven- åtferd» som er den mest integrerte responsen ein person kan gjere gitt dei føresetnadane som følgje av demenssjukdom. Helsepersonell må styrke dei bevarte evnene hos personen og leggje til rette det fysiske miljøet (Algase et al., 1996; Buettner & Kolanowski, 2003).

Cohen-Mansfield beskriver fleire aktuelle modeller i sin "review" om ikkje-farmakologiske tiltak for upassande oppførsel hos personar med demens. Den eine modellen ho skildrar tar utgangspunkt i pasienten sine udekka behov. Ein av forklaringane hennar seier at problemåtferd kan skyldast eit underliggende behov som helsepersonalet ikkje kan sjå og som dermed fører til utagering. Mange sjukeheimsbebuarar opplever depressive symptom,

kjedsamheit og einsamheit. Dei viktigaste tiltaka for å hjelpe pasienten er å stimulere til aktiviteter og sosial kontakt. Ein meir innsiktsfull tilnærming ville vore å førebygge før pasienten når punktet av udekkede behova. Andre typar behov som kan vere udekkede er tilstrekkeleg med lys, gode toalettvaner, betre kommunikasjon og god smertedekning (Cohen-Mansfield, 2001).

Ein annan modell Cohen- Mansfield beskriv er miljøfølsamhet/ redusert stress- terskel modell; Modellen er basert på at personar med demens utviklar etterkvart ein større følsamhet i forhold til miljøet rundt seg. Stimuli som er heilt normalt for ein person som er kognitiv intakt, kan resultere i ein overreaksjon hos ein person med svekkede hukommelse. Personar med demens vil etterkvart få svekkede meistringsskjensle og derfor vil dei oppleve miljøet rundt seg meir og meir stressande. Samtidig som terskelen deira for å handtera stress vert dårlegare, kan dette føre til angst og upassande oppførsel når stimuli i miljøet overstiger deira kompetanse for å takle stress. Eit miljø med reduserte stimuli kan vere med på å avgrensa stress følelsen og dermed redusere nivået av upassande åtferd (Cohen- Mansfield, 2001) .

Dei ulike modellane treng ikkje å utelukke kvarandre, dei kan vere komplementære (Cohen-Mansfield, 2001).

2.4 Den sjukepleiefaglege tilnærminga

Eg har valt i denne studien å bruke nokre av tankane til Florence Nightingale, i den sjukepleiefaglege tilnærminga. Ho var ein av dei aller første sjukepleieteoretikarane som kan relaterast til den moderne sjukepleia. Allereie på 1800- talet beskriv ho sjukepleie ikkje så ulike den tankegangen vi har i dag, og eg synes mykje av dette også kan relaterast til personar med demens. I følgje Nightingale er ikkje symptomane nødvendigvis eit uttrykk for sjukdom, det kan like gjerne vere eit teikn på utilstrekkeleg ivaretaking som må vere tilstade for at ein skal kunne oppretthalde helse og velvære. Fokuset til Nightingale er ikkje sjølve sjukdommen, men årsaken til sjukdom og konsekvensane av den. Ho er særleg opptatt av det fysiske miljøet mennesket lever i. Nightingale snakkar ein del om forgiftingssprossar som vert satt i gong hos mennesket, med dette meiner ho dårleg luftkvalitet, ureint vatn, opphoping av avfallsstoffer, manglande lys og støy som vesentlege årsaker. Vidare har Nightingale satt opp fem punkt som skal sikre sunnhet for alle og god pleie, desse punkta er; rein luft, reint

vatn, skikkeleg avløp, reinsligheit og lys. Sjukepleiaren som er eit vesentleg element i pasienten sine omgivnader kan forstyrre kroppens krefter gjennom sin fysiske veremåte, utilfredsstillande tiltak basert på uvitenheit og manglande tilrettelegging og planlegging i miljøet. Ein føresetnad for å kunne gjere dette er sjukepleiarens evne til grundig og målretta observasjon. Nightingale gir stor merksemd til evna til å kunne observere og tolke ulike symptom pasienten viser, på ein kunnskapsrik og innsiktsfull måte. Utan dette er god sjukepleie umogleg meiner Nightingale (Nightingale, 1859).

2.5 Vitskapeleg perspektiv

Vitskapsteori handlar hovudsakeleg om vitskapeleg forskning som drøfter kva som er gode måtar å finne sannhet på om ulike fenomen. Vitskapen kan skildrast som ein systematisk og kontrollert utvikling av kunnskap om naturen, mennesket og samfunnet vi lever i. I forhold til helse- og sosialfag er vitskap viktig i spørsmålet om kva som er rettast i samanhengen mellom teori og praksis (Aadland, 2004). Rammevilkåra til vitskapen vert kjenneteikna av objektivitet, systematisering og eit kritisk syn (Forsberg & Wengstrøm, 2008). Ein kan grovt skilje vitskapsteoretisk forskning inn i to retningar; naturvitskap og humanisme. Innanfor kvar av retningane kan vi plassere ulike vitskapssyn i behandlinga av kunnskapen. Positivismen er forankra i naturvitskapen og bygger på logisk fornuft, objektivitet og på det som er målbart, og her er det den kvantitative metoden som blir nytta i forskning. Hermeneutikken er forankra i humanismen og handlar om forståing og fortolking og her er det den kvalitative metoden ein nyttar i forskning. Positivismen ønskjer altså å vere forklarande, medan hermeneutikken fokuserer på forståinga av det ikkje- målbare (Dalland, 2012). Desse metodane vil bli beskrive i større grad under kapittelet design og metode.

I sjukepleiefaget var Florence Nightingale sjølv med på å spreie idear om den positivistiske filosofi. Ho var ein av føregansfigurane innanfor den kvantitative metoden. Ho var overbevist om at dersom ein klarte å dokumentere dei uheldige faktorane i miljøet, så ville ein også kunne fjerne eller førebygge desse og på den måten få betre folkehelse (Sydnes, 2001; Mathisen, 2006). Sjølv var ho svært aktiv under Krimkrigen og brukte den kvantitative metoden til å samla inn data og laga statistikkar som sa at langt fleire personar døyde på grunn av dårleg hygiene, enn av sjølvte krigshandlingane. Av dette datamaterialet laga ho planer om å forbetre hæren sin sanitet (Mathisen, 2006).

Denne studien er kvantitativ og bygger derfor på den naturvitskapelege tradisjonen og positivismen. Det er spørsmålet i studien som bestemmer kva for ein metode ein skal nytta. Eg ynskte å finna svar på om det var ein forskjell i ADL- funksjon og ulike agitasjons typar og om det var ein samanheng mellom agitasjon og dårlegare ADL- funksjon hos personar med demens. Eg har gjennom spørjeskjema som er validert og reliabilitert fått objektiv kunnskap om tema demens, agitasjon og ADL- funksjon. For å finne svar på problemstillingane mine har eg satt opp fleire hypotesar. Når ein snakkar om hypotesar i naturvitskapen kjem ein inn på Karl Popper sin teori som er eit utspring frå positivismen, nemlig den hypotetisk- deduktive metode. Popper meiner at ved å setje opp hypotesar kan ein aldri vete om ein finn fram til sann kunnskap, men ein kan avkrefte hypotesar, ved hjelp av utrekningar. Dersom ein vel å halda fast på hypotesen, må ein laga fleire hypotesar som seier noko om tema vidare. Sånn kan ein halde på og ein kan aldri komme fram til heilt sikker kunnskap, men teorien kan dermed bli styrka i retning om at den er sann i følgje Popper (Thisted, 2010).

3.0 Materiale og metode

3.1 Bakgrunn for studien

Etter å ha jobba med eldre fleire stader, har eg fått interesse for det mangfaldet og utfordringane som finst blant denne aldersgruppa. Mange av dei eldre eg har jobba med har hatt ein demenssjukdom og eg har lært utruleg mykje i møte med desse personane. Det siste året har eg i tillegg til studiet hatt arbeid ved ein forsterka skjerma avdeling for personar med demens. Her har interessa for demens, agitasjon og utfordringar i ADL situasjonar for alvor tatt stor plass. Eg kom tidleg i studiet i kontakt med Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) ved Universitets sjukehuset i Stavanger. Etter kvart har eg blitt ein del av senteret og har vore involvert i eit prosjekt kalla; ” *Bruk av rettighetsbegrensingar og tvang, problematferd og psykofarmaka hos brukere med sviktende hukommelse eller demenssykdom i sykehjem, bofellesskap og heimebaserte.* ”I dette prosjektet er det samla inn data i forhold til bruken av tvang, dagleglivets funksjoner, livskvalitet, utdanning, funksjon, medisinbruk, åtferd, depresjon og nevropsykiatrisk evaluering. Alle personar som skulle inkluderast i prosjektet måtte ha mistanke om demens eller ein demens sjukdom. I denne masteroppgåva har eg valt ut noko av dette datamaterialet som mitt hovudområde. Eg har valt å hovudsakleg nytte data som beskriv alder, kjønn, agitasjon og ADL- funksjon hos personar med demens sjukdom eller mistanke om demens.

3.2 Utval og datainnsamling

Utvalet bestod av pasientar som budde i institusjon, bofellesskap eller fekk heimebaserte tenester. Det var eit strategisk utval og prosjektet har føregått på sør-vest landet. Datamaterialet som er brukt i denne masteroppgåva vart samla inn frå desember 2009 til mai 2010. Inklusjonskriteria for å vere med i studien var at pasientane måtte ha mistanke om demens eller påvist demenssjukdom.

Datamaterialet vart samla inn ved hjelp av fleire spørjeskjema, som er presentert nedanfor under overskrifta måleinstrument. Ressurspersonane frå dei ulike institusjonane fekk opplæring gjennom rettleiing og samtalar i bruk av dei ulike måleinstrumenta som vart nytta i kartlegginga. Deretter utførte dei datainnsamling i eiga verksemd og ressurspersonane brukte

spørjeskjemaet til å intervjuja sjukepleiarar som kjente pasientane godt. Datainnsamlinga har derfor ikkje påverka pasienten, bortsett frå at pasienten måtte samtykke til å delta i studien.

For å sikre anonymiteten best mogleg til deltakarane i prosjektet, av-identifiserte ressurspersonane svara ved å tildele kvar pasient ein kode, og denne var ført på spørjeskjemaet i staden for namnet til pasienten. Eg har ikkje hatt tilgang til namn eller fødselsnummer på pasientane. Oversikta over kva pasient koden svarar til vart innelåst hos den enkelte verksamheit. Dei som har registrert data i SPSS har ikkje hatt tilgang til andre persondata enn det som står i spørjeskjemaet.

3.3 Måleinstrumenta

Pasientens funksjonsnivå vart registrert ved hjelp av PADL (Physical Activities of Daily Living – fysisk selvvoppholdelses skala) som er utvikla av Lawton og Brody. Lawtons skala for dagliglivets aktiviteter (PADL) –er ein skala som vurderer praktisk funksjonsnivå hos pasienten (Lawton & Brody, 1969). PADL skjemaet består av seks ulike variablar (toalett, spising, påkledning, personleg stell, fysisk bevegelse og dusj. I denne studien er det tatt utgangspunkt i tre av variablane: påkledning, personleg stell og dusj. Alle desse variablane har ein skåre frå 0 (lar seg ikkje evaluera), 1 (klarar seg sjølv), 2 (trenger noko hjelp), 3 (trenger moderat med hjelp), 4 (trenger hjelp til alt) og 5 (motsett seg all hjelp). Høg skår på dette instrumentet indikerer dårleg funksjonsevne. Sjå vedlegg nr 4.

I denne studien er det brukt Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) skjema for kartlegging av åtferd (Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989). CMAI skjema er eit validert og reliabelt måleinstrument som er utforma for å kartlegge 29 agiterte åtferdstypar på ein sju punkt skala. I forhold til dei ulike agiterte åtferdstypane kan ein krysse av for «aldri» som gir skåre 1, til «fleire gonger i timen» som gir skåre 7. Høg skåre på dette måleinstrumentet indikerer mykje agitasjon. Ein tar i denne studien utgangspunkt i agitasjon som har vore den siste veka hos pasienten. Vidare har eg valt å dela agitasjon inn i fire undergrupper, slik fleire har gjort i tidlegare studiar (Lorentzen, 2005; Testad & Aarsland, 2008; Cohen- Mansfield, 2009). (1) Fysisk ikkje-aggressiv (vandrar fram og tilbake - formålslaus vandring, kler på seg eller av seg på ein upassande måte, forsøker å komme til ein anna plass t.d. ut av rommet, et/drikk noko som ikkje er berekna til å etast/drikkast, handterer

gjenstandar på ein upassande måte, gøymer gjenstandar, samlar saman gjenstandar, utfører til stadigheit repeterande stereotype bevegelser, generell rastlausheit. (2) Fysisk aggressiv (spytter, slår, sparkar, griper tak i andre, skubbar, kaster gjenstandar, biter, klorer, faller med vilje, skader seg sjølv eller andre (sigarett, varmt vatn), river eller øydelegger gjenstandar, gjer fysiske seksuelle tilnærmingar). (3) Verbal ikkje-aggressiv (konstant krav om merksemd, gjentar setningar eller spørsmål, klager, negativisme). (4) Verbal aggressiv (banning eller verbal aggresjon, lager merkelege lyder, skriker/roper, gjer verbale seksuelle tilnærmingar) Sjå vedlegg nr 3.

Informasjon om utvalet som kjønn, alder, utdanning, etnisitet, sivilstatus, yrke og medikamentbruk kom fram i intervju med sjukepleiar. Sjå vedlegg nr 2.

3.4 Design og metode

Metode er ein systematisk måte å undersøke verkelegheita på. I samfunnsvitenskapen vert det skilt mellom to hovudformer for metodisk tilnærming som er kvalitativ og kvantitativ metode. Det er spørsmålet og type data som avgjer kva for ein metode ein bruker (Bjørndal & Hofoss, 2004). Kvalitative og kvantitative forskingsmetodar kan nyttast åleine eller kombinert. Grovt sett kan vi sei at forskjellen mellom dei ulike metodane er at den kvantitative metoden omformar data til tall og bruker dei i ein statistisk analyse, medan den kvalitative metoden legger vekt på forskaren sin forståing og tolking av den informasjonen som kjem fram i undersøkinga. Målet til begge forskingstradisjonane er å bidra til ein betre forståing av det samfunnet vi lever i, og korleis enkel mennesket, grupper og institusjonar handlar eller samhandlar (Holme og Solvang, 1996). I samfunnsvitenskapen kan derfor eit og same sosiale fenomen gjerne studerast ved hjelp av både kvantitative og kvalitative data. I praksis vil mange kvalitative forskingsopplegg ha innslag av kvantitative materiale og omvendt. Kvalitative og kvantitative tilnærmingar treng ikkje å vere konkurrerende men kan heller brukast som eit meir komplementert forhold til kvarandre (Grønmo, 2004).

I kvantitative undersøkingar kan ein nytta ikkje eksperimentelle design/korrelasjonstudie. Dette nyttar man når ein vil beskrive førekomst av, fordeling av, samanlikning og samanheng mellom variablar, slik som det er gjort i denne studien. Designet kan mellom anna klassifiserast som beskrivande korrelasjon design som også vert kalla survey eller

spørjeskjema undersøking (Ringdal, 2012). Spørjeskjemaet er kjenneteikna ved at det inneheld ferdig formulerte spørsmål og svaralternativ. Slik som her vart det nytta CMAI spørjeskjema og PADL spørjeskjema. Sjå vedlegg nr 3 og 4. Spørsmåla er presise og hensikta er å gjere fenomenet forskaren ønskjer å belyse målbare. Svara vert sett opp ved hjelp av statistikk, ein systematisk talmessig beskriving og fortolka (Johannsen, Tufte & Kristoffersen, 2010). Fordelen med å bruke denne type design er at man kan undersøke mange personar samtidig, samt at det er enkelt å gjennomføre i praksis. Ein svakheit er at ein ikkje kan påvise kva som er årsak og verknad, eller om andre forhold påverkar samanhengar mellom variablane. Ein får altså ikkje ein djupare forklaring på fenomenet ein studerer (Ringdal, 2012).

Når det gjeld kvalitativ metode er det to grunnleggande måtar å samle informasjon på; observasjon eller intervju. I intervju er spørsmåla opne, slik at den som blir intervjuet sjølv kan formulera svara sine (Holme & Solvang, 1996). Kvalitativ metode er berekna på mindre utval men har større fleksibilitet, ved at forskaren kan la meir informasjon komme fram og på den måten lettare kan oppdaga årsakssamanhengar (Johannessen, Tufte & Kristoffersen 2010).

Den kvantitative metoden har sin styrke ved at den i større grad enn den kvalitative gir ein større oversikt og klarer å gripe fatt i det som er representativt og gjennomsnittleg for det utvalet som det vert forska på. På den måten kan ein lettare generalisera og få ein meir heilhetleg oversikt og sjå samanhengar og mønster som går igjen i det man forskar på (Johannessen et al., 2010).

3.5 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet seier noko om datamaterialet sin pålitelegheit og nøyaktigheit. Den seier noko om graden av overensstemninga mellom målingar som er føretatt med det same måleinstrumentet, om vi får det same resultatet kvar gong vi måler (Olsson & Sørensen, 2003). Reliabiliteten kan undersøkast på fleire måtar; stabilitet, indre konsistens analyse og ekvivalens. Stabiliteten inneberer til dømes om ein kan nytte det same spørjeskjemaet til eit utval to gonger og deretter samanlikne resultatata. Dersom resultatet av undersøkingane stemmer overeins er stabiliteten god og reliabiliteten høg. Indre konsistens handlar om dei ulike spørsmåla i spørjeskjema måler dei same eigenskapane. Den mest brukte metoden for å

sjekke indre konsistens er Cronbach`s alfa (Polit & Beck, 2012). Ekvivalensen seier noko om det er samsvar mellom uavhengige datainnsamlingar når ein nyttar det same spørjeskjemaet om det same til same tid. Til dømes kan dei ulike datainnsamlingane vere innbyrdes uavhengige fordi dei vert utført av ulike personar. Ekvivalensen bygger på samanlikning av data i det same undersøkingsopplegget men som er samla inn av ulike observatørar ulike intervjuarar eller ulike forskarar. Reliabiliteten i form av ekvivalens er høg dersom det er stort samsvar i datamaterialet som er samla inn om det same fenomenet med det same undersøkingsopplegget men er henta inn av ulike personar. Altså blir ikkje datamaterialet påverka av kven som bruker undersøkingsopplegget (Grønmo, 2004).

Sjølv om reliabiliteten er høg er det ikkje sikkert at datamaterialet er relevant for det vi har til hensikt å studere. Datamaterialet kan altså ha låg validitet sjølv om reliabiliteten er høg. Validitet handlar om gyldigheita i forhold til dei problemstillingane som skal belyst (Grønmo, 2004). Høg validitet er like viktig som høg reliabilitet. Validitet handlar om måleinstrumentet sin evne til å måle det som faktisk skal målast. Når ein skal utforme spørjeskjema er det fleire validitetsformer som er aktuelle. Til dømes kriterievaliditet, umiddelbarvaliditet, kriterievaliditet, innhaldsvaliditet, begrepsvaliditet og prediktiv validitet. Kriterievaliditet er den sikraste måten å utforske validitet på (Olsson & Sørensen, 2011).

3.6 Forskingsetiske vurderingar

Helsinkideklarasjonen vart oppretta av Verdas legeforeining i 1964 mellom anna for å ta vare på dei etiske verdiane til mennesket. I alle ulike studiar og forskning som handlar om menneske er det forskaren si oppgåve å informere om at all deltaking i forskingsprosjekter er frivillig. Frivillegheita skal stadfestast gjennom informert samtykke (World Medical Assosiation, 2008;art 22).

Alle data vart innhenta frå informantar som kjenner pasientane, det vil sei personalet. Pasientane sin samtykkekompetanse vart vurdert av sjukeheimslege i samarbeid med øvrig personale og vart nedfelt i pasienten sin journal. Informert samtykke vart innhenta frå pasientar med samtykkekompetanse. Hos pasienter utan samtykkekompetanse vart pårørande informert om reservasjonsmulighet mot at pasienten vart inkludert, og dei måtte skriftleg bekrefte at dei ikkje hadde noko i mot dette.

Studien er godkjent hos Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK- VEST) REK er hjemlet i forskningsetikklova og helseforskningslova, og gjer ei vurdering om forskingsarbeidet vert driven forsvarleg. Komiteen veg nytte og risiko opp mot kvarandre og vurderer om personvernet er sikra (REK, 1985).

3.7 Eigen forståing og erfaring frå demensomsorg

Etter å ha jobba ein del i sjukeheim med omsorg for personar med demens med ulike åtferdsproblem, er det klart at eg har min eigen forståing av pasientane sin situasjon. Eg har vore innom fleire sjukeheimar dei siste åra og har på den måten møtt fleire utfordrande situasjonar kring personar med demens. Dette kan føre til at eg kan ha blitt noko farga rundt mine meiningar om problemstillingane. Vurderingane og avgjerslene er tatt ut i frå eit kritisk blick og etter beste evne. Men sjølv ved ein kvantitativ tilnærming kan eigen fagleg bakgrunn påverke studien. Element som språk, kulturbakgrunn, personlege opplevingar og erfaring påverkar forskaren både bevisst og ubevisst. Det kan vere ein fordel at forskaren kjenner til feltet som skal undersøkast, som til dømes å «vete kvar skoen trykker» (Kvale, Brinkmann, Anderssen & Rygge, 2009). Det er derfor til ein viss grad positivt at eg har noko erfaring frå forskings feltet mitt. Likevel kan det vere ein ulempe dersom eigne meiningar og haldningar tar overhand slik at ein blir blinda av ting man tar som sjølv sagt.

3.8 Analyse av data

Datamaterialet vart behandla i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versjon 19.0 og er eit program som er mykje brukt i kvantitativ analyse. Analyse av data kan delast inn i deskriptiv statistikk som beskriver og opp summerer den informasjonen vi har om t.d. ei gruppe menneske. Vidare kan ein tolke resultat frå utval for å finne ut mest mogleg om populasjonen (Polit & Beck, 2012).

Det er nytta deskriptive analyser for å bekrive utvalet. For å sjekke om utvalet var normalfordelt, utførte me ein explorativ analyse (Kolmogorov-Smirnov og Shapiro- Wilk) av dei aktuelle variablane (frå det aktuelle instrumentet) ved å laga histogram og testing av plot, låg p- verdi betyr avvik frå normalfordelinga. Variablane som vart testa viste seg å ikkje vera

normalfordelt ($P \leq 0.000$) og det vart derfor vidare utført ikkje- parametriske testar med Spearman korrelasjonsanalyser. P- verdiane er signifikante når $p \leq 0,05$.

Korrelasjonsanalyse tar sikte på å gi eit enkelt statistisk mål som kan beskrive samanhengen mellom to variablar. Dette målet vert kalla korrelasjonskoeffisient og er eit tal som varierer mellom -1 og +1. Korrelasjonskoeffisientens verdi er eit uttrykk for styrken på samanhengen. Til dømes har eg sett på styrken av samanhengen mellom agitasjon og ADL- funksjon. Ein koeffisient med verdi 0 viser at det er ingen samanheng mellom agitasjon og ADL- funksjon. Jo sterkare samanhengen er, dess meir vil koeffisienten nærme seg -1 eller + 1. Forteiknet viser retninga på samanhengen, altså om den er negativ eller positiv (Grønmo, 2004). I samfunnsvitskapelege undersøkingar vert ein koeffisient opp til 0,20 rekna som ein svak samanheng, verdiar i området 0,30-0,40 indikerar relativt sterk samanheng og over 0,50 svært sterk samanheng (Johannessen, 2009).

Me utførte og ein t-test for å få oversikten over gjennomsnitt summen og standardavviket på alle dei 29 ulike punkta i CMAI skjema. For å sjekke om det var ein forskjell i agitasjon mellom sjukeheimar og bufellesskap/heimeteneste vart det utført ein Independent Samples-Mann- Withney U Test.

I forhold til hypotesane eg har satt opp ønskjer vi å minimalisere risikoen for å ta feil i forhold til enten å forkaste eller behalde hypotesen. Vanleg praksis er å forkaste nullhypotesen, altså hypotesen som seier det motsette av den eigentlege hypotesen (H1) som eg har satt opp. Ein forkastar vanlegvis nullhypotesen når det er minst 95 % sannsynlegheit for at den ikkje er rett. Det betyr at det er mindre enn 5 % sannsynlegheit for at vi tar feil når nullhypotesen vert forkasta. Denne risiko sannsynlegheita (p) vert uttrykt som ein likning i staden for i % ($p < 0,05$) og vert kalla for signifikansnivået. Når signifikansnivået er på ($p < 0,05$) eller ($p < 0,01$) kan vi med 95 % og 99 % sikkerheit sei at hypotesen (H1) er rett (Grønmo, 2004).

4.0 Resultat

4.1 Karakteristikk av utvalet

Utvalet bestod av 314 pasientar, men to måtte fjernast frå studien då ressursperson ikkje hadde fylt ut tilstrekkeleg i spørjeskjema. Til saman vart dermed 312 pasientar inkludert i studien, 240 kvinner og 72 menn. Pasientane budde i sjukeheim, bufellesskap eller fekk heimebaserte tenester. Det var totalt 25 ulike verksemder på sør- vest landet som deltok. Sjukeheimspasientane utgjorde 63,4 % av utvalet. Aldersfordelinga var mellom 45- 101 år og gjennomsnittsalderen var 85 år. 18,9 % av utvalet nytta antipsykotika.

4.2 Svara på hypotesane

- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom høgt nivå av sum agitasjon, høgt nivå av dei ulike gruppene av agitasjon og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj.*

Med 99 % sikkerheit kan ein sei at det var ein positiv samanheng mellom høgt nivå av sum agitasjon og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj. Hypotesen var sann med eit signifikansnivå på 0,01 og ein Spearmans' rho verdi på 0,231.

For gruppa; verbal aggressiv åtferd kan ein med 99 % sikkerheit sei at det var det ein relativ sterk samanheng mellom høgt nivå av verbal aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Hypotesen var sann med eit signifikansnivået på 0,01 og ein Spearmans' rho verdi på 0,313.

I forhold til gruppa; verbal ikkje-aggressiv åtferd, vart det ikkje funne nokon samanheng mellom høgt nivå av verbal ikkje-aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Hypotesen var usann og kan dermed forkastast.

For gruppa; fysisk aggressiv åtferd kan ein med 99 % sikkerheit sei at det var ein relativ sterk samanheng mellom høgt nivå av fysisk aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Hypotesen var sann med eit signifikansnivået på 0,01 og ein Spearmans'rho verdi på 0,355.

Når det gjeld gruppa; fysisk ikkje-aggressiv åtferd, kan ein med 95 % sikkerheit sei at det var ein svak samanheng mellom høgt nivå at fysisk ikkje-aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusjesituasjonar. Hypotesen var sann med eit signifikansnivå på 0,05 og ein Spearman' rho verdi på 0,142.

- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom alder og agitasjon*

Hypotesen er sann med eit signifikansnivå på 0,05 og ein Spearmans' rho verdi på -0,142. Vi kan sei med 95 % sikkerheit at det er ein svak samanheng mellom alder og agitasjon, altså dess yngre pasientane er dess meir agiterte er dei. I forhold til dei ulike gruppene av agitasjon fant vi den sterkaste samanhengen mellom fysisk aggressiv åtferd og alder som hadde ein Pearsons r verdi på -0,167 og eit signifikansnivå på 0,01. Samanhengen er likevel svak, men tendererr altså til at yngre personar med demens har meir fysisk aggressiv åtferd enn eldre personar med demens. Dette kan vi sei med 99 % sikkerheit.

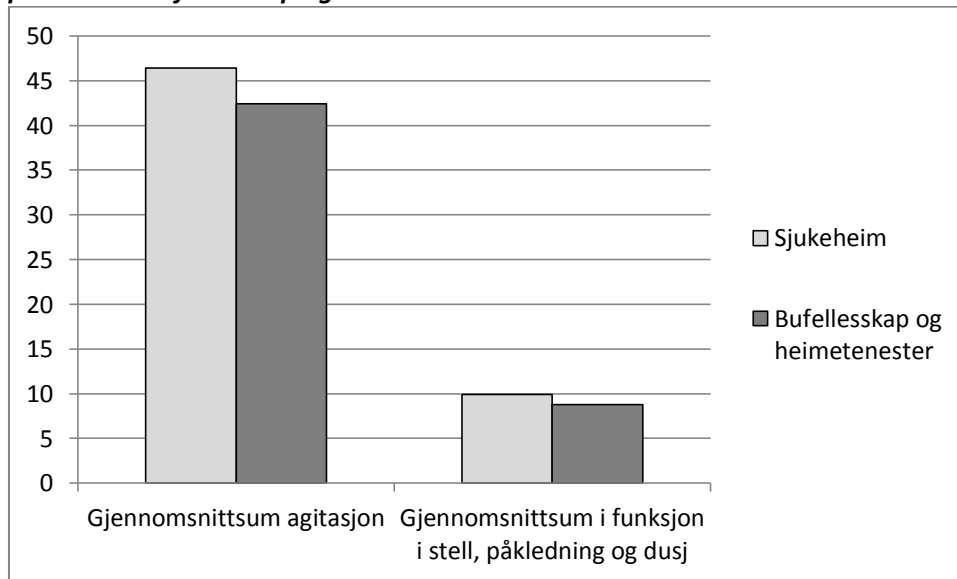
- *H1 Det er ein positiv samanheng mellom kjønn og agitasjon*

Hypotesen er usann, vi fant ingen signifikante samanhengar mellom kjønn og agitasjon. Hypotesen kan dermed forkastast.

4.3 Agitasjon og funksjon i stell, påkledning og dusj

Den totale gjennomsnittskåren for agitasjon blant alle pasientane som deltok i studien var 44,77 poeng. Figuren nedanfor viser at gjennomsnittsskåren for personane i sjukeheim var 46,44 poeng, og at dei som budde i bufellesskap eller fekk heimetenester i heimen hadde ein gjennomsnittsskåre på 42,43 poeng. Gjennomsnittsskåren på funksjon i stell, påkledning og dusj for alle pasientane i utvalet var 9,38. Dei som budde i sjukeheim hadde ein gjennomsnittsskåre på 9,9, medan dei som budde i bufellesskap eller fekk heimetenester hadde ein gjennomsnittsskåre på 8,8.

Figur 1. Forskjell i agitasjon og funksjon i stell, påkledning og dusj mellom pasientar i sjukeheim og pasientar i bufellesskap og i heimen.



4.3 Agitasjon, kjønn og alder

I forhold til alder og sum agitasjon kunne vi sjå at det var ein svak samanheng. Det var også ein svak samanheng mellom alder og den fysiske ikkje-aggressive åtferda og den fysiske aggressive åtferda. Dette kan tyde på at dess yngre personane med demens er dess meir fysisk agitert åtferd har dei. Studien fann ingen signifikante samanhengar mellom kjønn og agitasjon eller ADL- funksjon.

5.0 Diskusjon

I dette kapittelet vil alle funna mine bli drøfta opp mot tidlegare forskning, teori og modellar om demens, agitasjon og ADL-funksjon. Vidare vil eg komme inn på ulike behandlingsformar for demens og viktigheita av å forske på nettopp dette området.

5.1 Agitasjon hos personar med demens

Både denne studien og tidlegare studiar har vist at agitasjon er svært vanleg hos personar med demens (Cohen- Mansfield et al., 1989; Testad et al., 2007; Selbæk, 2005). Heile 83,3 % av pasientane i denne studien var agitert minst ein gang i veka. Kvifor så mange personar med demens har agitasjon kan vere vanskeleg å seie, men det er utvikla fleire teoriar og modellar på kva som kan vere med på å utløyse slik åtferd. På grunn av kognitiv svikt og dermed svekka evne til å vurdere og forstå ulike situasjonar kan det vere vanskelegare for personar med demens å halde følelsar under kontroll. Evna til å ta i bruk kjente meistringsstrategiar er svekka. Det kan vere stressane og angstfylt og ikkje forstå kva som skal skje i ulike situasjonar. Dette kan då føre til endra og upassande åtferd hos pasienten (Algase et al. 1996; Cohen- Mansfield, 2001). "The Need- Driven Dementia-Compromised Behavior" (NDB) modell utfordra i 1996 den vanlege oppfatninga om at problemåtferd berre var ein del av sjukdomsprosessen hos personar med demens (Buettner & Kolanowski, 2003). NDB modellen sine synspunkt sette søkelyset på at åtferdsmessige symptom må sjåast på som eit behov eller eit mål for pasienten som han ønskjer å oppnå, framfor som ein forstyrrende måte å vere på (Kolanowski, 1999). Ein av modellane til Cohen- Mansfield (2001) er ikkje så ulik NDB modellen, ho tar utgangspunkt i pasienten sine udekkte behov og seier vidare at problemåtferd kan skyldast eit underliggjande behov som helsepersonalet ikkje klarar å forstå, og som dermed fører til utagering. Ho vektleggjer blant anna at mange personar med demens er plaga av depressive symptom og kjedsamheit i tillegg, og helsepersonell bør derfor stimulere til meir aktivitet og sosial kontakt med pasientane. Vidare er det svært viktig å vere observant på at personar med demens må få dekkte sine grunnleggande behov som til dømes gode toalettvaner og god smertelindring. Ein studie av Husebo et al.,(2011) viste at med god smertelindring gjekk nivået av agitasjon signifikant ned hos sjukeheimspasientar. Det er altså svært viktig å prøve å tolke og forstå kvifor pasienten har agitert åtferd. Ein anna modell av Cohen- Mansfield, (2010) beskriv er miljøårbarhet/reduert stress- terskel modellen. Den er basert på at personar med demens etterkvart utviklar ein større sårbarhet i forhold til miljøet

rundt seg. Stimuli i miljøet som gjerne verkar heilt fint for helsepersonalet, kan for personar med demens resultere i ein overreaksjon, når terskelen for å handtera mange inntrykk samtidig blir for mykje. Studien viste ein signifikant forskjell i agitasjonsnivået hos personar som budde i sjukeheim i forhold til dei som budde i bufellesskap eller i heimen. Pasientane i sjukeheim var mest agiterte. Dette samsvarer godt med studien til Selbæk et al.,(2007) som fann ut at åtferdsproblem var ein av hovudårsakene til innlegging i sjukeheim. Dei seks mest vanlegaste agiterte åtferdene eg fann i denne studien var; gjentar setningar eller spørsmål, konstant krav om merksemd, generell rastlausheit, vandring, klaging og negativisme. Desse seks åtferdene stemmer heilt overeins med ein tidlegare internasjonale studie av Cohen-Mansfield et al.,(1987). Ein nyare norsk studie kom og fram til dei same åtferdene, med unntak om konstant krav om merksemd (Testad et al., 2007). Agitasjon er altså vanleg og det visar seg at mange av dei same åtferdstypene går igjen.

5.2 Samanhengar mellom alder, kjønn, funksjon og agitasjon

I ein stell, påkledning og bad/dusj situasjon kan det vere mange inntrykk for ein person med demens å registrere på ein gang. Gjerne er det to pleiarar samtidig som skal hjelpe til, noko som kan vere med på å forvirre personen ytterligare dersom helsepersonalet ikkje er svært konsekvent med måten dei går fram på inne hos pasienten. I studien var gjennomsnittskåren på funksjon i stell, påkledning og dusj blant alle pasientane; 9,38 poeng. Det vart funnen ein signifikant forskjell i funksjon mellom sjukeheimspasientane opp mot dei som budde i heimen eller i bufellesskap. Dei som budde i sjukeheim fungerte dårlegast i stell situasjonar med ein gjennomsnittskåre på 9,9 dei øvrige hadde ein gjennomsnittskåre på 8,8. Dette indikerer likevel at dei fleste pasientane i utvalet treng mykje hjelp i stell situasjonar, då ein skåre på 9 betyr at ein treng moderat og regelmessig hjelp og ein skåre på 12 betyr at ein treng hjelp til alt. Dess meir agitasjon pasienten hadde, dess dårlegare fungerte han og i stell. Likevel kan ein ikkje sei kva som kom først. Kanskje kan det vere agitasjonen som fører til at stell situasjonar blir vanskeleg, eller det kan vere stellet i seg sjølv som utløyser agitasjon. Dei fleste med demens er eldre og har gjerne andre sjukdommar i tillegg som svekkar både den fysiske og psykiske yteevna, noko som også vil påverke funksjonsevna.

Det å vere naken i ein dusjsituasjon kan vere svært angstfylt og stressane for ein person med demens dersom han ikkje forstår kva som skal skje. Agitasjon og uro kan dermed bli forsterka i ein slik sårbar situasjon, gjerne meir enn i ein måltidssituasjon, der helsepersonalet sjeldan

kjem så tett innpå pasienten. Ein kan jo derfor spørje om det å føle seg rein og velstelt er like nødvendig for alle kvar dag? Florence Nightingale (1859) beskreiv tidleg at reinslighet var viktig for at pasienten skulle ha det godt. Nokre pasientar kan jo gjerne bli agiterte dersom dei nettopp føler seg skitten og uvel. Det å føle seg rein og fin kan for mange vere ein god oppleving og kan gjerne vere med på å motverke agitasjon. Det kan derfor vere svært vanskeleg for helsepersonell og heile vegen vete kva som er det beste for den enkelte pasient i ein stellesituasjon.

Uansett så viser denne studien at dess meir agiterte personar med demens er, dess dårlegare fungerer dei også i stell, påkledning og dusj situasjonar. Dette samsvarar med tidlegare funn av Cohen-Mansfield & Libin, (2005); Edvardsson et al., (2008); & Okura et al., (2010) som også fann ut at det var ein samanheng med dårlegare ADL- funksjon og agitasjonsåtferd hos personar med demens. I studien til Isaksson et al., (2008) viste det seg at i avdelingar med høg førekomst av problemåtferd vart det også funne ein høgare andel av pasientar som trengte hjelp av to pleiarar i morgonstell. Noko som også kan indikera ein samanheng mellom dårlegare ADL- funksjon og agitasjon. Ein anna studie av Whall et al., (2008) var dusjing den situasjonen som tydeligast viste ein samanheng med problemåtferd.

I denne studien var den sterkaste samanhengen mellom fysisk aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj. Personar med demens som har ein åtferd som er prega av slåing, sparking, spyting og kaster gjenstander, fungerte altså dårlegare i stellesituasjonar enn personar som ikkje har denne type agitasjon. Studien fann og ein relativ sterk samanheng mellom verbal aggressiv åtferd som til dømes banning, skriking og roping og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj. Dette samsvarer med tidlegare studiar utført av Cohen-Mansfield, (2009); Cohen-Mansfield & Libin, (2005), men dei har då sett på alle typar verbal agitasjon opp mot ADL- funksjon. Studien fann ein svak samanheng mellom alder og agitasjon generelt, og resultatene tenderer til at dess yngre personane med demens er, dess meir agiterte er dei. Den sterkaste samanhengen var mellom gruppa fysisk aggressiv åtferd og alder, noko som kan ha noko med at ein gjerne er fysisk betre i form dess yngre ein er og derfor har krefter til å slå, sparka og skubba andre. Ein studie utført av Cohen-Mansfield & Libin, (2005) fann ut at personar med fysisk ikkje-aggressiv åtferd var yngre enn andre bebuarar. Testad et al., (2007) sin studie viste derimot ingen samanheng mellom agitasjon og

alder. I forhold til kjønn og agitasjon viste studien ingen sammenheng. Dette samsvarer med studien til Testad et al., (2007). Fleire internasjonale studiar har derimot vist at kvinner har meir verbal agitasjon enn menn (Cariaga et al., 1991; Cohen – Mansfield & Libin, 2005; Cohen- Mansfield and Marx, 1992).

5.3 Behandling av demenssjukdom

Men kva kan vi som helsepersonell gjere for å hjelpe personar med demens og agitasjon slik at dei kan få ei betre oppleving i ein stell situasjon? Det finst lite medikamentell behandling som kan vere med på å hjelpe personar med desse utfordringane. Men det er klart at nokon kan ha nytte av enkelte medikament i periodar av sin demenssjukdom. Den vanlegaste farmakologiske behandlinga av agitasjon er antipsykotika (Schneider et al., 1990). I denne studien var det 18,9 % av utvalet som fekk antipsykotika. Sjølv om antipsykotika er den vanlegaste behandlingsforma mot agitasjon, medfører antipsykotiske legemiddel alvorlege biverknader (Ballard et al., 2008; Ballard & Howard, 2006; Reilly et al., 2000; Schneider et al., 2006). Effekten av antipsykotika har peikt i ulike retningar (Schneider, Dagerman & Insel, 2006). Men bruk av antipsykotika kan likevel for nokre pasientar med ekstrem uro og problemåtfærd vere nødvendig, men andre tiltak som psykososiale tiltak bør ha vert prøvd ut på førehand (Ballard & Howard, 2006).

Sjølv om det finst lite medisinsk behandling som er god nok til å hjelpe personar med demens og agitasjon er det likevel utvikla fleire andre tiltak, som kan vere til hjelp for ein del av desse pasientane. Personsentrert omsorg for personar med demens har dei siste åra komme fram som ein god behandlingsform for denne pasientgruppa. Personsentrert omsorg har fleire element frå den vanlege miljøbehandlinga som er mykje brukt særleg i institusjonar, der fokuset er å leggje til rette både det fysiske og psykiske miljøet rundt pasienten. Tom Kitwood er ein av pionerane i det personsentrerte arbeidet, der tankegangen er å bevege seg vekk i frå kun å ha fokus på demenssjukdom og heller leggje meir vekt på den enkelte pasient si oppleving av sjukdommen. Personsentrert omsorg inneheld fire hovudkomponentar som til saman utgjere VIPS modellen. VIPS modellen sitt hovudfokus er i tillegg til å verdsetje personane som yter omsorg for dei mest av alt fokusert på den enkelte pasient sin individualitet og det å sjå verden frå pasienten sin ståplass. Det å ha fokus på eit positivt miljø rundt pasienten inngår også i VIPS modellen. Den personsentrerte omsorga til Kitwood har

blitt kritisert av andre for å vere for optimistisk. Baldwin & Capstick (2007) meiner at endring av ein slik pleiekultur vil ta lang tid og krev målretta arbeid over lengre tid som inkluderar alle tilsette og det er nødvendig med ei god leiing. Vidare seier dei at det lett kan føre til konflikhtar i personalgruppa dersom leiaren ikkje er tydeleg nok, noko som igjen kan gå utover pasientane på ein negativ måte. Andre igjen er kritisk fordi dei meiner Kitwood overser helsepersonalet og pårørande si rolle i møte med personen som har demens. Dei meiner at den personsentrerte framgangsmåten ikkje fangar opp den avhengigheita og gjensidigheita som det er mellom personen som har demens og helsepersonell og pårørande (Adams, 2001; Bender & Cheston, 1999). Bender & Cheston (1999) utvikla derfor ein anna modell kalla personfokusert som dei meiner går breiare ut og inkludere meir enn Kittwood sin personsentrerte behandlingsform. På tross av at Kitwood har blitt kritisert har personsentrert omsorg vist reduksjon av agitasjonsnivået hos personar med demens (Cohen-Mansfield et al., 2007; Sloane et al., 2004) og omsorga har også vist ein nedgang i bruken av antipsykotika til personar med agitasjon (Fossey et al., 2006). «Dementia care mapping» (DCM) observasjonsverktøyet som Kitwood utvikla i forbindelse med personsentrert omsorg, kan derfor vere eit godt hjelpemiddel for å forstå åtferda til personar med demens og agitasjon betre. Nightingale (1859) beskrev og i si tid, viktigheita av observasjon av den individuelle pasienten. DCM metoden skal hovudsakeleg nyttast i fellesareal og dersom ikkje denne kartlegginga gir resultat i form av mindre agitasjon i stell situasjonar, kan ein nytte Marte Meo-metoden. Marte Meo-metoden nyttar film i form av å ta video opptak av pasienten og personale i ein konkret stelle situasjon. Etter den bestemte situasjonen gir Marte Meo-terapeuten forslag ved hjelp av filmen til helsepersonalet på kva som kunne ha vore gjort annleis i situasjonen (Aarts, 2000).

Ubehandla åtferdsproblem minskar livskvaliteten hos pasienten (Cohen-Mansfield et al., 1989; Finkel 2000). Det å finne gode behandlingsmetodar for personar med demens og agitasjon er ikkje berre svært viktig for pasienten sjølv, det har også mykje å seie for helsepersonell og pårørande sin situasjonen. Sjølv om NDB modellen til Algase meiner at vi skal sjå på åtferda som eit behov eller mål for pasienten og ikkje som ein forstyrrande måte å vere på, påverkar det likevel helsa til helsepersonalet (Eriksen et al., 2006; Voyer et al., 2005) og pårørande i negativ retning (Sink et al., 2006; Voyer et al., 2005). Personleg tenker eg at agitasjon også kan påverka andre bebuarar dersom personen med demens og agitasjon bur i

institusjon. Det er vidare kjent at ubehandla åtferdsproblem kan føra til auka behov for helsepersonell og auka kostnader til pleie (Finkel, 2000). Manglande evne til behandla eller å forstå åtferdsproblem kan og føre til upassande bruk av medisinar eller tvang, ovanfor personar med demens og agitasjonsproblematikk (Cohen-Mansfield et al., 1989; Testad et al., 2007).

5.4 Validitet i studien

Det er fleire element i planlegginga og i datainnsamlinga som er med på å svekke validiteten i denne studien. Prosjektet var i utgangspunktet lagt opp til å samle inn data om tvangsbruk blant personar med demens i forhold til innføringa av kapittel 4A i pasientrettighetslova. Prosjektet kartla likevel meir informasjon om pasientane enn tvangsbruk, dette for å få eit større bilete av denne pasientgruppa. På grunn av interesse og oppgåvas omfang, valte eg hovudsakleg nytte data som var samla inn om agitasjon og ADL- funksjon. Eg har derfor ikkje kunne « farga » så mykje av kva som kunne komma ut av sjølve undersøkingsprosessen, noko som kan vere positiv. Begge desse spørjeskjema er velkjente og mykje nytta både internasjonalt og i Noreg. I spørjeskjema knytt til ADL funksjon står bading som ein av variablane som eg har nytta. Eg har konsekvent brukt omgrepet dusj i staden for i denne oppgåva då det ofte er det som er vanlegast. Dette kan likevel ha forvirra enkelte sjukepleiarar når dei har svart på pasienten sin funksjon i bading dersom dei ikkje ser på dusjing som bading.

Det som kan vere med på å svekke den eksterne validiteten er at det er ein mangel på oversikt over kor mange pasientar som vart spurt om å delta. Dei ulike verksemdene har meldt talet på respondentar til hovudansvarelg for prosjektet, men det fint ikkje ein oversikt over kor mange som takka nei. Utvalstørrelsen kunne med fordel ha vore større, slik at ein kunne ha fått meir robuste funn. Samanhengane som er funnen bør undersøkast i større utval slik at ein kan generalisera svara i større grad.

5.5 Implikasjoner for praksis

Kva kan så denne studien bidra med ute i praksis? Resultata frå denne masteroppgåva vil i tillegg til å bli sendt inn til tidsskriftet "Sykepleien forskning" som vitenskapeleg artikkel, bli lagt fram ved fleire sjukeheimar i distriktet. Dette for at flest mogleg personar skal få meir kunnskapar om demens, agitasjon og ADL funksjon og informasjon om dei utfordringane som ligg hos denne pasientgruppa. I tillegg ønskjer eg å belyse kva for behandlingsformer som finst per i dag for personar med demens og agitasjon. Det er viktig for sjukepleiarar og anna helsepersonell å få kunnskap om kva agitasjon er, kor utbreitt agitasjon er og korleis dette kan ha ein samanheng med funksjonsevna i stellesituasjonar.

Talet på personar med demens vil vere fordobla i år 2040 dersom førekomsten av demens held seg på dagens nivå og dersom det fortsatt ikkje finst ein kur for sjukdommen. I dag er allereie 250 000 personar i Noreg berørt av demenssjukdom og fleire vil det derfor bli (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Demens er ein av dei vanlegaste mentale sjukdommane og hovudårsaken til at personar vert innlagt i sjukeheim. Vidare forskning på både demens, agitasjon og ADL-situasjonar, samt forskjellige behandlingsformer både farmakologiske og psykologiske er nødvendig for å kunne hjelpe denne pasientgruppa best mogleg.

5.6 Konklusjon

Sjølv om Popper meiner at vi aldri kan komme fram til sikker kunnskap, viser denne studien langt på veg at det var ein samanheng mellom gruppene fysisk aggressiv åtferd, fysisk ikkje-aggressiv åtferd, verbal aggressiv åtferd og dårlegare funksjon i stell, påkledning og dusj. Dei yngste pasientane hadde meir agitasjon enn dei eldste. Sjukeheimspasientane fungerte dårlegare i stell situasjonar og hadde meir agitasjon enn resten av utvalet. Totalt 83,3 % av pasientane i studien var agitert minst ein gang i veka.

6.0 Litteratur

1. Adams, T. (2001). The construction of moral identity within accounts of informal careers of people with dementia. *Education and Ageing* (16), 39-53.
2. Algase, D. L., Beviewck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., & Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer`s Disease and other Dementias* 11 (11): 10-19.
3. Baldwin, C., & Capstick, A. (2007). Tom Kitwood on Dementia. A reader and Critical Commentary. *Open University Press, Berkshire, England and New York, USA*.
4. Ballard, C., & Howard, R., (2006). Neuroleptic drugs in dementia: benefits and harm. *Nature Reviews. Neuroscience* 7(6), 492-500.
5. Ballard, C., Lana, M. M., Theodoulou, M., Douglas, S., McShane, R., Jacoby, R., Kossakowski, K., Yu, L. M., & Juszczak, E. (2008). A randomised, blinded, placebo-controlled trial in dementia patients continuing or stopping neuroleptics (The DART-AD Trial). *PLoS Medicine*, 5(4), 0587-0599.
6. Bender, M. P., & Cheston, R. (1999). *Understanding Dementia: The Man With the Worried Eyes*. J. Kingsley. London, UK.
7. Brodtkorb, K. (2008). Stellet- mulighetens arena. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
8. Brooker, D. (2004). What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology* 13;215-222.
9. Brooker, D. J., Wooley, R. J., & Lee, D. (2007). Enriching opportunities for people living with dementia in nursing homes: an evaluation of a multi-level activity-based model of care. *Aging Mental health* 11:361-370.
10. Buettner, L., & Kolanowski, A., (2003). Practice guidelines for recreation therapy in the care of people with dementia. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 24(1): 18-23.
11. Cariga, J., Burgio, L., Flynn, W., & Martin, D.A. (1991). A controlled study of disruptive vocalizations among geriatric residents in nursing homes. *Journal of the American Geriatric Society*, 39 (5): 501-507.
12. Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.H., Brodaty, H., Parbury, J.S., Norman, R., Haas, M. & Luscombe, G., (2009). *Caring for Aged Dementia Care Resident Study*

- (CADRES) of person-centered care, dementia- care mapping, and usual care in dementia: a cluster- randomized trial. *Lancet Neurology*, 8:317-325.
13. Cohen- Mansfield J. (2009). Agitated behavior in persons with dementia: The relationship between type of behavior, its frequency, and its disruptiveness. *Journal of Psychiatric Research*, 43: 64- 69.
 14. Cohen- Mansfield J. (2001). Nonpharmalogical interventions for inappropriate behaviours in dementia. A review, summary, and critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (4): 361-381.
 15. Cohen- Cohen-Mansfield, J., & Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(10): 711-721
 16. Cohen-Mansfield, J., Libin, A., & Marx, M. S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *The Journals Of Gerontology. Series A, Biological Sciences And Medical Sciences*, 62(8): 908-916.
 17. Cohen- Mansfield, J., & Libin, A. (2005). Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *Journal of Psychiatric Research*, 39: 325-332.
 18. Cohen- Mansfield, J., M. S. Marx, Werner, P. (1992). Agitation in elderly persons: an integrative report of findings in a nursing home. *International Psychogeriatrics*, 4: 221-240.
 19. Cohen- Mansfield, J, Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of Agitation in a Nursing Home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44(3): 77-84.
 20. Cohen-Mansfield, J., & Mintzer, J. E. (2005). Time for change: the role of nonpharmacological interventions in treating behavior problems in nursing home residents with dementia. *Alzheimer Disease And Associated Disorders*, 19(1): 37-40.
 21. Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
 22. Dewing, J. (2010). Wander-Walking and people with dementia. In Hughes R(Ed) *Rights, Risk and Restraint-Free Care of Older People. Person-Centred Approaches in Health and Social Care*. London, Jessica Kingsley.
 23. Edvardsson, D., Sandman, P. O., Nay, R., & Karlsson. S. (2008). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral

- symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20(4):764-776.
24. Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. O., (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurology*, 7(4): 362-367.
25. Engedal, K. & Haugen, P. K., (2009). Lærebok: demens: Fakta og utfordringer: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
26. Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., Jansen J. P, Burdorf, A. (2006) The relations between psychosocial factors at work and health status among workers in home care organizations. *International Journal of Behavioral Medicine*, 13(3): 183-192.
27. Finkel, S., (2000). Introduction to behavioural and psychological symptoms of dementia (BPSD). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(1): 2-4.
28. Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing by Florence Nightingale*. Facsimile of the First Edition, printed in London. Reproduced by offset in 1946 by Edward Stern & Company, Inc., Philadelphia, Pennsylvania.
29. Forsberg, C., & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier : värdering, analys och presentation*. Stockholm: Natur och kultur.
30. Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., et al.,(2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 332(7544): 756-761.
31. Gilley, D. W., Bienias, J. L., Wilson, R. S., Bennett, D. A., Beck, T. L., & Evans, D. A. (2004). Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. *Psychological Medicine*, 34(6): 1129-1135.
32. Gjengedal, E. (2000). Omsorg og sykepleie. I: H. Alvsvåg & E. Gjengedal (Red.). *Omsorgstenkning- en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjerke.
33. Gruber-Baldini, A. L., Boustani, M., Sloane, P. D., Zimmerman, S. (2004). Behavioral symptoms in residential care/assisted living facilities: prevalence, risk factors, and medication management. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10): 1610-1617.
34. Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

35. Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Delplan til Omsorgsplan 2015; Demensplan 2015 "Den gode dagen"* (pp. 1-24). Oslo: Departementet
36. Holme, I. M., & Solvang, B. K. (1996). *Metodevalg og metodebruk*. Oslo; TANO Ascehoug
37. Husebo, B. S., Ballard, C., Samd vik, R., Nilsen, O. B., & Aarsland, D. (2011). Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. *British Medical Journal* 343(15): 4065 doi:10.1136.
38. Isaksson, U., Åström, S., Sandman, P. O., & Karlsson, S. (2009). Factors associated with the prevalence of behavior among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 18(7): 972-980.
39. Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS*. Oslo: Abstrakt Forlag
40. Johannessen, A., Tufte, P. A, & Kristoffersen, L. (2010) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt Forlag.
41. Kitwood, T., Ed. (1999). *En revurdering af demens-personen kommer i første række*. Frederikshavn, Dafolo Forlag.
42. Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). A new approach to the evaluation of dementia care. *Journal of Advances in Health and Nursing Care*, 1(5): 41-60
43. Kolanowski, A. M. (1999). An overview of the need-driven dementia-compromised behavior model. *Journal of Gerontological Nursing* 25(9): 7-9.
44. Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
45. Lawton, M. P., & Brody, E. M., (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, 9(3): 179-86.
46. Lorentzen, B. (2005) Atferdsmessige og psykiske symptomer ved demens. *Geria-Tema; Temahefte fra Geria (Ressurssenter for aldersdemens/alderspsykiatri) nr. 4, 2005*.
47. Mathisen, J., Ed. (2006). *Sykepleiehistorie*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
48. NOU 2011: 9. (2011) Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet: Balansegangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: Helse og

omsorgsdepartementet. Henta frå

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-9.html?id=647625>

49. Okura, T., Plassman, B. L., Steffens, D. C., Llewellyn, D. J., Potter, G. G., & Langa, K. M. (2010). Prevalence of neuropsychiatric symptoms and their association with functional limitations in older adults in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Journal of the American Geriatrics Society* 58(2): 330-337
50. Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprosessen: kvalitative og kvantitative perspektiv*. Stockholm: Liber
51. Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health
52. Pulsford, D., & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 13(5): 611-618.
53. Reilly, J. G., Ayis, S. A., Ferrier, I. N., Jones, S. J, Thomas, S. H. (2000). QTc-interval abnormalities and psychotropic drug therapy in psychiatric patients. *Lancet*, 355(9209): 1048-1052.
54. Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK): <http://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/forside?lan=2>
55. Rogers CR. (1961) *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
56. Rokstad, A. M. M. & Smebye, K. L. (2008). *Personar med demens: møte og samhandling*. Oslo, Akribe.
57. Rokstad A. M. M. (2005). *Kommunikasjon på kollisjonskurs. Når atferd blir vanskelig å mestre*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
58. Rokstad, A. M. M., & Vatne, S. (2009). Dementia care mapping-en mulig metode for utvikling av demensomsorg i sykehjem. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 2(5), 46-61.
59. Riesner, C (2005) *Die Entwicklung personzentrierter Pflege für Menschen mit Demenz im Rahmen eines Modellprojekts, Eine Evaluationsstudie ausgewählter Einrichtungen*. Intitut für Plegewissenschaft, Fakultat für Medizin, Private Univeritat Witten/Herdecke GmbH.
60. Ringdal, K. (2012). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget

61. Schneider, L. S., Dagerman, K., & Insel, P. S. (2006). Efficacy and Adverse Effects of Atypical Antipsychotics for Dementia: Meta-analysis of Randomized, Placebo-Controlled Trials. *American Journal Geriatric Psychiatry*, 14:3, 191-210
62. Schneider, L. S., Pollock, V. E., & Lyness, S. A. (1990). A metaanalysis of controlled trials of neuroleptic treatment in dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(5): 553-563.
63. Schneider, L. S., Tariot, P. N., Dagerman, K. S., Davis, S. M, Hsiao, J. K., Ismail, M. S, et al (2006). Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *The New England Journal Of Medicine*, 355(15): 1525-1538.
64. Selbæk, G. (2005) Atferdsforstyrrelser og psykiatriske symptomer ved demens. *Tidsskriftet for Den norske lægeforening*, 125: 1500-1502.
65. Selbaek, G., Kirkevold. O., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(9): 843-849.
66. Sink, K. M., Covinsky, K. E., Barnes, D. E., Newcomer, R. J., Yaffe, K. (2006). Caregiver characteristics are associated with neuropsychiatric symptoms of dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 54(5): 796-803.
67. Slettebø, Å. (2008). Juridiske rammer og etiske utfordringer. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
68. Sloane, P. D., Hoeffler, B., Mitchell, C. M., McKenzie, D. A., Barrick, A. L., Rader, J., et al (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(11): 1795-1804.
69. Sosial-og helsedirektoratet. (2007). Glemsk, men ikke glemt!: om dagens situasjon og framtidas utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personar med demens (pp. 122 s.). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling omsorg og tannhelse.
70. St.meld.nr. 25 (2005/2006). (2006). *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

71. St.meld.nr.47. (2008/2009). (2009). *Samhandlingsreformen:rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Henta frå <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>
72. Sydnes, T. (2001). *Centrale ideer i Florence Nightingales sykepleje filosofi. Omsorg,kald og kamp personar og ideer i sygepleiens historie*. R. Birkelund. København, Gyldendal.
73. Testad I. (2009). *Agitation and use of restraint in nursing home residents with dementia; Prevalence, correlates and the effect of care staff training* (Doktoravhandling, University of Bergen) Bergen: UiB.
74. Testad, I., & Aarsland, D. (2008). Pasienter med demens og atferdsproblemer i sykehjem. *Omsorg, 1(1)*, 23-28.
75. Testad, I., Aasland, A. M., & Aarsland, D. (2007). Prevalence and correlates of disruptive behavior in patients in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(9): 916-921*.
76. Thorsen, R (2005). Trygghet. I: N. J. Kristoffersen, F. Nordttvedt & E. A. Skaug (Red.). *Grunnleggende sykepleie. Bind 3*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
77. Thisted J. (2010). *Forskningsmetode i PRAKSIS: Projektorientert videnskapsteori og forskningsmetodik*. København: Munksgaard Danmark.
78. Voyer, P., Verreault, R., Azizah, G. M, Desrosiers, J., Champoux, N., & Bedard, A. (2005). Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities. *BMC Geriatrics, 5: 13-13*.
79. Whall, A. L., Colling, K. B., Kolanowski, A., Kim, H. J., Hong,G-R. S., DeCicco, B., Ronis, D. L., Richards, K. C., Algase, D., & Beck, C. (2008). Factors Associated With Aggressive Behavior Among Nursing Home Residents With Dementia. *The Gerontologist, 48(6):721-731*.
80. WHO (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. WHO, Geneva.
81. Aadland,E. (2004). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget
82. Aarsland D. Kan vi bare glemmeAlzheimers om noen år? *Stavanger Aftenblad*. 2012 02.05.2012;Sect. 18-9.



83. United Nations. Programme on Ageing. Web address:

<http://www.un.org/ageing/popageing.html> :henta 11 april, 2012

84. Aarts, M. (2000) *Marte Meo Basic Manual*. Eindhoven: Aarts Productions.

Vedlegg

Vedlegg 1: Tabellane i studien til artikkel

Vedlegg 2: Første sida i kartleggingskjema

Vedlegg 3: CMAI spørjeskjema

Vedlegg 4: PADL spørjeskjema

Vedlegg 5: "Forespørsel om å delta i vitenskapelig studie - beboer"; inkludert samtykkeskjema.

Vedlegg 6: "Forespørsel om å delta i vitenskapelig studie - pårørende"; inkludert samtykkeskjema.

Vedlegg 7: Følg brev til redaktør i Sykepleien Forskning

Vedlegg 8: Erklæring om interessekonflikter til Sykepleien Forskning

Vedlegg 9: Forfatterveiledning i Sykepleien Forskning

Vedlegg 1

Tabell 1. Beskriving av utvalet

Karakteristikk	% i utvalet	
Alder	Gjennomsnitt	85 år
	Spredning	45-101 år
Kjønn		
Kvinner		76,9
Menn		23,1
Sivil status		
Ugift		6,1
Gift		19,9
Enke		53,3
Enkemann		9
Skilt		8,3
Ikkje oppgitt		3,2
Utdanning		
Grunnskule		47,4
Yrkesskule		23,4
Høgskule		8,7
Universitet		1,9
Ikkje oppgitt		18,6
Demensvurdering		
Har demensdiagnose		76,6
Mistanke om demens		17,3
Ikkje oppgitt		5,8

Tabell 2. Oversikt over dei 29 ulike agitasjonspunkt i CMAI skjema

Agitasjon	Gjennomsnitt ¹	SD	Gjennomsnitt (SD) Kjønn	
			Mann n=72	Kvinne n=240
	n = 312			
1. Vandring	2,37	2,09	2.75 (2.33)	2.25 (2.00)
2. Upassande påkledning/avkledning	1,54	1,19	1.46 (1.09)	1.56 (1.22)
3. Spytter	1,19	0,71	1.24 (0.76)	1.18 (0.69)
4. Banning eller verbal aggresjon	1,79	1,38	1.93 (1.39)	1.75 (1.38)
5. Konstant krav om merksamheit	2,55	2,05	2.21 (1.85)	2.65 (2.10)
6. Gjentar setningar eller spørsmål	2,62	2,10	2.43 (1.74)	2.68 (2.20)
7. Slår	1,25	0,77	1.33 (0.95)	1.23 (0.70)
8. Sparker	1,11	0,52	1.11 (0.49)	1.11 (0.53)
9. Griper, tar tak i andre	1,50	1,25	1.99 (1.75)	1.35 (1.01)
10. Skubber	1,18	0,65	1.26 (0.80)	1.15 (0.60)
11. Kaster gjenstander	1,09	0,42	1.09 (0.45)	1.09 (0.42)
12. Lager merkelege lyder	1,59	1,45	1.65 (1.53)	1.57 (1.42)
13. Skriker, roper	1,75	1,51	1.61 (1.39)	1.79 (1.54)
14. Biter	1,05	0,36	1.08 (0.59)	1.05 (0.25)
15. Klorer	1,09	0,40	1.07 (0.31)	1.09 (0.42)
16. Forsøker å komme til ein anna plass	1,65	1,43	2.06 (1.79)	1.53 (1.28)
17. Faller med vilje	1,04	0,38	1.06 (0.47)	1.03 (0.35)
18. Klager	2,13	1,68	1.89 (1.58)	2.19 (1.70)
19. Negativisme	2,07	1,67	1.92 (1.62)	2.11 (1.69)
20. Et og drikk på ein upassande måte	1,16	0,69	1.13 (0.69)	1.17 (0.68)
21. Skader seg sjølv eller andre	1,03	0,28	1.00 (0.00)	1.04 (0.32)
22. Håndterer gjenstander på ein upassande måte	1,23	0,81	1.21 (0.71)	1.23 (0.84)
23. Gøymer gjenstander	1,77	1,52	1.47 (1.13)	1.86 (1.61)
24. Samlar sammen gjenstander	1,71	1,50	1.54 (1.29)	1.76 (1.56)
25. River/ødelegger gjenstander	1,25	0,91	1.31 (1.06)	1.23 (0.87)
26. Utfører stadig repetrande stereoptype bevegelser	1,45	1,41	1.53 (1.51)	1.42 (1.38)
27. Gjør verbale seksuelle tilnærmingar	1,11	0,74	1.14 (0.51)	1.10 (0.79)
28. Gjør fysiske seksuelle tilnærmingar	1,06	0,44	1.18 (0.66)	1.03 (0.34)
29. Generell rastlausheit	2,45	2,07	2.47 (2.14)	2.46 (2.05)
Sum	44,77	32,37	45.12 (32.58)	44.66 (31.94)

¹Ein gjennomsnittscore på 1 betyr aldri agitert; 2 mindre enn ein gang per veke; 3 ein eller to ganger i veka og opp til 7, fleire ganger i timen.

Tabell 3. Ikkje-parametriske korrelasjonsanalyser mellom agitasjon, ADL- funksjon, alder og kjønn

Ulike grupper av agitasjon 1)	Talet på variablar i kvar faktor	Påkledning, stell og dusj [Spearman's rho]	Alder [Spearman's rho]	Kjønn [Spearman's rho]
Fysisk ikkje aggressiv	9	0.142*	-0.129*	-0.022
Fysisk aggressiv	12	0.355**	-0.167**	-0.106
Verbal ikkje aggressiv	4	-0.018	-0.017	0.087
Verbal aggressiv	4	0.313**	-0.084	-0.084
Sum Agitasjon	29	0.231**	-0.142*	-0.032

1. Påkledning, stell og dusj/bading

* Sig. $p < 0.05$

** Sig. $p < 0.01$

1) Variablane er henta frå Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)

Vedlegg 2

PASIENTDATA

Avd.nr.:

Pas.nr.:

Kjønn:

Alder:

Sivil status:

Etnisk opprinnelse:

Utdannelse:

1) Grunnskole

2) Yrkesskole

3) Høgskole

4) Universitet

Yrke:

Demensdiagnose:

eller

Mistanke om demenssykdom ja/nei:

1. Medisin (navn på medisin og dosering):

Nevroleptika:

Antidepressiva:

Bensodiazepiner/sovemedisin:

Antidemensmidler

Vedlegg 3

3. Atferd

Les gjennom hver av de 29 agiterte atferdstypene, og sett en ring rundt tallet som angir hvor ofte (fra 1-7) hver av dem har forekommet den siste uken:

- 1= Aldri
 - 2= Mindre enn en gang i uken
 - 3= En eller to ganger i uken
 - 4= Flere ganger i uken
 - 5= En eller to ganger om dagen
 - 6= Flere ganger om dagen
 - 7= Flere ganger i timen
-

1. Vandrer frem og tilbake, formålsløs vandring	1	2	3	4	5	6	7
2. Kler på seg eller av seg på en upassende måte	1	2	3	4	5	6	7
3. Spyttter (også under måltid)	1	2	3	4	5	6	7
4. Banning eller verbal aggresjon	1	2	3	4	5	6	7
5. Konstant krav om oppmerksomhet eller hjelp	1	2	3	4	5	6	7
6. Gjentar setninger eller spørsmål	1	2	3	4	5	6	7
7. Slår (inkludert seg selv)	1	2	3	4	5	6	7
8. Sparker	1	2	3	4	5	6	7
9. Griper, tar tak i andre	1	2	3	4	5	6	7

10. Skubber	1	2	3	4	5	6	7
11. Kaster gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
12. Lager merkelige lyder (underlig latter eller gråt)	1	2	3	4	5	6	7
13. Skriker, roper	1	2	3	4	5	6	7
14. Biter	1	2	3	4	5	6	7
15. Klorer	1	2	3	4	5	6	7
16. Forsøker å komme til et annet sted (f.eks. ut av rommet, bygningen)	1	2	3	4	5	6	7
17. Faller med vilje	1	2	3	4	5	6	7
18. Klager	1	2	3	4	5	6	7
19. Negativisme	1	2	3	4	5	6	7
20. Spiser/drikker noe som ikke er beregnet til å spises/drikkes	1	2	3	4	5	6	7
21. Skader seg selv eller andre (sigarett, varmt vann, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
22. Håndterer gjenstander på en upassende måte	1	2	3	4	5	6	7

23. Gjemmer gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
24. Samler sammen gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
25. River eller ødelegger gjenstander	1	2	3	4	5	6	7
26. Utfører til stadighet repeterende stereotype bevegelser	1	2	3	4	5	6	7
27. Gjør verbale seksuelle tilnærminger	1	2	3	4	5	6	7
28. Gjør fysiske seksuelle tilnærminger	1	2	3	4	5	6	7
29. Generell rastløshet	1	2	3	4	5	6	7

Vedlegg 4

6. Dagliglivets funksjoner

A. Toalett

0. Lar seg ikke evaluere
1. Klarer seg selv på toalettet.
2. Trenger å bli påminnet, og/eller hjelp til å vaske seg, har sjelden uhell (høyst en gang i uken).
3. Er inkontinent (blære eller tarm) i søvne mer enn en gang i uken
4. Er inkontinent (blære eller tarm) i våken tilstand mer enn en gang i uken.
5. Ingen kontroll over blære eller tarm.

B. Spising

0. Lar seg ikke evaluere
1. Spiser uten hjelp.
2. Trenger litt hjelp under måltidene, eller trenger spesialtilberedte måltider, eller trenger annen hjelp i måltidssituasjonene.
3. Spiser med moderat hjelp og "søler".
4. Trenger mye hjelp ved alle måltider.
5. Spiser ikke selv, og motsetter seg forsøk på å bli matet av andre.

C. Påkledning

0. Lar seg ikke evaluere
1. Kler av og på seg selv, velger ut klær fra egen garderobe.
2. Kler av og på seg selv med noe hjelp.
3. Trenger moderat hjelp ved påkledning og/eller utvelgelse av klær.
4. Trenger mye hjelp ved påkledning, men samarbeider med den som hjelper.
5. Motsetter seg aktivt andres hjelp til personlig stell.

D. Personlig stell (Hår, negler, hender, ansikt, klær)

0. Lar seg ikke evaluere
1. Alltid pent kledd og velstelt, uten hjelp.
2. Steller seg selv, men trenger f.eks hjelp til barbering.
3. Trenger moderat og regelmessig hjelp eller veiledning til personlig stell.
4. Trenger hjelp til alt personlig stell, men holder seg ren og velstelt ved hjelp fra andre.
5. Motsetter seg aktivt andres hjelp til personlig stell.

E. Fysisk bevegelse

0. Lar seg ikke evaluere
1. Går utendørs, i jevnt og ulent terreng.
2. Går i nærmiljøet.
3. Kan forflytte seg ved hjelp av (kryss av en)
 - A. Annen person
 - B. Rekkverk
 - C. Spaserstokk
 - D. Gåstol
 - E1. Rullestol, kommer i og ut på egen hånd
 - E2. Rullestol, trenger hjelp til å komme i og ut.

4. Kan ikke gå, men sitter oppreist uten støtte i stol eller rullestol, men kan ikke bevege seg uten hjelp.
5. Sengeliggende mer enn halvparten av tiden.

F. Bading

0. Lar seg ikke evaluere
1. Bader selv uten hjelp (badekar, dusj).
2. Bader selv, men trenger hjelp i og ut av badekaret/dusjen.
3. Vasker kun ansikt og hender, og kan ikke bade/vaske resten av kroppen.
4. Vasker seg ikke selv, men er samarbeidsvillig når andre hjelper.
5. Vasker seg ikke selv og gjør motstand når andre gjør et forsøk på å hjelpe.

Vedlegg 5

Forespørsel om å delta i vitenskapelig studie – beboer

”Bruk av rettighetsbegrensninger og tvang, problematferd og psykofarmaka hos brukere med sviktende hukommelse eller demenssykdom i sykehjem, bofellesskap og hjemmebaserte tjenester”

Målsettingen med prosjektet er forebygging av- og kartlegging av tvangsbruk. Vi skal foreta en kartlegging i sykehjem og bofellesskap innen Helse Stavanger HF i forbindelse med innføringen av kap. 4A i pasientrettighetsloven 01.01.09, som et nyttig redskap for den enkelte institusjon, og for å følge og dokumentere innføring av nye kap. 4A.

Målgruppen er brukere med sviktende hukommelse eller demenssykdom i sykehjem, bofellesskap og hjemmebaserte tjenester.

Alle i studien er underlagt taushetsplikt. Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke deg fra studien, uten å oppgi grunn og uten at dette får negative konsekvenser for deg.

Alle opplysninger vil bli bearbeidet og avidentifisert, slik at de ikke kan tilbakeføres til deg. Etter at studien er avsluttet 31.12.2010, vil alle data bli makulert. Det er mulig vi ønsker å ta kontakt for oppfølgingsspørsmål, det vil i så fall skje før prosjektslutt.

Studien er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk forskningsetikk.

Ingelin Testad
Cand. San./PhD stipendiat
Prosjektleder
Seksjon for fagutvikling og forskning, USH

Kan kontaktes på: ingelin.testad@stavanger.kommune.no, eller telefon: 51849682

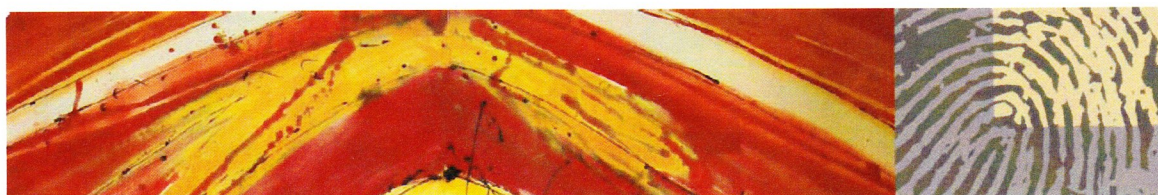
Kontaktperson i virksomheten:

Samtykke

Jeg har mottatt informasjon om studien og fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker i å delta i undersøkelsen

Signatur.....

Navn (blokkbokstaver).....Dato.....



STOKKA UNDERVISNINGSSYKEHJEM (SUSH)

Vedlegg 6

Forespørsel om å delta i vitenskapelig studie – pårørende

”Bruk av rettighetsbegrensninger og tvang, problematferd og psykofarmaka hos brukere med sviktende hukommelse eller demenssykdom i sykehjem, bofellesskap og hjemmebaserte tjenester”

Målsettingen med prosjektet er forebygging av- og kartlegging av tvangsbruk. Vi skal foreta en kartlegging i sykehjem og bofellesskap innen Helse Stavanger HF i forbindelse med innføringen av kap. 4A i pasientrettighetsloven 01.01.09, som et nyttig redskap for den enkelte institusjon, og for å følge og dokumentere innføring av nye kap. 4A.

Målgruppen er brukere med sviktende hukommelse eller demenssykdom i sykehjem, bofellesskap og hjemmebaserte tjenester.

Alle i studien er underlagt taushetsplikt. Det er frivillig å delta i studien og du kan når som helst trekke den du er pårørende til fra studien, uten å oppgi grunn og uten at dette får negative konsekvenser for den det gjelder.

Alle opplysninger vil bli bearbeidet og avidentifisert, slik at de ikke kan tilbakeføres til den du er pårørende til. Etter at studien er avsluttet 31.12.2010, vil alle data bli makulert. Det er mulig vi ønsker å ta kontakt for oppfølgingsspørsmål, det vil i så fall skje før prosjektslutt.

Studien er godkjent av Regional etisk komite for medisinsk forskningsetikk.

Målgruppen er brukere med sviktende hukommelse eller demenssykdom i sykehjem, bofellesskap og hjemmebaserte tjenester.

Ingelin Testad
Cand. San./PhD stipendiat
Prosjektleder
Seksjon for fagutvikling og forskning, USH

Kan kontaktes på: ingelin.testad@stavanger.kommune.no, eller telefon: 51849682

Samtykke

Jeg har mottatt informasjon om studien og fått anledning til å stille spørsmål. Jeg godkjenner atdeltar i undersøkelsen

Signatur.....

Navn (blokkbokstaver).....Dato.....



STOKKA UNDERVISNINGSSYKEHJEM (SUSH)

Vedlegg 7

Marit Johanne Mæland
Storaberget terrasse 91,
4034 Stavanger

Stavanger 31.05.2012

Sykepleien Forskning
P.O. Box 456, Sentrum
0104 Oslo

Vedr: Følg brev til redaktør

Vedlagt følger artikkelen "*Agitasjon og funksjon i stell: Førekomst og samanheng hos personar med demens*"

Forfattaren av artikkelen har etter å ha jobba i fleire institusjonar med eldre med demens og agitasjon fått interesse for denne pasientgruppa. Det har ofte vore i stellesituasjonar at problemåtferd som agitasjon har gjort det vanskeleg å kunne gi god omsorg til pasienten.

Studien ønskes publisert i Sykepleien Forskning på grunnlag av at eg meiner at dette er viktig kunnskap som bør nås ut til fleire. Agitasjon er svært vanleg hos personar med demens, noko som både denne studien og fleire andre visar. Agitasjon er med på å påverka helsa til pasienten, helsepersonal og pårørande i negativ retning, noko som er godt dokumentert i tidlegare forskning. Over 70 000 personar lever med demens, og talet vil fordoblast i år 2040, dersom førekomsten held seg stabil og det fortsatt ikkje finst ein kur for sjukdommen. ADL-situasjonar hos denne pasientgruppa er noko mange sjukepleiarar står ovanfor kvar dag. Meir kunnskap om demens, agitasjon og ADL-situasjonar er derfor svært viktig og aktuelt for sjukepleiarar over heile landet.

I denne studien har ein delt agitasjon inn i fire undergrupper og valt ut tre spesifikke ADL-situasjonar; påkledning, dusj og stell. Dette er i liten grad utført i Noreg tidlegare. Det er utført korrelasjonsanalyser for å studera samanhengar mellom gruppene av agitasjon og ADL-situasjonane. I tillegg har studien sett på kjønn og alder i forhold til agitasjon, noko som er gjort i fleire internasjonale studiar, men få norske. Resultata frå denne studien viser både like og ulike funn frå både norske og internasjonale studiar på området.

Eg håpar at artikkelen vil kunne publiserast i Sykepleien Forskning.

Med vennleg helsing

Marit Johanne Mæland
E-mail: maritjmae@gmail.com

Vedlegg 8

Erklæring om interessekonflikter

Manus nr. _____

Artikkeltittel: *"Agitasjon og funksjon i stell, forekomst og sammenheng hos personar med demens"*

Erklæring om interessekonflikter

I tråd med internasjonal praksis i medisinsk vitenskaplige tidsskrifter ber nå Tidsskrift for Den norske lægeforening alle artikkelforfattere om å besvare nedenstående spørsmål. Svarene får ingen konsekvenser for selve artikkelpubliseringen, men vi vil i manuskriptet informere om eventuelle og potensielle interessekonflikter.

NB! Dersom flere forfattere er involvert, ber vi deg som kontaktforfatter om å formidle dette skjemaet (www.tidsskriftet.no – For forfattere) til disse, be dem om å fylle det ut og returnere på e-post til tidsskriftet@legeforeningen.no. Et alternativ til å fylle ut skjemaet i word, er å sende en enkel e-post til oss hvor du/dere kort erklærer eventuelle interessekonflikter.

Hver enkelt forfatter må sende en egen e-post for å erklære eventuelle interessekonflikter.

Forfatternavn (blokkbokstaver): MARIT JOHANNE MÆLAND

1. Har du i løpet av de siste fem år mottatt økonomisk støtte (honorar, reisetilskudd, bevilgninger, forskningsmidler eller liknende) fra en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

x Nei Ja

2. Har du i løpet av de siste fem år vært ansatt i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

x Nei Ja

3. Har du aksjer eller andre økonomiske interesser i en institusjon, organisasjon eller et firma som på noen måte kan tjene eller tape økonomisk på at denne artikkelen blir publisert?

x Nei Ja

Dersom du svarer ja på ett eller flere spørsmål, ber vi deg spesifisere nærmere:.....

.....

Sted/dato: Stavanger, 31.05.2012 Signatur:Manus nr. _____

Vedlegg 9

Forfatterveiledning

Publisert: 14.06.2011

Dette er en ny og revidert forfatterveiledning for Sykepleien Forskning, publisert i februar 2012.

Artikkel med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter sendes i e-post til forskning@sykepleien.no

Om Sykepleien Forskning

Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (cirka 96.000 eksemplarer). Vi er foreløpig indeksert i Nordart og SveMed+ men arbeider med å bli indeksert i flere internasjonale databaser. Forskningsartiklene vi publiserer er tilgjengelig for alle via internett. Som regel inviterer Sykepleien Forskning en fagperson til å kommentere originalartiklene, og kommentaren publiseres sammen med artikkelen. Forfattere som publiserer hos oss beholder copyright til teksten og kan lenke publikasjonen til våre nettsider for eksempel fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form.

All tekst skrives med Times New Roman-teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm.

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side.

Sidenummerering begynner fra tekstsida (inkluderer ikke overskriftssida eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate sider etter referanselisten.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruk av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom sammendrag, figurer, tabeller og referanser).

INNHold I MANUSKRIPtET SOM SENDES INN:

På nettsiden har vi beskrevet forventninger til struktur og innhold i de ulike delene av vitenskapelige artikler som vi publiserer under overskriften [Skrivetips](#). Artiklene struktureres etter [IMRAD-prinsippet](#). For ytterligere veiledning anbefaler vi ”best praksis” sjekklister for publisering av helsefaglig forskning:

[STOBE](#) (ulike kvantitative studier)

[COREQ](#) (kvalitative studier – intervjuer og fokusgrupper)

[CONSORT](#) (randomiserte studier)

[COSMIN](#) (utvikling av måleinstrumenter)

[TREND](#) (ikke-randomiserte forsøk)

[PRISMA \(SF\)](#) og [Reinar og Jamtvedt 2010](#) (kunnskapsoppsummeringer)

[QUADAS 2](#) (diagnose)

1. Overskriftsside:

Over- og underskriftene (tittel) for artikkelmanuskript fremstilles.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord både i sammendrag og i hovedtekst.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

2. Sammendrag

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metode, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3–5 nøkkelord fra Sykepleien Forsknings nøkkelordliste fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign. Nøkkelordene finner du vet å gå til ”Avansert søk” og velge ”filtrering via emneord” på nettsiden <http://www.sykepleien.no>.

Engelsk sammendrag (abstract) fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Maksimalt 200 ord.

3–5 engelske nøkkelord (key words) fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

Tekstsider

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Tekstsider begynner fra side 1 (ett) med artikkelmanuskriptets overskrift (tittel).

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstreses og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Tidsskriftet tilstreber at språket i artiklene har [aktiv fremfor en passiv setningsoppbygging](#):

Eksempel på aktiv setning: Sykepleieren delte ut medisiner. (Subjektet utfører handlingen – sykepleieren deler ut...)

Eksempel på passiv setning: Medisinene blir utdelt av sykepleier. (Subjektet deler ikke ut – medisinene blir utdelt...)

Oppbygging av selve artikkelen

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

[Introduksjon](#) til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Hensikt med studien og problemstilling(er).

[Metodedel](#) (forskningsdesign og metoder samt datainnsamlingsmetode, gjennomføring (inkludert hvilken tidsperiode og år data ble samlet inn), bearbeiding og analyse av data, godkjenning av REK evt. Personvernombudet og andre relevante instanser).

[Resultater](#). Her beskrives resultatene som besvarer studiens problemstilling i en logisk rekkefølge og uten diskusjon. Resultater som fremstilles i tabeller skal ikke gjentas i teksten. Vi anbefaler at forfattere som bruker [kvantitativ metode](#) får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

[Diskusjon](#) (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat). Studiens resultater drøftes i relasjon til problemstillingen og annen internasjonal relevant forskning. Studiens begrensinger/svakheter angis hvilke konsekvenser disse har for tolkning av funnene.

[Konklusjon](#) Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling. Konklusjonen må fullt ut underbygges av funnene som er gjort.

[Figurer og tabeller](#)

Sendes på eget ark, en side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Flytdiagrammer I artikler som bruker flytdiagrammer bør disse følge malen utarbeidet av [CONSORT-gruppen](#)

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Alle forfatternavn skal foranstilles og ha fet skrift. For tidsskrift som har løpende sidenummerering gjennom hele året skal årgang og ikke utgave oppgis.

For eksempel:

1. **Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
2. **Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
3. **Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ., Nortvedt F., Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
4. **Foucault M.** Truth and power. I: Gordon C. (red). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York.1980 (s 78 – 101).
5. **Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
6. **de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. J Adv Nurs. 2006;55:215 – 229.
7. **Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innsending av manuskript

Artikkelen sendes som e-post *i ett dokument*. Følg brev til redaktør og erklæring om interessekonflikter sendes som separate vedlegg til e-postadressen forskning@sykepleien.no

Følg brev til redaktør

Følg brevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

Det bør tydelig, men kortfattet og fritt formulert fremstilles følgende:

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor emnet/tematikken har vekket forfatterens (forfatternes) interesse for å skrive et artikkelmanuskript.

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor forfatteren (forfatterne) ønsker å publisere sitt artikkelmanuskript i Sykepleien Forskning.

Hva er det man vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er det man ikke vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er verdt å vite om emnet/tematikken?

Forslag på navn og kontaktinformasjon på to aktuelle habile fagfeller.

Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Vurderingsprosessen

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. I første omgang foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt. Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til fagfellel vurdering. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle krav for å bli vurdert. Det vil si at vi returnerer artikkelmanuskripter selv om de har interessante og relevante emner/tematikk, dersom de ikke overholder våre krav til kvalitet og struktur.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Krav til medforfatterskap

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.

3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at forfattere sender Erklæring om interessekonflikter elektronisk, men det er også mulig å sende den per post til:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for [Erklæring om interessekonflikter](http://www.sykepleien.no) finnes på www.sykepleien.no