

Sjuksköterskeprogrammet 180 hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete

Omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt gentemot personer med demenssjukdom och aggressivt beteende

En litteraturstudie

Care strategies and approaches towards persons with dementia and aggressive behaviour

A literature study

Författare: Emely Tångring & Hanna Davidsson

Handledare: Katarina Edfeldt & Maria Åling

Examinator: Lars Strömberg

ABSTRACT

Background: Aggressive behaviours from dementia patients is a common symptom that occurs and have various reasons, based on situation, personal background and physical abilities. Aggressive behaviour from people with dementia may often occur during the health professional's assistance with personal care.

Objective: The aim of this study was to describe nursing interventions and approaches in the care of people with dementia who exhibit aggressive behaviour.

Method: A study of literature based on twelve qualitative scientific articles was conducted.

Results: Nursing measures were conducted, by using tools such as communication, personal relationships, professional teamwork but also task-focused care. The attitude towards the patients in the approach was different depending on whether the care interventions were made based on the task or the personal relationship. Nursing interventions were based on health professionals' experience with patients rather than guidelines and recommendations from The National Board of Health and Welfare.

Conclusion: The study revealed that opposite care strategies were often used. The aggressive reactions from patients were affected by the approach of caregivers but also by the access to a nurse and the relationship between patient and caregiver. The result suggests that more precise guidelines are needed for how and if care staff shall practise caregiving despite resistance from patients living with dementia.

Clinical significance: Knowledge of approaches and which nursing interventions that were used, can help nurses to better understand and improve their management in care situations, as well as benefit and decrease suffering for dementia patients where aggressive behaviour occurs.

Keywords: Aggressive behaviour, dementia, nursing strategies, care professionals, violence & Alzheimer's.

ABSTRAKT

Bakgrund: Aggressiva beteenden hos personer med demenssjukdom är ett vanligt symptom som förekommer och har varierande anledningar, utifrån situation, livshistoria och funktionsförmåga i nuet. Aggressivt beteende hos människor med demenssjukdom kan ofta uppkomma i samband med att vårdpersonal vill utföra oönskade omvårdnadsåtgärder.

Syfte: Studiens syfte var att belysa omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende.

Metod: En litteraturstudie baserad på tolv stycken kvalitativa artiklar genomfördes.

Resultat: Omvårdnadsåtgärder användes genom verktyg som kommunikation, personlig relation, professionellt teamarbete men också uppgiftsfokuserad omvårdnad.

Förhållningssättet gentemot patienterna under dessa omvårdnadsåtgärder skilde sig åt beroende på om omvårdnadsåtgärder gjordes utifrån fokus på uppgiften eller den personliga relationen. Omvårdnadsåtgärder var baserade på vårdpersonalens erfarenhet med patienterna snarare än riktlinjer och centrala rekommendationer från Socialstyrelsen.

Slutsats: Slutsatsen visade att omvårdnadsåtgärder vid aggressivt beteende var konträra. De aggressiva tendenserna hos patienterna påverkades av vårdpersonalens förhållningssätt men också av tillgången till sjuksköterska och den personliga relationen mellan patient och vårdgivare. Studiens resultat kan även påvisa att tydligare riktlinjer behövs för hur och om vårdpersonal ska genomföra omvårdnadsåtgärder trots motstånd från patienter med demenssjukdom.

Klinisk betydelse: Kunskap om förhållningssättet och vilka omvårdnadsåtgärder som används i praktiken skulle kunna få sjuksköterskor att bättre förstå och leda omvårdnadsarbete, samt gynna patienter med aggressivt beteende genom att lindra lidande i omvårdnaden.

Nyckelord: Aggressivt beteende, demens, omvårdnadsåtgärder, vårdpersonal, våld & Alzheimers.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
Begreppsdefinition	2
BAKGRUND	3
Demens	3
Omvårdnad av personer med demenssjukdom	4
Aggressivt beteende	5
Kommunikation	6
Sjuksköterskans roll	7
Riktlinjer och lagar i omvårdnad och praktiken	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	10
Design	10
Urval	10
Datainsamlingsmetod	11
Dataanalys	11
Etiska aspekter	13
RESULTAT	14
Kommunikation	15
Personlig relation	16
Professionellt samarbete	17
Uppgiftsfokuserad omvårdnad	19
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	24
Slutsats	31
Betydelse	31
Förslag på vidare forskning	32
Författarnas insatser	32
REFERENSER	33
BILAGOR	i

INTRODUKTION

Geriatrisk omvårdnad var det första mötet med sjukvård för oss under vår utbildning på sjuksköterskeprogrammet. Under den första verksamhetsförlagda placeringen på en geriatrisk vårdavdelning fick vi vara med i omvårdnaden av flertalet människor med demenssjukdom. Under praktiken och utifrån tidigare erfarenhet av demensvård upplevde vi att omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt vid aggressivt beteende från en person med demenssjukdom varierade. Vi kommer i vår framtida profession som sjuksköterskor med största sannolikhet vårda eller möta patienter med demenssjukdom då prevalensen av demens beräknas accelerera. Som sjuksköterskor kommer vi också ha det yttersta omvårdnadsansvaret och leda arbetet kring omvårdnaden. Vi önskar därför en ökad förståelse kring omvårdnaden och förhållningssättet - från vårdpersonalen, gentemot en person med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende.

Begreppsdefinition

I följande studie används “vårdpersonal” eller “vårdgivare” som synonymer och syftar på legitimerade sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden. Vid syftning på endast en profession skrivs professionens yrkesbeteckning ut i helt namn, exempelvis undersköterska eller sjuksköterska. “Bemötande” eller “förhållningssätt” definieras i bakgrunden och har använts som synonymer i studien. “Aggressivt beteende” är beteckningen för all typ av aggressivt beteende som presenterats i studien och definieras i bakgrunden. “Personer med demenssjukdom” använts i bakgrunden där generell information kring sjukdomsgruppen återges. Begreppet syftar till att beskriva alla människor som lever med demenssjukdom om inget annat anges. I resultatet betecknas personerna med demenssjukdom som “patienter” då de är beskrivna ur ett omvårdnadsperspektiv i en offentlig vårdmiljö. Då innefattande artiklar i resultatet gjort studier både på boende och sjukhus har ordet “patienter” valt att användas genom hela texten för att underlätta för läsaren.

BAKGRUND

Demens

Uppskattningsvis lever för närvarande 46, 8 miljoner med någon form av demenssjukdom världen över, en siffra vilken beräknas nära fördubblas var 20:e år. Bara under 2015 beräknas 9,9 miljoner nya fall av demenssjukdom tillkomma, det är 3,2 individer per sekund. (Alzheimer's Disease International [ADI], 2015). Demens är en av världens snabbast accelererande sjukdomar, redan definierad och prioriterad i rapporten *Dementia: A public health priority* (World Health Organisation and Alzheimer's disease international, 2012). Främsta orsaken till demens har tidigare definierats som åldersrelaterad men senare forskning har pekat på att även livsstilsfaktorer kan vara riskfaktorer för att drabbas av demenssjukdom. Data som betonar livsstilsrisker för att drabbas av demenssjukdom pekar på faktorer som bristande levnadsvanor, låg utbildning och underutvecklad hälso-och sjukvård (ADI, 2015).

Demens är en paraplyterm för ett flertal kroniska och progressiva degenerativa sjukdomar vars påverkan ger symtom i flera högre kortikala funktioner (Demensförbundet, 2015). Demens yttrar sig i form av kognitiva nedsättningar så som minnesstörningar, språksvårigheter, förståelse- och inlärningsproblematik (ibid). Ett tillstånd som klassas som en demenssjukdom har samtliga följande symtom: Minnesnedsättning, reduktion av ytterligare minst en kognitiv förmåga (Språk & Frontala funktioner), tydlig sänkning från tidigare prestationsnivå; inte samtidigt som konfusion, nedsättning av emotionell kontroll eller motivation alternativt förändrat socialt beteende samt att symtomen ska ha funnits minst sex månader (World Health Organisation, 1993). Detta ger ofta utslag i symtom som att inte vara orienterad till tid, rum och person. (Demensförbundet, 2015; Prince, Acosta, Castro-Costa, Jackson & Shaji, 2009).

Demenssjukdomar delas in i tre huvudgrupper, primära, vaskulära och sekundära demenssjukdomar (Demenscentrum, 2015). Primär demenssjukdom orsakar demens genom att hjärnceller börjar förtvina och dö i onormal omfattning. Vaskulära demenssjukdomar kallas ibland även blodkärlsdemens. Vaskulär demens orsakas genom att blodproppar eller blödningar stryker syretillförseln till hjärnan. Sekundära demenssjukdomar, är när en icke-demensrelaterad grundsjukdom riskerar att utlösa symtom av demenssjukdom (ibid).

Omvårdnad av personer med demenssjukdom

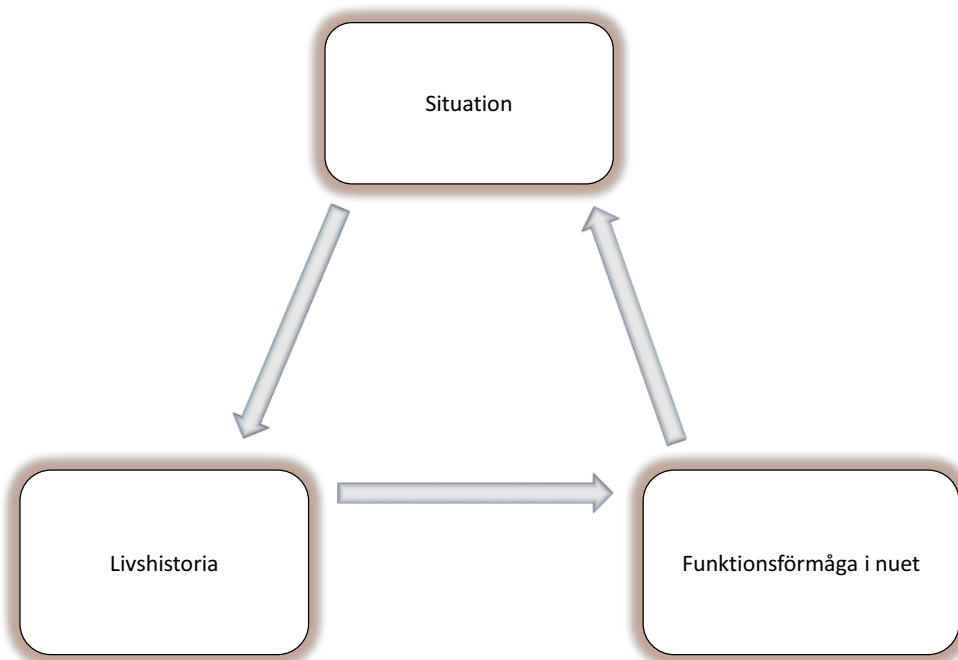
Ett mål för hälso- och sjukvården som omfattar all vård är att ge vård på lika villkor för den enskilda människans värdighet och rekommenderas ges utifrån ett personcentrerat synsätt (Socialstyrelsen, 2010). “2 § Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. /.../” (HSL, SFS 1982:763, 2 §). Personcentrerat förhållningsätt för personer med demenssjukdom är idag ett vedertaget omvårdnadsperspektiv och utgångspunkt. Det innebär att vårdgivare fokuseras på individen istället för sjukdomen och tar tillvara på individens resurser för att främja hälsa, alltså utgå från ett hälsofrämjande perspektiv. En god hälsofrämjande omvårdnad beskrivs som en personcentrerad omvårdnad vilken utgår från personens egen syn på hälsa, behov och livssituation (Socialstyrelsen, 2010). Omvårdnad är och syftar till att hjälpa en person att planera och genomföra handlingar i syfte att planera och tillgodose alla patientens behov. De åtgärder som görs för eller tillsammans med en patient i omvårdnadssyfte definieras som omvårdnadsåtgärder. Omvårdnadsåtgärder kan vara av både fysisk, social och emotionell natur (Dahlborg-Lycke, 2014). En god omvårdnad beskrivs förutsätta ett förhållningsätt med öppenhet gentemot patienten och det han/hon förmedlar samt att patientens upplevelse av hälsa och ohälsa respekteras. Strävan är att patienten, så långt som möjligt, ska vara delaktig i egen vård och behandling. (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Delaktighet betyder enligt Nationalencyklopedin (2015a) känslan av att vara till nytta och ha medinflytande kring något. Delaktighet innebär att ha medansvar (ibid). I omvårdnaden av patienter med demenssjukdom är det vårdpersonalens skyldighet att göra patienten delaktig och vara medbestämmande i sin egen vård (Socialstyrelsen, 2015).

Hälsa har definierats ett flertal gånger utifrån olika perspektiv och inte alltid beskrivits som ett statiskt tillstånd (Dahlborg-Lycke, 2014). “*Hälsa beskrivs som ett tillstånd av fullkomligt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom*” (World Health Organisation [WHO], 1948). Ohälsa definieras således utifrån WHO:s (1948) definition av hälsa som avvikelser från definitionen. Socialstyrelsen (2010) beskriver varierande omvårdnadsåtgärder som idag tros främja hälsa i omvårdnaden av personer med demenssjukdom. Resurser i form av att ha tillräckligt med vårdpersonal och ett multiprofessionellt teamarbete beskrivs som nödvändiga förutsättningar för en god

omvårdnad (ibid). I demensvården syftar multiprofessionellt arbete till kontinuitet i omvårdnaden, att underlätta bedömningar som kräver flera perspektiv eller kompetenser, att finna problem och hitta lösningar för att tillgodose personens behov av vård och omsorg ur ett helhetsperspektiv (Socialstyrelsen, 2010; Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Aggressivt beteende

Aggression eller aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom belyses med olika termer och är ett samlingsbegrepp för symptom av beteende- och psykosociala förändringar av utåtagerande natur. Våldsamt beteende är likväl ett begrepp inte lika frekvent använd i demensvården med hänsyn till att ordets klang kunnat uppfattas som våld av en allvarligare grad och att beteendet varit medvetet. Aggressivt beteende har visat sig vara ett inte helt statistiskt begrepp att definieras. Beteenden är i en kontext mellan människor, där upplevelser av situationens allvarlighets grad både är individbaserade och beroende på omgivning (Pulsford & Duxbury, 2006). Det finns idag ingen global definition av aggressivt eller agiterat beteende, en välanvänd synonym i flera studier. Aggressivt beteende beskrivs dock mätas i specifika handlingar som vanliga delas in i två grenar, fysisk och verbal aggressivitet. Fysisk aggressivitet innefattar att: sparka, spotta, bita, knuffa eller riva. Skrika, svära, uttala andra stötande ord och könsord definieras som verbal aggressivitet (Enmarker, Olsen & Hellzen, 2010). Aggressiva beteenden är symptom som förekommer hos människor med demenssjukdom och kan ha varierande anledningar. Enligt Hallberg (1997) beror anledning till reaktion på en syntes av sjukdomens effekter tillsammans med biologiska, psykologiska och sociala funktionsförmågor hos individen. Funktionsförmågor har visat sig relatera till psykologisk sjukdomsanpassning och omgivningens påverkan i situationen. Livshistoria relaterar till hur individen hanterar konflikter i situationer utifrån tidigare händelser i livet och fysiologiska funktionsförmågor. Dessa fält är aspekter som indikeras betydelsefulla för bedömning av orsakssamband och förståelse av en personsbeteende (Figur 1) (ibid).



Figur 1. Dessa fält är aspekter som indikeras som betydelsefulla för bedömning av orsakssamband och förståelse av en persons beteende (Hallberg, 1997, s. 27).

Kommunikation

Ordet kommunikation härstammar från latin och betyder ömsesidigt utbyte (Nationalencyklopedin [NE], 2015b). Kommunikation beskrivs som en process av ömsesidigt symbolutbyte vilka skapar relationer och en verklighet konstrueras och blir meningsfull. Utifrån ett vårdperspektiv beskrivs kommunikation som vital för att skapa en personcentrerad vård där patienten är delaktig (Jootun & McGhee, 2011). Kommunikation delas ofta in i två huvudgrupper, verbal och icke-verbal kommunikation. Verbal kommunikation är en muntlig konversation mellan två eller flera deltagare. Icke-verbal kommunikation är ett utbyte av ordlösa meddelanden. Sådan information kan överföras genom gester, kroppsspråk, ansiktsuttryck och ögonkontakt. Den verbala kommunikationen kan förutom de verbala elementen även innehålla icke-verbala element, som till exempel röstläge och betoning. Kommunikation sker utifrån behov och syften och påverkas av språk och situation (ibid).

Personer som lever med demenssjukdom kan ha svårigheter att kommunicera med sin omgivning, till följd av sin sjukdom och få problem med att hitta ord. Detta varierar i svårighetsgrad individuellt (Nazarko, 2015). Nedsatta förmågor att uttrycka sig kan medföra

att en adekvat förståelse går förlorad. Att ta hänsyn till är även att jargong kan skilja mellan olika grupper av människor. Språket blir alltså relativt och grundar sig inte enbart i orden (Jootun & McGhee, 2011). När en person med demenssjukdom inte längre kan uttrycka sig på ett sätt så att omgivningen förstår budskap riskerar detta skapa en känsla av ensamhet, förvirring och frustration (Nazarko, 2015). Bemötande eller förhållningssätt definieras som hur man möter någon, främst kommunikativt i en situation, och således även hur bemötandet uppfattas. Kommunikation beskrivs därför viktigt på en grundläggande nivå för att personen med demenssjukdom i fråga inte ska ta illa upp eller förlora värdet i att kommunicera med andra i sin omgivning (ibid).

Sjuksköterskans roll

Enligt den etiska koden från ICN ska sjuksköterskan främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa samt lindra lidande. Sjuksköterskan ska förhålla sig till ett etiskt arbetssätt som innebär att visa omsorg och respektera patientens autonomi, integritet och värdighet samt att utgå från en helhetssyn på patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). Att respektera autonomi handlar om att värna om en persons självständighet och möjlighet att ta egna beslut. Principen autonomi innebär att en person ska ha fri vilja att genomgå vård och behandling eller också att vägra genomgå vård och behandling. Självständighet, oberoende och handlingsfrihet ligger till grund för autonomi (Dahlborg Lyckhage, 2014).

De senaste fyra åren har antalet sjukskrivningar relaterat till hot och våld inom vård och omsorg ökat med över 40 %. Sjuksköterskor beräknas tillhöra den mest utsatta yrkesgruppen i vård och omsorg (Vårdfokus, 2015). Sjuksköterskan som profession är den yrkesgrupp som har mest kunskap kring omvårdnadsvetenskap då det ligger i grund för yrket och är sjuksköterskans ansvarsområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2014). De kunskaper som medföljer i området omvårdnad syftar att ge en god förutsättning för att leda och utveckla omvårdnadsarbetet kring en patient. Ledarskapet som sjuksköterskan har i omvårdnaden ska utgå utifrån ett humanistiskt och etiska korrekt förhållningssätt, som finns beskrivet i ICN:s etiska kod. Förutom det praktiska och kliniska patientnära arbetet omfattar alltså begreppet omvårdnad även de evidensbaserade studierna och teorierna kring sjuksköterskans arbete (ibid).

Riktlinjer och lagar i omvårdnad och praktiken

Enligt svensk lag är personer med demenssjukdomar inte en sjukdomsgrupp som går under en lagstiftning där beslutsförmågan är nedsatt. Således finns det idag ingen lag som stödjer användande av tvångsåtgärder i omvårdnaden av personer med demenssjukdom (Svenskt demenscentrum, 2010). Bestämmelser om nödrätt i brottsbalken ger ett begränsat utrymme för vårdpersonal att utöva omvårdnad under tvång som kan stödjas av lagen. Vårdpersonal kan utföra omvårdnadsåtgärder mot patientens vilja, i akuta situationer ifall de riskerar att komma till skada utan specifik omvårdnadsåtgärd, eller skada någon annan (Socialdepartementet, 2012).

I tidigare studier har evidens visat att aggressivt beteende hos människor med demenssjukdom ofta kan uppkomma i samband med att vårdpersonal vill utföra omvårdnadsåtgärder som denne motsätter sig (Pulsford & Duxbury, 2006). Anledningar till att aggressiva reaktioner då uppkommer är varierande och kan beskrivas utifrån situation, livshistoria och funktionsförmågor i nuet (Hallberg, 1997, s. 127). Påtvingade omvårdnadsåtgärder eller tvång vid omvårdnad beskrivs som omvårdnadsåtgärder för en patient där patienten inte samtycker till omvårdnadshandlingen men som trots detta genomförs. Exempel på omvårdnadsåtgärder under tvång kan vara fasthållning vid hygienskötsel, matning och medicinering mot patientens vilja. Tvång kan också definieras genom olika former av manipulation, som att exempelvis lägga i medicin en patient inte vill ta, i maten istället (Alzheimer Europé, 2013).

PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskor anses tillhöra den mest utsatta yrkesgruppen för hot och våld inom vård och omsorg. Aggressivt beteende hos människor med demenssjukdom har påvisats kunna uppkomma i samband med att vårdpersonal vill utföra oönskade omvårdnadsåtgärder men enligt svensk lag är riktlinjerna tunna för att utföra oönskad omvårdnad. Det finns för närvarande inget farmakologiskt botemedel för demenssjukdom, vilket lägger fokus på att belysa omvårdnadsåtgärderna. Hur sjuksköterskor, som är huvudansvariga inom omvårdnadsarbetet, ska förhålla sig och vilka omvårdnadsåtgärder som ska tillämpas vid aggressivt beteende från en person med demenssjukdom kräver inte endast tydliga riktlinjer utan även kunskap om hur dessa utförs i praktiken. Vilka omvårdnadsåtgärder som används och hur vårdpersonal förhåller sig till personer som uppvisar aggressivt beteende är relevant för att sträva efter en evidensbaserad omvårdnad som främjar hälsa hos människor med demenssjukdom.

SYFTE

Studiens syfte var att belysa omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende.

METOD

Design

Litteraturstudie anses vara en passande metod för att studera och analysera individers erfarenheter och upplevelser, genom att översiktligt se och sammanställa publicerat forskningsresultat och således skapa förutsättningar för framtida forskning (Friberg, 2012). Valt forskningsområde studeras därför genom en litteraturstudie med kvalitativ ansats. En kvalitativ studie syftar till att undersöka deltagarnas upplevelser av ett fenomen genom en induktiv, kartläggande ansats (Forsberg & Wengström, 2013).

Urval

Urvalsstrategi har valts för denna studie efter generering av relevant information och förenlighet med undersökningens syfte. Beskrivning av inklusions- och exkluderingskriterier är enligt Henricson & Mårtenson (2012) viktigt att specificera noggrant, för att påvisa att inkluderade studier är relevanta och besvarar frågeställningar och är relevanta för syftet. Alla inkluderade artiklar i studien har en kvalitativ ansats och fokuserar på vårdpersonalens perspektiv för att få ett resultat som avgränsar till syftet med studien. Forskning anses vara en färskvara (Östlundh, 2012), studier som är 15 år och äldre har därför exkluderats och artiklarna i denna litteraturstudie är från 2001-2014.

Peer- reviewed artiklar säkerställer att artiklarna granskats av expertis innan publicering (Willman, Stoltz & Bathsevani, 2011). Originalartiklar, rapporter skrivna av de som utförde studien består av den mest relevanta informationen för att utföra en litteraturstudie enligt Polit & Beck (2012). Alla artiklar i följande litteraturstudie är därför originalartiklar som blivit peer-reviewed innan publicering. För att validera kvalitetsstandard på utvalda artiklar har de granskats med hjälp av "Checklista för kvalitativa artiklar" (Forsberg & Wengström, 2013, s. 206).

Genom att välja artiklar där språket behärskas reduceras risken för missförstånd av innehållet (Willman et al., 2011). Alla artiklar som ursprungligen skrivits på annat språk än engelska har exkluderats. Alla inkluderade studier är baserade på offentlig vårdmiljö, såsom boenden och sjukhus. Studier gjorda på upplevelser och omvårdnadsåtgärder av vårdpersonal vid

aggressivt beteende i hemmet eller annan icke-offentlig vårdmiljö hos personer med demenssjukdom har exkluderats för att säkerställa ett jämförbart resultat utifrån likvärdiga förutsättningar.

Datainsamlingsmetod

Artiklar till studien söktes individuellt genom databaserna CINHALL, Medline och Amed genom söktjänsterna EBSCO host, EBSCO discovery samt Pubmed. Artikelsökningen avgränsades genom att endast söka efter peer-reviewed artiklar med tillhörande abstrakt som var publicerade i en vetenskaplig tidskrift. Boolesk sökteknik görs genom att flera ord kombineras vid sökningar genom att använda ordet AND som operator för att skapa en söksträng. Trunkering möjliggör träffar där böjning av det valda ordet görs (Östlundh, 2012). I datainsamlingsmetoden har både trunkering och boolesk sökteknik används som redskap för att inkludera flest möjliga antal relevanta artiklar.

Vid sökning kombinerades de utvalda orden med varandra i olika former. I översikt av titlar från sökresultatet valdes artiklar för granskning utifrån titlarnas relevans kring det valda syftet för vår studie. Vidare lästes artikelns abstract för att se om faktiskt relevans fanns och vid uppfyllda förväntningar kring innehållet skrevs artikeln ut för ytterligare granskning. De valda sökorden som användes var "Dementia", "aggressive behaviour", "nursing", "dementia or "elderly", "violence, care", "aggression", "aggressive", "qualitative", "violent behaviour", "management", "nursing home", "agitation in dementia, "nurse*", "care strategies", "dementia*", "dementia or alzheimers", "disruptive", "nurses perception" och "agitation". Vid avslutad datainsamling fördes sökorden samt sökresultat in i en sökmatris, se bilaga 1.

Dataanalys

De utvalda artiklarna, 12 stycken, lästes igenom och granskades enligt "Checklista för kvalitativa artiklar" (Forsberg & Wengström, 2013, s. 206). För att en likvärdig granskning skulle utföras med hjälp av checklistan (ibid), så poängsattes artiklarna efter antal "Ja" på granskningsfrågorna. Max antal poäng var 21 och kvalitet på respektive artikel delades in i tre grupper, låg kvalitet (0-7 Ja-svar), medelkvalitet (8-14 Ja-svar) och hög kvalitet (15-21 Ja-svar). De artiklar som hade hög relevans och en vetenskaplig kvalitet samt förhöll sig till det

valda syftet/ämnet numrerades och skrev in i artikelmatrisen, se bilaga 2.

Litteraturstudiers analysprocess utgår från tre steg enligt Friberg (2012). I steg ett beskrivs att artiklarna läses mer än en gång för att förstå helheten. Att göra en sammanfattning av alla artiklar validerar att allt av relevans uppfattas samt stödjer analysarbetet (ibid). Samtliga artiklar lästes igenom individuellt, relevant fakta markerades då i grön och gul färg. Detta jämfördes sedan och diskuterades mellan författarna för att se hur stor relevans artiklarna hade med utgångspunkt i det valda syftet. En artikelmatris, se bilaga 2, sammanställdes för att kunna validera att allt av relevans uppfattats samt att de stödde analysarbetet. I steg två av analysprocessen enligt Friberg (2012) ska skillnader och likheter studeras i artiklarnas syfte, metod och resultat för att i steg tre konstatera teman utifrån valda artiklar som når tänkt studies huvudfokus och ligger som underlag för vidare analys av metod och resultat (ibid). Likheter och skillnader studerades i artiklarnas syfte, metod och resultat genom att utgå ifrån artikelmatrisen, se bilaga 2, och markera återkommande begrepp. De skillnader och likheter som hittades låg till grund för studiens resultatdel samt senare resultatdiskussion.

Etiska aspekter

Den gemensamma strävan med studien var att under sökningen av artiklar vara medvetna om att inte välja ut fakta utifrån egna åsikter. I analys av artiklarna var strävan alltså att ha ett objektivt och brett synsätt. Att en studie vilar på ärlighet innebär, enligt Forsberg & Wengström (2013) att författarna inte hanterar information felaktigt genom att beskriva resultat i en artikel på ett oärligt sätt eller ändrar i ren fakta. Ärlighet är grunden i processen för att hitta och analysera artiklar (ibid). En studie anses i humanforskning kunna vara till nytta för tre olika aktörer: individen, samhället och professionen (Kjellström, 2012). Valt ämne relaterar till professionens förhållningssätt gentemot personen med demenssjukdom och syftar till att ha klinisk relevans för omvårdnadsåtgärder i det praktiska arbetet, vilket i förlängningen förhoppningsvis reflekteras i samhället.

Enligt Forsberg och Wengström (2013) finns tre huvudsakliga etiska förhållningsregler som bör övervägas. Studier ska väljas utifrån: godkännande av etisk kommitté eller att noggranna etiska överväganden gjorts; att alla artiklar som ingår fullt redovisas; att alla resultat redovisas och inte endast de som reflekterar författarens åsikt (ibid). Etiska överväganden görs i syfte att inte använda material som riskerar att komma någon till skada i en studie (ibid). Alla artiklar i denna studie har ett etiskt övervägande och godkännande, använda artiklar har redovisats tydligt och återfinns i sökmatriken, se bilaga 1. Genomgående har författarna analyserat varje artikel enskilt och sedan jämfört fynd, i strävan efter ett objektivt resultat.

RESULTAT

Studiens syfte var att belysa omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende. I resultatet av denna studie framkom fyra kategorier av teman som presenteras, i tabell 1, från valda analyserade artiklar. Dessa var kommunikation, personlig relation, professionellt samarbete och uppgiftsfokuserad omvårdnad.

Funna teman som ligger till grund för resultatet.

Artiklar	Kommunikation	Personlig relation	Professionellt samarbete	Uppgiftsfokuserad omvårdnad
Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. och Sykes, S. (2013)		X	X	
Gjerberg, E., Hem, M.H., Forde, R. & Pedersen, R., (2013).	X	X	X	X
Isaksson, U., Åström, S. och Graneheim, U. (2012).	X	X	X	X
Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C. och Penrod, J., (2010).		X		X
Kunik, ME., Lees, E., Snow, AL., Cody, M., Rapp, CG., Molinari, VA. & Beck, C.K. (2003).	X	X	X	X
Poole, J. och Mott, S., (2003).			X	X
Sandvide, Å., Åström, S., Norberg, A., Saveman, B-I., (2004).	X			
Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A., Kihlgren, M., (2003).	X	X		X
Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A., Kihlgren, M., (2003).	X	X		X
Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A., Kihlgren, M., (2004).			X	X
Skovdahl, K., Sörlie, V., Kihlgren, M., (2006).	X			
Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. och Halfens, R., (2009).	X	X	X	X

Tabell 1.

Kommunikation

Kommunicera tydligt. Kommunikation beskrevs i relationen mellan vårdgivare och person med demenssjukdom som det mest användbara verktyget vid situationer där aggressivt beteende uppkom (Isaksson, Åström, & Graneheim, 2012; Skovdahl, Larsson-Kihlgren & Kihlgren, 2003a; Skovdahl, Larsson-Kihlgren & Kihlgren, 2003b). Genom att kommunicera tydligt och upprepa budskapet i aktuell situation som personerna förhöll sig till, i just det läget, kunde aggressiva situationer undvikas. Vårdpersonalen beskrev att deras egen sinnesstämning kunde påverka situationen. För att ha ett bra förhållningssätt gentemot patienter i situationer där aggressivitet kunde uppstå behövde vårdgivaren kontrollera sin egen spontana förmåga och tolka patientens reaktioner i form av hur de kommunicerade (Isaksson et al., 2012). Aggressivitet kunde relatera till frustration när patienterna inte förstod vårdpersonalens budskap, trots att vårdgivarna själva tyckte att de gjorde sig förstådda. I de situationer vårdpersonalen uppfattade frustration, vidtog de åtgärder i form av att patienterna själva fick förklara hur de uppfattat situationen. Vårdpersonalen förklarade sedan själva vad de ville förmedla (Kunik et al., 2003). Vårdgivarna menade på att utan tydlig kommunikation kunde en situation bli våldsamt och motstridigt som annars hade varit lättsamt, det krävdes därför tydlig kommunikation mellan patient och vårdgivare (Sandvide, Åström, Norberg & Saveman, 2004).

Distrahera. Distraction visade sig vara ett användbart verktyg när en våldsamt situation var på väg att uppstå (Isaksson et al., 2012). Den verbala distractionen kunde ta form i sång eller att prata om något som vårdgivaren visste att patienten tyckte om. Vårdgivarna beskrev att distractionen fungerade som bäst när vården var personcentrerad, det var då lättare att hitta ämnen intressanta för patienten (ibid). Kommunikation i form av humor var ett verktyg i den personliga relationen mellan patient och vårdgivare som användes för att vända på en situation där en aggressiv reaktion uppkommit, genom att skratta eller skoja om situationen med patienten (Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens, 2009). Positiva kommentarer till patienten hade lugnande effekt då fokus flyttades från den negativa situationen till något helt annat (Gjerberg, Hem, Forde & Pedersen, 2013). Patienternas humör kunde snabbt vända och vårdgivarna beskrev en strategi i form av att backa och komma tillbaka senare som användbar, då aggressiva beteenden uppkom. Vårdgivarna beskrev detta som ett sätt att inte ge upp utan att istället låta patienten ta sin tid och återkomma när situationen inte var lika

känsloladdad (Gjerberg et al, 2013; Isaksson et al, 2012).

Beröra. Aggressivt beteende smittade lätt av sig från patient till patient och vårdgivarna försökte motverkade detta i ett så tidigt skede som möjligt genom att möta patienten i sin reaktion, prata lugnande och använda sig av beröring (Skovdahl et al., 2003b). Massage visade sig vara en hjälpande faktor enligt Skovdahl, Sörlie & Kihlgren (2006) som uppfattade att patienterna uttryckte en känsla av lugn och positiv avslappning och färre aggressiva situationer uppkom. Det beskrevs att beröring och massage fick patienterna att distraheras från varför de blivit arga från första början. Det var dock inte alltid statistiskt utan observerades först efter att massage getts under en längre, regelbunden period (ibid). Vårdgivarna beskrev att icke-verbal kommunikation, i form av en lugnande hand, eller en klapp på ryggen, kunde få en patient som uppvisade aggressiva tendenser att lugna ner sig (Isaksson et al, 2012).

Konfrontera. Konfrontation visade sig ha en påverkan på våldsamma situationer. Vårdgivarna beskrev konfrontation som ett sätt att sätta gränser och försöka få patienten att förstå vad som hände i situationen (Isaksson et al., 2012; Zeller et al., 2009). Konfrontationen i situationer där patienter uppvisade aggressiva tendenser, var att påtala dessa. Vårdgivarna menade att patienterna kan uppleva situationen mindre hotfull om de förstod vad som hände och aggressivt beteende kan därmed hindras från att eskalera. Vidare beskriver vårdgivarna att genom att konstatera det aggressiva beteendet i stunden blev gränsen för vad som var tillåtet en rutin för patienterna kring vad som accepterades och aggressiva reaktioner kunde därmed dämpas (ibid).

Personlig relation

Personcentrerad omvårdnad. Studiens resultat visade att vårdgivare identifierade patientens livshistoria som vitalt för relationen. En personlig relation där tidigare yrken, intressen och den sociala situationen var beaktad hos patienten, kunde etablera förtroende och förenkla situationer där patienten kunde reagera aggressivt gentemot vårdgivaren. Studien visade även att personal som har kunskap om patientens livshistoria visar mer empati i sitt förhållningssätt och har bättre förmåga att skapa ett genuint förhållande (Kolanowski, Fick, Frazer & Penrod, 2010). Vårdgivarna kunde också påverkas negativt av den information som fanns om patienten i de fall där patientens livshistoria innehöll tidigare fall av aggressivt beteende mot

sina anhöriga. Förhållningssättet speglades i omvårdnaden, då de turades om att vårda personen ifråga, bar på känslor av avsky gentemot patienten och utvecklade förutfattade meningar om denne (Isaksson et al., 2012). Hur en situation hanterades när aggressivt beteende uppkom var också kopplat till kunskapen om patientens egna förmågor att hantera det vardagliga livet. Genom att bejaka autonomi och patientens egna förmågor uppgav vårdgivarna att patienten kunde göras delaktig i sin egen vård (Isaksson et al., 2012; Skovdahl et al., 2003a; Skovdahl et al., 2003b). Genom att lära känna personen bakom sjukdomen var det lättare att förstå och tolka behov, även då patienten inte kunde uttrycka dess önskningar verbalt. Resultatet visade vidare att de vårdgivare som strävat efter att förstå anledningen bakom den aggressiva reaktionen från patienten, generellt hade lättare att förhålla sig i situationer där aggressivt beteende uppkom, än vårdgivare som endast agerade utifrån sin egen roll utan att ta hänsyn till situation (Kunik et al., 2003; Zeller, et al., 2009).

Kontinuitet. Gjerberg et al. (2013) beskriver vidare hur den personliga relationen mellan vårdgivare och patient även kunde påverkas av kontinuitet. Patienter visade sig lättare bli oroliga när det var vårdgivare patienten inte kände igen, vilket i vissa fall kunde eskalera till aggressivt beteende. Den personliga relationen var vital i förhållningssättet gentemot patienter som uppvisade aggressivt beteende. Flera av vårdgivarna uppgav sig använda tidigare prövade strategier utifrån erfarenhet från liknande situationer med samma person. Omvårdningsstrategierna visade sig i denna studie (Gjerberg et al., 2013) vara uppbyggda på tidigare erfarenheter tillsammans med patienten snarare än evidensbaserade riktlinjer. Svårigheter i den personliga relationen beskrivs när vårdgivarnas beprövade metoder gav olika reaktioner från patienten (Zeller et al., 2009). Ett förhållningssätt som fungerat tidigare i situationer när aggressivt beteende uppkommit var inte garanterat fungera nästa gång. Vårdgivarna kunde då agera mer försiktigt och anpassa en strategi som gick ut på att vänta och se hur personen med demenssjukdom skulle reagera (ibid).

Professionellt samarbete

Samarbeta. Flera av vårdgivarna uttryckte att ett fungerande samarbete, inom och emellan vårdpersonalens olika yrkeskategorier, var en nyckelfaktor i omvårdningsstrategier när aggressiva beteenden uppkom från en patient (Duxbury et al., 2013; Isaksson et al., 2012). När en aggressiv reaktion uppstod gentemot vårdpersonal kunde personalen byta av med

varandra i försök att avdramatisera situationen. Vårdgivarna beskrev det som att en kollega ibland hade möjlighet att kommunicera bättre med patienten ifråga, ibland uttryckte de också att det kunde handla om att den personliga relationen var mer etablerad med en annan vårdgivare (Gjerberg et al., 2013; Isaksson et al., 2012). I en annan studie uttryckte vårdpersonal att de snarare turades om att vårda patienter, i de situationer som var känt att aggressivt beteende vanligen uppkom, utifrån rutiner kring omvårdnaden. De reflekterade över det som att "dela bördan" arbetsgruppen emellan och ansåg att ifall rutiner inte var implementerade som omvårdnadsstrategi riskerade omvårdnaden att försummas, rutiner blev därför även viktigt för att professionerna skulle kunna ha ett bra samarbete (Skovdahl, Larsson Kihlgren & Kihlgren, 2004). För att hitta nya omvårdnadsstrategier och reflektera över de som används använde sig vårdpersonalen av sina kollegor genom att prata om situationen och hur den hanterades av vårdpersonalen. På så sätt kunde de bearbeta upplevelsen och förbättra omvårdnadsstrategier och förhållningssätt gentemot de patienter som reagerat aggressivt i en situation (Zeller et al., 2009). En sjuksköterska hade korta interventioner om lämpliga omvårdnadsstrategier och förhållningssätt till aggressiva beteenden med undersköterskorna. Sjuksköterskan upplevde en direkt positiv respons i förhållningssättet till patienterna från undersköterskorna som undervisades (Kunik et al., 2003).

Sjuksköterskans ledarskap. En av artiklarna beskrev hur sjuksköterskorna ofta var den profession som blev tillfrågad om hjälp när övrig vårdpersonal upplevde svårigheter i hanteringen av aggressiva beteenden från en patient. Studien indikerade att sjuksköterskor ibland upplevde sig ensamma i ansvaret om hur situationer där aggressivt beteende från en patient uppkom skulle hanteras (Poole & Mott, 2003). En jämförelse av förhållningssätt och omvårdnadsåtgärder vid aggressivt beteende gjordes på två vårdboenden (Skovdahl et al., 2004). Den jämförande studien indikerade att sjuksköterskans roll som ledare spelade in i hur en situation hanterades av vårdgivarna, som i detta fall främst var undersköterskor. Generellt påvisade resultatet i jämförelsen, att på de boenden där en sjuksköterska är på plats dagligen, uppstod färre aggressiva situationer, än på jämfört boende, där sjuksköterska vanligen endast var tillgänglig via telefon och inte arbetade på plats. De vårdgivare på boendet med en konstant tillgänglig sjuksköterska, beskrev sjuksköterskan som en nyckelperson i omvårdnadsstrategier vid aggressivt beteende hos en patient (ibid).

Uppgiftsfokuserad omvårdnad

Fortsätta trots motstånd. Uppgiftsfokuserad omvårdnad var även något som förekom, vilket var en konträr till den personcentrerade vården som tidigare beskrivits. Vårdgivarna beskrev att i vissa omvårdnadssituationer då patienten motsatte sig vård eller kunde agera våldsamt vidtog de en strategi i form av att fortsätta med uppgiften trots motstånd (Kunik et al., 2003). *“The main demand on staff was to quickly and efficiently perform the tasks even if there were outbursts of aggression. By that they could prevent unnecessary suffering for the residents, they thought.”* (Skovdahl et al., 2003b, s. 281). Många vårdgivare menade på att onödigt lidande kunde förhindras genom att de snabbt utförde uppgiften trots motstånd (Skovdahl et al., 2003b). Vissa vårdgivare upplevde att patienten blev lugnare när de märkte att vårdgivaren fortsatte med uppgiften trots motstånd, men oftast beskrevs situationen som mer aggressiv och vårdgivarna fick ta till åtgärder som att hålla fast patienten (Isaksson et al., 2012). Rutiner och uppgifter som förekom dagligen utfördes oavsett patientens humör eller vilja (Skovdahl et al., 2003a; Skovdahl et al., 2004). Uppgiftsfokuserad omvårdnad användes i sammanhang där patienten inte ville ta emot omvårdnad i situationer som ansågs vara viktiga av vårdpersonalen, så som vid medicindelning och hjälp med hygien. Vårdgivarna syftade till att göra gott och inte skada, genom att använda strategier som fasthållning för att slutföra omvårdnadsuppgiften (Sandvide et al., 2004; Gjerberg et al., 2013). I många fall beskrev vårdgivarna att patienten själv inte kunde avgöra om vad som främjade deras hälsa och det enda alternativet var då att göra valen åt patienten och slutföra den omvårdnadsuppgift de hade (Isaksson et al., 2012). Vårdgivarna menade på att de var tvungna att utgå från deras position som professionella vårdgivare snarare än en vän till patienten. I rollen som vårdgivare var det alltså viktigt för dem att bestämma i de situationer där uppgiften ansågs vara tvungen (Skovdahl et al., 2004). En strategi som användes av vårdgivarna, var att till en början ensam ta sig an uppgiften med patienten. Om situationen senare blev aggressiv fanns en andre vårdgivare tillsammans med dem i rummet till hjälp, om exempelvis fasthållning behövde användas (Skovdahl et al., 2003a).

Avgränsa patientens val. Vårdgivarna kunde medvetet begränsa sitt språk i samtal med en patient, utifrån vilken omvårdnadsuppgift som skulle genomföras (Gjerberg et al., 2013). Genom att säga till patienterna vad skulle ska hända istället för att fråga om det går bra, gjorde vårdgivarna indirekt valet åt dem. Detta menade vårdgivarna var bra för att undvika

missförstånd mellan dem och patienten, då valmöjligheterna för patienterna minimerades. Vårdgivarna använde såväl befogenheten att utföra uppgiften samt befogenheten att göra valen åt patienten utan att involvera denne för att undvika motstånd vilket kunde leda till aggressiva situationer (ibid). Vårdgivarna påpekade att patienterna som lever med demens inte alltid vet sitt eget bästa och att det kunde leda till dåligt omdöme kring deras situation i de fall de själva fick bestämma. Utifrån det antagandet ansågs det nödvändigt att vårdgivarna avgjorde hur och när omvårdnadsuppgifter skulle genomföras för allas säkerhet (Kolanowski et al., 2009). För att vårdgivarna skulle kunna fortsätta med uppgiften uttryckte de att det bästa sättet var att isolera patienten på sitt rum vid tendenser av aggressivt beteende för att resterande patienter skulle få sina mediciner i tid (Poole & Mott 2003; Zeller et al., 2011).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Valet av litteraturstudie gjordes för att få en översikt av vårdpersonalens omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende. Forsberg & Wengström (2013) menar på att förutsättningen för att genomföra en litteraturstudie är att det finns tillräckligt med artiklar av god kvalitet som kan ligga till grund för granskning och slutsatser. Enligt Dahlborg Lyckhage (2012) är avsikten med litteraturstudier att få en fördjupad kunskap kring huvudområdet omvårdnad (ibid). Författarna valde därför denna typ av studie eftersom att syftet var att få en bredare förståelse kring kunskap i hur vårdpersonal förhåller sig till aggressivt beteende hos person med demenssjukdom.

Under informationssökningen som gjordes granskades artiklarna överskådligt för att göra en tillförlitlig bedömning om artiklarna var vetenskapliga. Östlundh (2012) beskriver att vetenskapliga artiklar sällan är kortare än tre sidor och oftast är skrivna på engelska med tillhörande abstrakt. Då samtliga insamlade artiklar var skrivna på engelska som sedan beskrevs på svenska i studien kan fel i översättningen uppstå. Både översättning av ord men också författarnas olika tolkningar av artiklarnas innebörd och beskrivning. För att därför på bästa sätt förhindra tolkningsolikheter mellan författarna lästes artiklarna igenom var och en för sig för att sedan diskuteras. Willman et al. (2011) påpekar att genom att välja artiklar där språket behärskas reduceras även risken för missförstånd av innehållet. Trots det valde författarna att leta efter vetenskapliga artiklar på engelska. Författarna ansåg att risken för att exkludera relevant information ifall artiklarna endast var skrivna på svenska var större än risken att feltolka engelskspråkiga artiklar. Författarna resonerade även så, att ifall artiklar skulle väljas efter modersmål som exklusionskriterium skulle informationen också avgränsas geografiskt.

För att val av artiklarna inte skulle baseras på endast en persons tankar gjordes kvalitetsgranskningen av alla artiklar av båda författarna som sedan diskuterade och jämförde funna resultat. Enligt Willman et al. (2011) är det ett sätt att minimera att studien blir partisk och gör därför också studien mer pålitlig. Samma metod där båda författarna jämfört och

diskuterat tankar användes dessutom i bildandet av kategorier till resultatdelen i studien. Kategorierna bildades utifrån sammanställda tankar kring de valda artiklarnas resultat och detta bör också öka studiens tillförlitlighet. Vid val och granskning av artiklarna var författarna noga med att inte tillföra egna erfarenheter. Enligt Forsberg och Wengström (2013) kan studiens innehåll påverkas om författarna lägger egna värderingar och erfarenheter i val av artiklar och utformning av studien. Matriser användes där artiklarna lades in för att ständigt hålla ett objektivi synsätt i granskningsprocessen. Författarna själva har upplevt aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom i vårdmiljöer och har då sett och deltagit i situationer där det förekommit. Henricsson (2012) beskriver att total objektivitet inte går att uppnå. Dock har författarna innan studiens start varit medvetna om sin förförståelse vid granskning av artiklarna vilket valdes att ses som en styrka och ökar därför studiens trovärdighet.

Forskning anses vara en färskvara (Östlundh, 2012). Utifrån det antagandet utgick författarna ifrån att sökta artiklar skulle ha ett begränsat publiceringsdatum. Äldre forskning ansågs heller inte relevant då dagens omvårdnadsstrategier och förhållningssätt gentemot personer med demenssjukdom och aggressivt beteende inte skulle jämföras med hur det varit tidigare. Äldre artiklar skulle dock kunnat styrka fynd från aktuella artiklar som studerats.

Utifrån granskningsmallen av Wengström & Forsberg (2013, s. 206) uppnådde samtliga artiklar, bortsett från en, hög kvalitet. Den artikel som höll en medelkvalitet valdes trots detta att användas inom ramen för studien då övriga artiklar stödde resultatet som framkom i artikeln och artikeln ansågs vara av relevans för studien. Genom att noggrant granska artiklarna som innefattades i studien strävar författarna efter att beskriva ett resultat som var trovärdigt.

Ett viktigt avseende som bör tas hänsyn till vid granskning kring artiklarnas relevans är artikelförfattarnas objektivitet (Forsberg & Wengström, 2013). De författare som skrivit i fler artiklar kan ha större påverkan på denna studies resultat än om alla artiklarnas författare var olika. Artikel H, J och K, se bilaga 3, har samma huvudförfattare och medförfattare men är utförda på olika vårdboenden med således olika förutsättningar. I artikel L, se bilaga 3, medverkar också här samma huvudförfattare samt en medförfattare men tillsammans med

ytterligare en medförfattare. Artiklarna ger olika perspektiv och är utförda med olika insamlingsmetoder och bedömdes därför utifrån dess fakta ge relevant information för studiens resultat. Skribenter till vetenskapliga artiklar ska ha ett objektiva synsätt som ska vila på en etiskt och ärligt grund (Forsberg & Wengström, 2013). Författarna till studien anser därför att oavsett om artiklarna som studien innefattar har samma skribenter i flera av artiklarna bör det inte ha en större påverkan på studiens resultat. Artikel L, se bilaga 3, används endast en gång under resultatdelen och bidrog med förhållandevis lite material. Författarna ansåg att artikeln hade hög relevans och innefattade information som kompletterade studiens resultat, därför beslutades det att artikeln skulle inkluderas.

Samtliga artiklar som användes i studien innehöll resultat från en offentlig vårdmiljö, såsom sjukhus och vårdboende. Artiklar skrivna om upplevelser och omvårdnadsåtgärder av vårdpersonal vid aggressivt beteende i hemmet eller annan icke-offentlig vårdmiljö har exkluderats. I en offentlig vårdmiljö görs omvårdnaden utifrån riktlinjer och av personal vilket var resonemanget för att dessa artiklar kunde jämföras likvärdigt. Att studien endast innefattar vårdpersonals perspektiv kan riskera att utesluta information från anhöriga och patienter kring frågeställningen som skulle kunna haft relevans för syftet.

Studios resultat innefattar artiklar från Australien, Schweiz, Sverige, USA, Storbritannien och Norge. Valda artiklars geografiska ursprung har gjorts med hänsyn till olika aspekter. Aggressivt beteende är en delvis subjektiv upplevelse som kommuniceras, verbalt och icke-verbalt. Aggressivt beteende vid demenssjukdom gentemot omgivningen påverkas av varierande anledningar, beskrivet utifrån personens livshistoria, situation och funktionsförmågor i nuet, se figur 1 (Hallberg, 1997). Subjektiva upplevelser är individuella upplevelser och således anses det geografiska området inom vilket studien utförts sakna relevans i en sammanställande studie från ett vårdgivarperspektiv. Under studien har artiklar av västerländsk natur valts, då resurser kan vara en påverkande faktor i omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt i situationer där aggressivt beteende uppstår. Artiklar från västerländska länder antas vara jämförbara utifrån resurser i offentliga vårdmiljöer.

Studien skulle kunnat utföras med hjälp av en kvantitativ ansats men också med hjälp av empiriska studier. Risken med att studera kvantitativ data hade varit att förbise

vårdpersonalens egna upplevelser vilka påverkade deras förhållningssätt och omvårdnadsåtgärder i studien. En litteraturstudie utifrån studiens syfte anser författarna ha en större pålitlighet och trovärdighet, utifrån verklighetsförankring. En empirisk studie hade kunnat ge ett djupare svar kring vårdpersonalens omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt men hade riskerat smalna av resultatet utifrån möjlig datainsamling. En mer nischad datainsamling hade kunnat leda till att författarna funnit resultat som inte kunnat påvisa generaliserbarhet och således inte ha lika stor samhällsnytta.

Resultatdiskussion

Studiens syfte var att belysa omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende. Författarnas syfte var att undersöka vilka omvårdnadsåtgärder som vidtogs i praktiken och hur vårdgivare förhöll sig i situationen gentemot patienten. Resultatet belyste fyra olika kategorier; *Kommunikation*, *Personlig relation*, *Professionellt samarbete* och *Uppgiftsfokuserad omvårdnad*.

Att kommunicera tydligt syftar till att få patienten att förstå vad som skulle ske i en situation och att inte skapa missförstånd mellan vårdgivaren och patienten. Som beskrivet i bakgrunden kan ickeverbal kommunikation överföras genom gester, kroppsspråk och ögonkontakt (Jootun & McGhee, 2011) vilket bekräftas av Marmstål Hammar, Emami och Engström (2010) som beskriver att det krävs av vårdgivaren att tala om för patienten vad som ska hända för att sedan invänta svar eller en gest som visar att patienten förstått vad som ska ske. Detta förklaras också av Griffiths, Knight och Gladman (2013) som i sin artikel fann att personer med demenssjukdom ibland inte vet att de skadar vårdgivarna eller att aggressivt beteende inte är acceptabelt, vilket kräver tydlig kommunikation för att få personen att förstå. Kommunikation ansågs därmed av författarna vara ett avgörande hjälpmedel och att vårdpersonal hade en viktig roll i att anpassa informationen till patienten ifråga. Hur kommunikativa hjälpmedel som språk, gester och även humör från vårdgivare uttrycktes påverkade även en omvårdnadssituation och kunde därmed vara uppkomst eller förhindrande av aggressivt beteende från patienten med demenssjukdom. Författarna ansåg att medvetenhet kring sina egna kommunikativa uttryck som vårdpersonal var en viktig grund i förhållningssättet gentemot patienten.

Distraction var en användbar strategi från vårdgivarna för att få patienterna att fokusera på något annat än situationen som upplevdes vara aggressiv. Marmstål Hammar et al. (2010) styrker detta i sin artikel där sång användes för att få patienten att sjunga med och fokusera tankarna på något annat än omvårdnaden. Humor kom att vara ett användbart verktyg för att distrahera en patient i en situation där aggressiv reaktion kunde uppstå. Humor ses därför som en betydande aspekt i kontakten mellan vårdgivaren och patienten då det enligt en artikel av Marmstål Hammar et al. (2010) har en effekt på att vända något negativt till det positiva. Artikeln talade också för att när situationen lyckats gå åt det positiva hållet använde patienten själv humor för att känna sig trygg i omvårdnaden (ibid). Däremot diskuterar artiklarna inte huruvida det är etiskt korrekt att distrahera en patients uppmärksamhet från en situation för att utföra omvårdnad vilket författarna ifrågasätter gentemot principen att arbeta utifrån patientdelaktighet. I en artikel av Zeller et al. (2014) visade sig den strategi som var mest användbar vara att lugna patienten och försöka förstå varför patienten blivit arg från första början vilket stödjer resultatet som funnits. I situationer där patienten med demenssjukdom kände sig missförstådd och tog till aggressivt beteende som en försvarsmekanism valde vårdgivarna att ta ett steg tillbaka och återkomma när patienten lugnat sig. Sellevold, Egede-Nissen, Jakobsen och Sorlie (2013) menar att patienten kan bli emotionell och behöver ibland ett utrymme för sig själv för att sedan kunna förstå vad det är som ska ske. Pulsford, Duxbury och Hadi (2011) bekräftar denna strategi som användbar då vårdgivarna upplevde att situationen blev mindre laddad om de valde att återkomma en stund senare till patienten. Författarna till denna studie ansåg därmed att patienterna gjordes delaktig i sin vård och kunde bibehålla sin autonomi. Att försöka förstå uppkomst till patientens reaktion samt ta ett steg tillbaka tydde på en väl fungerande omvårdnadsstrategi då de gav positiva effekter i samtliga studerade artiklar.

Något som författarna till denna studie fann intressant i resultatet var att beröring hade en stor positiv påverkan på det aggressiva beteendet hos personer med demenssjukdom. Det som kunde visas var dock att det krävdes att vårdgivaren under en period gav massage eller annan beröring för att det skulle ge den fulla effekten av lugn för patienten. I vidare forskning visade det sig dock inte att beröring var en användbar strategi för att lugna en aggressiv demenssjuk patient. I en artikel skriver Griffiths et al. (2013) att vårdpersonalen kunde försöka närma sig en patient med aggressivt beteende men då bli skrämde av situationen och istället välja att

undvika patienten. Vårdpersonalen upplevde att de inte visste vad de skulle göra och när en lugnande hand inte hjälpte backade personalen och lämnade patienten (ibid). Att beröring kunde leda till ytterligare aggressivitet var något som inte visats tidigare i studerade artiklar då beröring endast sett som något positivt i samband med att en patient med demenssjukdom uppvisat oroligt eller våldsamt beteende. Författarna ansåg att beröring stod i relation till den personliga relationen mellan vårdgivare och patient. Den personliga relationen kan påverka hur beröring upplevs och således ansåg författarna att beröring inte endast kan praktiseras som enskilt hjälpmedel, utan vårdpersonal bör ta hänsyn till relation till patienten och omvårdnadssituation.

I bakgrunden beskrivs att personer som lever med demenssjukdom har kognitiva nedsättningar där förståelseproblematik är inräknat (Demensförbundet, 2015). En person som lever med demens kan ha svårt att uppfatta situationer och förstår därför inte alltid att ett aggressivt beteende inte är acceptabelt. Resultatet visade på att konfrontation användes som ett sätt att sätta gränser och försöka få patienten att förstå vad det var som skett i en situation. Funnet i ny forskning visade det sig att oavsett om vårdgivarna konfronterade patientens beteende och satte gränser så hade patienten svårt att förstå att det var ett sätt att visa att det var fel (Marmstål Hammar et al., 2010). Zeller et al., (2014) har istället visat att konfrontation var en användbar strategi för att få en patient att lugna ner sig och inte använda våldsamt beteende mot vårdgivarna. Att förklara för patienten att aggressivt beteende inte var acceptabelt ledde till att patienterna tog åt sig av informationen och situationen lugnade ner sig (ibid). Intressanta aspekter att ta hänsyn till i detta fall är att samma strategier kan fungera på olika sätt beroende på enhet, personal och personen med demenssjukdomen.

Tidigare forskning (Hallberg, 1997, figur 1) beskrev uppkomst av aggressivt beteende utifrån faktorer som situation, livshistoria och funktionsförmågor i nuet. Patientens livshistoria och relationen med vårdpersonalens hade positiva implikationer på förhållningsättet av vårdpersonalen gentemot patienten, vilket bekräftades av resultatet. Studiens resultat visade att vårdgivare identifierade patientens livshistoria som vitalt för relationen och vårdgivare som hade en nära relation med patienten hade större förmåga att visa empati. Vårdpersonalen valde att se till patientens personliga resurser snarare än att fokusera endast på aggressiviteten som ett symptom av demenssjukdomen (Griffiths et al. 2013; Sellevold et al. 2013). Vidare

bekräftades detta av McKneown, Clarke, Ingelton, Ryan och Repper (2010) som beskrev hur sjuksköterskorna kunde se patienten i kontexten av dennes livshistoria, genom att lära känna personen bakom rollen som patient. Pulsford et al. (2011) beskrev att aggressiva reaktioner kunde minska genom att stärka den personliga relationen. Zeller et al. (2014) beskriver i en artikel att kontakten med anhöriga var en central faktor för att bidra vårdgivarna till att anpassa omvårdnadsåtgärderna i situationer där aggressivt beteende uppkom. Sjögren, Lindkvist, Sandman, Zingmark och Edvardsson (2012) såg ingen signifikant korrelation mellan personcentrerad vård och förmåga att vara delaktig i sin vård. Författarna ser däremot svårigheter i att göra en patient delaktig utan ett personcentrerat synsätt i omvårdnaden. Huruvida anhöriga är en central faktor för att stödja patientens delaktighet och autonomi beror, enligt författarna, även på patientens relationer och förmåga till att delta i sin egen omvårdnad. Vårdgivarna kunde påverkas negativt av den information som fanns om patienten i de fall där patientens livshistoria innehöll tidigare aggressivt beteende mot sina anhöriga (McKneown et al., 2010). Vårdpersonal riskerade då att fokusera mer på riskerna för uppkomst av aggressiva reaktioner än själva omvårdnaden. Sammantaget i studien var detta det enda resultat som framkom i koppling till anhörigas roll för vårdgivarnas omvårdnadsstrategier och förhållningssätt gentemot patienter med aggressivt beteende. Författarna tror, grundat på antagandet att anhöriga har en viktig roll i omvårdnaden, att användbar fakta kring den personliga relationen med patienten med hjälp av anhöriga kan ha exkluderats från studiens resultat då det var ett perspektiv som inte granskades ingående.

Flera av vårdgivarna uppgav sig använda tidigare prövade strategier utifrån positiva resultat från aggressiva situationer med samma patient. Zeller et al. (2014) styrker att tidigare beprövade omvårdnadsåtgärder, när aggressivt beteende uppkommer, användes av vårdpersonal. Svårigheter i den personliga relationen beskrivs när vårdgivarnas beprövade metoder gav olika reaktioner från patienten från gång till gång. Ett förhållningssätt av vårdgivarna gentemot en patient med aggressivt beteende påverkades även av andra faktorer såsom situation och funktionsförmåga i nuet, vilket styrks av Hallbergs (1997, figur 1) tidigare forskning. Zeller et al. (2014) beskrev även att utmaningen med beprövade omvårdnadsåtgärder vid aggressivt beteende hade ett inkonsekvent resultat. Slutsatsen författarna drar utifrån detta resultat är att kontinuitet är ett begrepp som inte nödvändigtvis kan appliceras genom att alltid tillämpa samma omvårdnadsåtgärder även om det i flera fall

gav positiva effekter. Däremot genom att kontinuerligt bemöta aggressivt beteende kan vårdpersonal finna fler eller utveckla strategier som ger positiva resultat.

När en aggressiv reaktion uppstod kunde vårdpersonalen byta av med varandra i försök att avdramatisera situationen. Personkemin mellan vårdgivare och patient beskrevs variera och resultatet indikerade att vårdgivare i situationer där aggressivt beteende uppkom kunde byta av med en kollega i försök att låta en kollega neutralisera situationen. McGilton, Sidani, Boscart, Guruge och Brown (2012) beskrev resultatet av sin jämförande artikel att samma patient en vårdgivare uppfattade som aggressiv kunde en annan vårdgivare uppleva som motsatsen. McGilton et al. (2012) indikerade även att vårdpersonals relation till patienterna kunde påverka situationer negativt där aggressivt beteende var känt förekommande. Det var relaterat till att vårdgivarna upplevde rädsla och ångest inför dessa situationer och därför "delade bördan". Detta resultat kan indikera på personkemin betydelse men även på skillnader i förhållningssätt och omvårdnadsåtgärder där aggressivt beteende uppkom. Varför patienterna uppfattades olika kan också ha att göra med att aggressiva beteenden är en subjektiv upplevelse vilket definieras i bakgrunden (Pulsford & Duxbury, 2006).

Vårdpersonal uttryckte behov av information om lämpliga omvårdnadsstrategier i det dagliga arbetet. En sjuksköterska hade korta interventioner om lämpliga omvårdnadsstrategier och förhållningssätt till aggressiva beteenden med undersköterskorna. Motsvarande interventioner som gjorts av sjuksköterskan kunde dock inte finnas i någon annan artikel. Ett flertal artiklar påpekade dock kunskap kring lämpliga omvårdnadsstrategier och förhållningssätt till aggressiva beteenden som nödvändigt i omvårdnaden av patienter med demenssjukdom och bristande i samtliga artiklars studier (Griffits et al., 2013; McGilton et al., 2012; Isaksson, Granheim, Åström & Karlsson 2010). Författarna ser således utifrån studien att mer undervisning av omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt till patienter med demenssjukdom och aggressivt beteende i sin grundutbildning är ett behov för samtlig vårdpersonal. I Griffits et al. (2013) artikel beskrev en sjuksköterska behovet av kunskap kring omvårdnadsstrategier och förhållningssätt som vitalt för att känna självförtroende som en klar koppling till nivån av kunskap i hanteringen av situationer där aggressivt beteende uppkom. Författarna fann dock inte i studien att självförtroende hade en korrelation till kunskap. För att hitta nya omvårdnadsstrategier och reflektera över de som används använde sig vårdpersonalen av sina kollegor genom att prata om situationen och hur den hanterades av vårdpersonalen (McGilton

et al., 2012). Isaksson et al. (2010) stödjer även denna omvårdnadsstrategi. Vårdpersonalen förde en kontinuerlig diskussion kring våldsamma situationer, de kunde både prata ut och dra lärdom av varandra (ibid). Zeller et al. (2014) beskrev däremot att interdisciplinära översikter av olika fall med aggressivt beteende togs som exempel och utvärderades frekvent av vårdpersonal för att beskriva hur de hade agerat i en hypotetisk situation för varandra. Denna typ av undervisning var inget som uppkom i resultatet. Undervisningen kan dock jämföras och stödja de liknande interventioner som tidigare beskrivits i resultatet kring hur situationer när aggressivt beteende från en patient med demenssjukdom hanterades.

Resultatet beskriver att sjuksköterskorna ofta var den profession som blev tillfrågad av hjälp när övrig vårdpersonal upplevde svårigheter i hanteringen av aggressiva beteenden från en patient. Resultatet indikerade att sjuksköterskor ibland upplevde sig ensamma i ansvaret om hur situationer där aggressivt beteende från en patient uppkom skulle hanteras. Griffiths et al. (2013) artikel stödjer resultat av att sjuksköterskor var den yrkesgrupp som främst hanterade situationer där aggressivt beteende uppkom från patienter med demenssjukdom.

Multidisciplinära team beskrevs vidare som högt värderade av samtlig vårdpersonal men användes sällan (ibid). Det skulle kunna stödja studiens resultat av att sjuksköterskor ibland kände sig ensamma i hanteringen av patienter med aggressivt beteende.

McGilton et al. (2012) beskrev administrationspersonalen som en nyckelfaktor för att sjuksköterskorna skulle ha rätt förutsättningar för att leda omvårdnadsarbetet (ibid).

Administrationspersonalen framkom inte som en nyckelfaktor för sjuksköterskornas ledarskap i resultatet, däremot kan paralleller dras till hur omvårdnaden påverkades utifrån tillgång till vårdpersonal. Färre aggressiva reaktioner uppkom i vårdmiljöer med tillgänglig sjuksköterska. Detta visar på att sjuksköterskan var en nyckelperson för strategier vid omvårdnad av patienter med aggressivt beteende.

Resultatet visade att i många situationer där patienten uppvisade motstånd i omvårdnadssituationer valde vårdgivarna att fortsätta med uppgiften trots aggressivt beteende. I Marmstål Hammar et al. (2010) forskning beskrevs att när patienten gjorde motstånd och höll hårt fast i sin stol "bände" vårdgivarna upp patientens fingrar för att få patienten att klä på sig. Den valda åtgärden av att få patienten att medverka i den omvårdnadsåtgärd som vårdgivarna försökte att utföra användes eftersom att det var tvunget för att få uppgiften

genomförd (ibid). Detta bekräftar också det som finns beskrivet i resultatet där vårdgivarna menade på att minska lidandet hos patienten genom att snabbt genomföra en omvårdnadsåtgärd, oavsett motstånd. Marmsål Hammar et al. (2010) beskrev dock att vårdgivarna, trots önskan att genomföra uppgiften, inte alls var intresserad av vad patienten sa eller uttryckte eftersom att fokus låg på att tala kollegor emellan om egna intressen. Författarna funderade därför över huruvida fokus faktiskt låg på att få uppgiften genomförd snabbt för att minska lidande hos patienten eller om intresset för patienten överhuvudtaget inte fanns. Marmstål Hammar et al. (2010) beskrev att vårdgivarna ofta utförde omvårdnadsåtgärderna i samband att de frågade patienten om det gick bra. Oavsett om patienten svarade ja eller nej fortsatte vårdgivarna att klä patienten eftersom att ett nej endast var ett uttryck av protest och patienten inte visste bättre (ibid). Vårdgivarna ansåg att de hade ansvaret att se till att patienten fick den omvårdnad som skulle främja hälsan och att patienten i många fall inte kunde avgöra detta själv (ibid). Vidare reflekterade författarna över huruvida ett klädombyte påverkade hälsan. Sett till de riktlinjer som idag finns gällande omvårdnad mot en person med demenssjukdoms vilja fann författarna inget som stödjer att fortsätta trots motstånd från patienten i dessa situationer.

Vårdgivarna använde sitt sätt att tala till patienten som en strategi för att inte skapa missförstånd för patienten. Pulsford et al. (2011) beskrev att verbalt missbruk förekom från vårdgivarna till patienterna. Med detta menades att vårdgivarna vred på sitt språk och sina ord så att de skulle få patienterna att svara på ett sätt som vårdgivarna hade tänkt och för att situationen skulle gå smidigare och snabbare. Vidare beskriver Pulsford et al. (2011) situationer där de tar upp vridning av språket som ett sätt att hantera missförstånd och aggressivt beteende. Dock såg vårdgivarna i artikeln på denna strategi som en makthandling istället för en tillgång (ibid). Ingen vidare forskning på huruvida avgränsat språk utifrån uppgift var användbart eller inte kunde finnas. Däremot diskuterar tidigare nämnd forskning (Pulsford et al., 2011) vikten av att anpassa information till patienten vilket skulle kunna relatera till denna omvårdnadsstrategi. Vid avgränsning av språk tror därför författarna att det är en viktig omvårdnadsåtgärd att göra utifrån ett personcentrerat synsätt, inte utifrån uppgift. Vidare forskning kring detta ämne ser författarna som nödvändig för att konstatera om denna strategi kan ses som användbar eller inte. I resultatet av denna studie beskrivs att isolering var en nödvändig åtgärd för att resterande patienter inte skulle bli lidande av det aggressiva

beteendet från en av patienterna. Författarna reagerade starkt och ställer sig kritiska till att isolera en patient som omvårdnadsåtgärd utifrån ett flertal aspekter. Författarna jämförde handlingen mot de centrala rekommendationerna som återgivits kring ett personcentrerat förhållningssätt från Socialstyrelsen och fann ingen fakta som kunde motivera isolation av en patient. Vidare kan isolering av patienter även strida mot etiska aspekter då författarna inte fann evidensbaserat underlag för att det skulle främja hälsan för individen ifråga. Författarna såg även en oenighet i hur isolation användes som omvårdnadsåtgärd i praktiken. Isaksson et al. (2011) fann i sin artikel att vårdgivarnas främsta verktyg vid hantering av aggressivt beteende var att isolera patienten på sitt rum. Detta bekräftades däremot inte av Pulsford et al. (2011) som i en artikel beskrev att vårdgivarna var starkt emot isolering som en strategi för att motverka aggressivt beteende. I situationer där patienten inte lugnade ner sitt aggressiva beteende beskrev vårdgivarna att fasthållning var nödvändigt (ibid).

Slutsats

Sjuksköterskor är den yrkesgrupp som främst kontaktas när patienter uppvisar aggressivt beteende, detta grundas på att sjuksköterskor har huvudansvaret för omvårdnadsarbetet. De aggressiva tendenserna hos patienterna påverkades av vårdpersonalens förhållningssätt men också av tillgången till sjuksköterska och den personliga relationen mellan patient och vårdgivare. Slutsatsen visade att omvårdnadsåtgärderna vid aggressivt beteende var konträra. En förutsättning som all vårdpersonal bör ha är en god kunskap kring patienten som individ och dess enskilda kunskaper. Studiens resultat kan även påvisa att tydligare riktlinjer behövs för hur och om vårdpersonal ska genomföra omvårdnadsåtgärder trots motstånd från patienter med demenssjukdom.

Betydelse

Studien kan i ett större perspektiv bidra till ökad kunskap kring vilka omvårdnadsåtgärder som används och vilka aspekter som bör tas hänsyn till i vårdandet av en person med demenssjukdom och aggressivt beteende. Viktigt för sjuksköterskan i sin profession, är att veta hur och vilka omvårdnadsåtgärder som implementeras i praktiken för att kunna förhålla sig till situationer där aggressivt beteende från en patient uppkommer och leda omvårdnadsarbetet, där sjuksköterskan har sin expertis. Studien bidrar till att, genom

påvisande av vilka omvårdnadsåtgärder som idag används kunna utveckla vidare riktlinjer för omvårdnad där aggressivt beteende förekommer hos en person med demenssjukdom.

Förslag på vidare forskning

Studien tar inte upp patientens upplevelser, eftersom syftet var att belysa frågan utifrån vårdpersonalens perspektiv. För att bli mer medveten om hur personen med demenssjukdom upplever situationer där aggressiva handlingar förekommer kan vidare forskning fokusera på just detta perspektiv. Genom att utforska bakomliggande faktorer för aggressivt beteende utifrån individens perspektiv breddar det vår förståelse som vårdpersonal. Det kan också bidra till underlag för utveckling av omvårdnadsarbete i framtiden. Studien påvisade att motsatta omvårdnadsåtgärder och förhållningssätt, såsom exempelvis personcentrerade- och uppgiftsfokuserade omvårdnadsåtgärder, användes av vårdpersonal i bemötande vid aggressivt beteende. Vidare forskning skulle kunna utgöra värdefull information kring vad som skapade skillnaderna i uppfattningen av patienter mellan vårdgivarna för att förbättra omvårdnadsåtgärderna och förhållningssättet till patienter med aggressivt beteende.

Författarnas insatser

Författarna har under studiens gång endast arbetat på studien tillsammans genom fysiska möten. Samtliga artiklar har sökts fram och analyserats individuellt av författarna för att sedan jämföra fynd. Författarna skrev tillsammans en artikelmatris som låg för grund till resultatet. Bakgrundens innehåll diskuterades och delades upp för att sedan korrekturläsa av varandra. Resultat och diskussion skrevs tillsammans, likväl slutsats, klinisk betydelse och förslag på vidare forskning. H. D skrev abstrakt och E.T. slutförde etiska aspekter.

REFERENSER

Alzheimer's Disease International (2015). World Alzheimer Report: The Global Impact of Dementia. London: Alzheimers Disease International.

<https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Alzheimer Europé. (2013). *The ethical issues linked to restrictions of freedom of people with dementia: The restriction of the freedom to act according to individual attitudes, values and lifestyle preferences*. Hämtad den 16 november, 2015, från <http://alzheimer-europe.org/Ethics/Ethical-issues-in-practice/The-ethical-issues-linked-to-restrictions-of-freedom-of-people-with-dementia/The-restriction-of-the-freedom-to-act-according-to-individual-attitudes-values-and-lifestyle-preferences>

Aygun, D. & Gungör, I.L. (2015). Why is Alzheimer disease confused with other dementias? *Turkish Journal of Medical Sciences*, (45), 1010-1014. doi: 10.3906/sag-1405-47

Blanc, F., Colloby, S.J., Philippi, N., de Petigny, X., Jung, B., Demuynck, C., ... Taylor, J-P. (2015). Cortical Thickness in Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Disease: A Comparison of Prodromal and Dementia Stages. *PLoS ONE*, (10), 1-18. doi: 10.1371/journal.pone.0127396

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 23-35). Lund: Studentlitteratur.

Dahlborg Lyckhage, E. (red.) (2014). *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Demenscentrum (2015). *Demenssjukdomar*. Hämtad 16 november, 2015, från Demenscentrum, <http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Demenssjukdomarna/>

Demensförbundet (2015). *Demenssjukdomar: Vad är demens?* Hämtad 1 november, 2015, från Demensförbundet, <http://www.demensforbundet.se/sv/om-demens/demenssjukdomar/>

*Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S. (2013). Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, (9), 792-800. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12018>

Enmarker, I., Olsen, R. & Hellzen, O. (2010). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International Journal of Older People Nursing*, (2), 153-162. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. (3. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2013). Bilagor. I C. Forsberg & Y. Wengström (Red.), *Att*

göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning (s. 193-210). Stockholm: Natur & Kultur.

Friberg, F. (red.) (2012). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Gjerberg, E., Hem, M.H., Forde, R. & Pedersen, R., (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, (6), 632-644. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012473012>

Griffits, A., Knight, A., Harwood, R., Gladman, J. (2013). Preparation to care for confused older patients in general hospital: a study of UK health professionals. *Age & Ageing*, (4), 521-527. doi: <http://dx.doi.org/ageing/aft171>

Hallberg R, I. (1997). *Problematiska beteenden hos demensdrabbade: samspel, miljö, patient, vårdare*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Henricson, M. (red.) (2012). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M. & Mårtensson, J. (2012). Publicering av examensarbete. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.569-581). Lund: Studentlitteratur.

Isaksson, U., Graneheim, U., Åstrom, S. & Karlsson, S. (2011). Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health*, 15(5), 573-579. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.556600>

*Isaksson, U., Åström, S. & Graneheim, U. (2012). Being flexible and tuning in: professional caregivers' reflections on management of violent behavior in nursing homes. *International Journal of Older people Nursing*, (4), 290-298. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12005>

Jootun, D. & McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*, 25(25) 40-47.

Kjellström, S. (2012) Forskningsetik. I M. Henricsson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 70-92). Författarna och studentlitteratur.

*Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C. & Penrod, J., (2010). It's about time: Use of nonpharmacological interventions in the nursing home. *Journal of nursing scholarship*, (2), 214-222.

*Kunik, ME., Lees, E., Snow, AL., Cody, M., Rapp, CG., Molinari., VA och Beck, CK. (2003). Disruptive Behavior in Dementia; A qualitative study to promote understanding and improve treatment. *Alzheimer's Care Quarterly*, (2): 125-136.

Marmstål Hammar, L., Emami, A., Engström, G. & Götell, E. (2011). Communicating

through caregiver singing during morning care situations in dementia care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 160-168. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00806.x>

McGilton, K., Sidani S., Boscart, V., Guruge, S., & Brown, M. (2012). The relationship between care providers' relational behaviours and residents mood and behaviour in long-term care settings. *Aging & Mental Health*, (4), 507-515. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.628980>

McKeown, J., Clarke, A., Ingleton, C., Ryan, T. & Repper, J. (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 148-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00219.x>

Nazarko, L. (2015). Hearing the voice of the person with dementia. *British Journal of Healthcare Assistants*, (5), 222-225.

NE (Nationalencyklopedin).(2015a). *Delaktighet*. Hämtad 16 november, 2015 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/delaktighet>

NE (Nationalencyklopedin).(2015b). *Kommunikation*. Hämtad 5 november, 2015 från <http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/l%C3%A5ng/kommunikation>

Olsson, A. (2015-11-23) Kraftig ökning av hot och våld i vården. Vårdfokus. Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2015/november/Kraftig-okning-av-hot-och-vald-i-varden>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. (9.ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

*Poole, J. & Mott, S., (2003). Agitated older patients: Nurses' perceptions and reality. *International Journal of Nursing practice*, (5), 306-312.

Prince, M.J., Acosta, D., Castro-Costa, E., Jackson, J. & Shaji, K. S. (2009). Packages of Care for Dementia in Low- and Middle- Income Countries. *PLoS Medicine*, (6), 1-9.

Price, RS. & Keady, J. (2010). Systematic review: role of health promotion in vascular dementia. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, (2), 88-101. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01053.x>

Pulsford, D. & Duxbury, J. (2006). Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, (13), 611-618. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00964.x

Pulsford, D., Duxbury, J. A. & Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of Psychiatric &*

Mental Health Nursing, 18(2), 97-104. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01646.x>

*Sandvide, Å., Åström, S., Norberg, A. & Saveman, B-I., (2004). Violence in institutional care for elderly people from the perspective of care providers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (18), 351-357. doi: 10.1111/j.1471-6712.2004.00296.x

Sellevoid, G.S., Egede-Nissen, V., Jakobsen, R. & Sørli, V. (2013). Quality care for persons experiencing dementia: The significance of relational ethics. *Nursing Ethics*, 20(3), 263-272. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0969733012462050>

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 9 november, 2015, från Riksdagen: https://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/

Sjögren, K., Lindkvist, M., Sandman, P-O., Zingmark, K. & Edvardsson, D (2013) Person-centredness and its association with resident well-being in dementia care units. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2196-2206. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.12085>

*Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A. & Kihlgren, M., (2003). Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. *Journal of clinical nursing*, (6), 888-898. doi: <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00809.x>

*Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A. & Kihlgren, M., (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia - narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental Health*, (4), 277-286.

*Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A. & Kihlgren, M., (2004). Dementia and aggressiveness: simulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of clinical nursing*, (13), 515-525. doi: 10.1046/j.1365-2702.2003.00881.x

*Skovdahl, K., Sørli, V. & Kihlgren, M., (2006). Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care. *International Journal of Older People Nursing*, (3), 162-170.

Socialdepartementet. (2012). *God vård och omsorg om personer med demenssjukdom samt regler för skydd och rättssäkerhet*. Hämtad 16 november, 2015, från Regeringen, <http://www.regeringen.se/contentassets/fe54b96124284f0f9b8576865d7a4330/god-var-d-och-omsorg-om-personer-med-demenssjukdom-samt-regler-for-skydd-och-rattssakerhet>

Socialstyrelsen. (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning. Västerås: Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Från: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>

Svenskt Demenscentrum. (2010). *För vems skull? Om tvång och skydd i demensvården*. Stockholm: Svenskt Demenscentrum. Från http://www.demenscentrum.se/globalassets/myndigheter_departement_pdf/2010_sdc_forvem_sskull.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2014). ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2014). Värdegrund för omvårdnad [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från http://www.swenurse.se/globalassets/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_2014.webb.pdf

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet (3. rev. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: World Health Organization. Från <http://www.who.int/classifications/icd/en/GRNBOOK.pdf>

World Health Organisation (1948). WHO: definition of Health. Hämtad den 9 november, 2015 från WHO: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

World Health Organisation and Alzheimer's disease international (2012). Dementia: A public health priority. United Kingdom: World Health Organisation. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75263/1/9789241564458_eng.pdf?ua=1

*Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I., Halfens, R., (2009). Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: A qualitative study. *Journal of clinical nursing*, (17/18), 2469-2478. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x>

Zeller, A., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G., Halfens, R. (2014). Dealing with aggressive behaviour in nursing homes: caregivers' use of recommended measures. *Journal of Clinical Nursing*, (23), 2542-2553. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.12468>

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.

BILAGOR

Sökmatris Bilaga 1.

Artikel ID.	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Antal utvalda artiklar för granskning	Antal utvalda artiklar	Nummer på utvalda artiklar
A	EBSCO host. Cinahl	agitation AND nurses perception	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	6	6	1	4
D	EBSCO host. Cinahl	dementia or alzheimers AND qualitative AND disruptive	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	9	2	1	6
G,E	EBSCO discoveryCinahl, Medline och Amed	dementia* AND care strategies AND aggressive behaviour AND nurse* AND agitation in dementia AND qualitative	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	94	16	2	8, 9
H,K	EBSCO host. Cinahl	dementia AND aggressive behavior AND nursing	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	45	11	2	31, 28
I	EBSCO host. Cinahl	dementia or elderly AND violence AND care	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	72	8	1	50
F,B,L,J	EBSCO host. Cinahl	dementia AND aggression AND aggressive AND qualitative	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	13	13	4	2, 4, 6, 8
C	EBSCO host. Cinahl	nursing home AND management AND violent behaviour	abstract, peer reviewed, English, all adult, year 2000-2015	4	4	1	1

Artikelmatris Bilaga 2.

Art. ID.	Författare, år, titel, tidskrift, land.	Syfte	Metod, antal deltagare.	Resultat	Kvalitet utifrån granskning
A.	Poole, J. och Mott, S., (2003). <i>Agitated older patients: Nurses' perceptions and reality.</i> International Journal of Nursing practice. Australia	Syftet med studien var att utforska hur sjuksköterskor responderar till äldre patienter, patienter med demenssjukdom och i delirium, som är agiterade.	Öppna intervjuer som spelades in. 6 fokusgrupper från olika avdelningar. Leg. Sjuksköterskor N=36	Studien påvisade organisations och kunskapsbrister på samtliga avdelningar hanteringen av patienter med demenssjukdom i agiterat tillstånd. Tvångsåtgärder användes och sjuksköterskor upplevde brist på kunskap och stöd i hanteringen av agiterade tillstånd hos patienter med demenssjukdom.	Hög
B.	Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. och Halfens, R., (2009). <i>Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: A qualitative study.</i> Journal of clinical nursing. Schwiz	Syftet med studien var att utforska vårdgivares upplevelser av i vilka situationer boende uttrycker aggressivt beteende och de praktiska strategier de använder för att hantera aggressivt beteende.	Öppna frågor i semistrukturerade intervjuer. 5 fokusgrupper från 4 vårdboenden, 18 Sjuksköterskor, 7 sjuksköterskestudenter och 5 undersköterskor. Män = 2 Kvinnor=28 N=30	Studien påvisade faktorer relaterade till patienten såsom förlorad självkänsla, inkräkning i den personliga sfären och brist i kommunikation som orsaker till aggression. orsaker relaterade till vårdgivare var arbete under tidspress, avsaknad av förståelse för patients emotioner och rädsla för patient. Strategier som användes var personcentrerad vård, distraktion, humor, konfrontera beteendet och ibland tvångsåtgärder. Strategierna användes utifrån egna erfarenheter istället för teoretisk kunskap i praktiken för en systematisk approach.	Hög
C.	Isaksson, U., Åström, S. och Graneheim, U. (2012). <i>Being flexible and tuning in: professional caregivers' reflections on management of violent behavior in nursing homes.</i> International Journal of Older	Belysa sjukvårdspersonalens reflektioner kring att vårda boende med aggressivt beteende på vårdboende.	Intervjuer. 8 undersköterskor 23 sjuksköterskor 10 legitimerade sjuksköterskor Tre vårdboenden.	Sjukvårdspersonalen var flexibla under våldsamma situationer och genom att konfrontera de boende med respekt lyckades vidare våld undvikas. Genom att se till de boendes tillstånd kunde åtgärder om huruvida vård skulle ges på bästa sätt ses. Använda åtgärder var att se till personens historia och utveckla individuella vårdplaner.	Hög

	people Nursing. Sweden		N=41		
D.	Kunik, ME., Lees, E., Snow, AL., Cody, M., Rapp, CG., Molinari, VA. & Beck, C.K. (2003). <i>Disruptive Behavior in Dementia; A qualitative study to promote understanding and improve treatment.</i> Alzheimer's Care Quarterly. USA	Syftet med studien var att förstå varför personer med demens kan utveckla störande beteende i form av oro som sedan utvecklas till aggressivt beteende.	Sju fokusgrupper. Gruppdiskussion- er och intervjuer. N= 41	Studien visar i resultat att begränsningar inom demensen gör aggression värre. Viktigt är också att se individen och förstå personens bakgrund för att inse och acceptera begränsningarna hos personen.	Hög
E.	Kolanowski, A., Fick, D., Frazer, C. och Penrod, J., (2010). <i>It's about time: Use of nonpharmacological interventions in the nursing home</i> Journal of nursing sholarship. USA	Syftet med studien var att undersöka vårdpersonals upplevelse av barriärer för att implementera icke- farmakologiska åtgärder för beteendesymtom av demenssjukdom hos boenden.	Inspelade Gruppdiskussioner. Fokusgrupper på 6 vård boenden med 4-10 deltagare/grupp. Leg. sjuksköterskor icke-leg sjuksköterskor och undersköterskor. N=35	Studien visar samband mellan fysiska begränsningar och frustration. Åtgärder som användes i situationer där aggressivt beteende förekom var personcentrerad vård, delaktighet, byte av personal, distraktion, aktivering, musik. Barriärer var tidsbrist, föränderligt landskap, utbildningsbrist i åtgärder vid aggressivt beteende, medicinskt avancerade multitillstånd, situationsanpassad reaktion, brist på kulturkompetens, organisatoriska brister. Strategierna som användes togs fram genom försöksmetoder snarare en basering på ett evidensbaserat förhållningssätt.	Medel
F.	Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. och Sykes, S. (2013). <i>Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study.</i>	Att undersöka utifrån sjuksköterskor och anhörigas synvinkel om orsaker, och mest effektiva sätten att svara på aggressivt beteende från människor med demens på vårdboenden.	Intervjuer med personal på vårdboendet. Närstående som fick skriva ner erfarenheter.	Studien visar att för att hantera aggressivt beteende användes ett personcentrerat tillvägagångssätt och operonliga strategier så som distraktion. Det generella synsättet var att som sjukvårdspersonal vara lugn och att inte "bråka" tillbaka.	Hög

	Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing Storbritannien		N= 16		
G.	Gjerberg, E., Hem, M.H., Forde, R. & Pedersen, R., (2013). <i>How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study.</i> Nursing Ethics Norway	Syftet med denna studie var att undersöka hur vårdpersonal hanterar utmanade situationer där patienter vägrar vård och vilka strategier som används för att arbeta preventivt mot situationer som kan provocera patienters vårdvägran och upphov till aggression.	Fokusgrupps intervjuer med guide. 5 vårdboenden. Leg. Sjuksköterskor och vårdpersonal med reell kompetens. N=60	Studien visar att användande av tvångsåtgärder relaterat till vårdvägran och aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom på vårdboenden beror på resurser i form av organisationsstruktur, personal och utbildningsnivå hos personal. Alternativa omvårdnadsstrategier som användes var distraktion, kommunikation, personcentrerad omvårdnad, flexibilitet, personalbyte och isolation.	Medel
H.	Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A., Kihlgren, M., (2003). <i>Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units.</i> Journal of clinical nursing. Sweden	Syftet med studien var att illustrera interaktionen mellan vårdgivare och patienter med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende.	Observationer genom videospelningar. 2 vårdboenden, 9 vårdgivare och 2 vårdtagare deltog i studien. N=11	Studien visade att aggressivt beteende undveks genom tydlig kommunikation, göra patient delaktig i sin vård, personfokuserad omvårdnad, flexibilitet, tillåta självbestämmande, och maktutjämnande bemötande. I situationer där vårdgivarna inte gav information, utövade makt/tvång, arbetet var uppgiftsfokuserat och vårdtagarna inte var delaktiga verkade risken för aggressivt beteende öka.	Hög
I.	Sandvide, Å., Åström, S., Norberg, A., Saveman, B-I., (2004). <i>Violence in institutional care for elderly people from the perspective of care providers.</i> Scandinavian Journal of Caring Sciences Sweden	Syftet med studien var att beskriva våldsamt beteende från boenden med demens mot vårdpersonal utifrån vårdpersonalens erfarenheter.	Berättande intervjuer. Medelålder anställda=40 Medelår i arbetserfarenhet=12 N=18	Studien påvisade att våldsamt beteende från boendens sida oftast uppkom i samband med missförstånd i kommunikation åt båda håll, invasion i personliga zonen; ofta i samband med hjälp med daglig ADL och vid tvångsåtgärder för att utföra dessa.	Hög

J.	<p>Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A., Kihlgren, M., (2003).</p> <p><i>Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia - narratives from two caregiver groups</i></p> <p>Aging & Mental Health</p> <p>Sweden</p>	<p>Syftet med studien var att studera vårdgivares tankar kring attityder och beteenden hos personer med demenssjukdom och hur de hanterade symtomen.</p>	<p>Berättande intervjuer.</p> <p>anställda >1 år</p> <p>Tre olika boenden</p> <p>N= 15</p>	<p>Studien visar att de anställda som kunde förstå patienten och varför beteendet uppstod samt hur det skulle hanteras kunde bättre förhindra upprädda beteenden. Boende som kände sig sedda och respekterade blev inte heller lika frustrerade som resulterade i aggressivt beteende.</p>	Hög
K.	<p>Skovdahl, K., Larsson-Kihlgren, A., Kihlgren, M., (2004).</p> <p><i>Dementia and aggressivness: simulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions.</i></p> <p>Journal of clinical nursing.</p> <p>Sweden</p>	<p>Syftet med denna studie var att utifrån tidigare utförda observationer, genom videoinspelningar av vårdgivare i interaktion med personer med demenssjukdom som uppvisar aggressivt beteende, få insikt i vårdgivares resonemang i bemötande genom tillbakablickande intervjuer med dessa.</p>	<p>Intervjuer.</p> <p>Två olika boenden.</p> <p>N=9</p> <p>RN=2</p> <p>NA=16</p>	<p>Studien påvisade när vårdgivarna reflekterade över sitt bemötande av personer med demenssjukdom och aggressivt beteende resonerade de som att de delvis lyckats men de insåg att de kanske behövde vara mer flexibla, fokusera på person inte uppgift, inge delaktighet och tänka på att icke-verbal kommunikation också kunde ge missledande signaler till patienten. Ena boendet upplevde avsaknad av sjuksköterska då de behövde ledarskap och bara hade sjuksköterska som tillfällig resurs.</p>	Hög
L.	<p>Skovdahl, K., Sörlie, V., Kihlgren, M., (2006).</p> <p><i>Tactile stimulation associated with nursing care to individuals with dementia showing aggressive or restless tendencies: an intervention study in dementia care.</i></p> <p>International Journal of Older People Nursing</p> <p>Sweden</p>	<p>Studien syftade till att beskriva vårdgivares erfarenheter av att ge taktill stimulation till 5 personer med demens som uppvisade aggressiva och rastlösa tendenser.</p>	<p>Berättande dagboksanteckningar skriva av vårdgivare.</p> <p>5 vårdtagare</p> <p>1 boende</p> <p>28 veckor</p> <p>N=40</p>	<p>Studien visade att vårdgivarna upplevde att taktill stimuli var behagligt överlag för patienterna och gjorde dem avslappnade samt minskade det aggressiva beteendet. Dock var patienterna i samtliga fall först tveksamt och många upplevde det först som obehagligt eller konstigt.</p>	Hög