



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

AGGRESSIVITET VID DEMENSSJUKDOM

Att lindra aggressivt beteende genom omvårdnad

Emanuel Nilsson

Johan Perdahl

Uppsats/Examensarbete:	15 HP
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2016
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Nils Sjöström
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Stort tack till vår handledare Lena Johansson som hjälpt oss genom hela processen.

Titel:	Aggressivitet vid demenssjukdom – Att lindra aggressivt beteende genom omvårdnad
Examensarbete:	15 högskolepoäng
Kurs:	OM5250 Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	VT 2016
Författare	Emanuel Nilsson, Johan Perdahl
Handledare:	Lena Johansson
Examinator:	Nils Sjöström

Sammanfattning:

Bakgrund: Aggressivitet är ett vanligt beteendemässigt symtom vid demenssjukdom. Detta innebär inte bara ett minskat välbefinnande för den sjuke utan även en ökad stress för både anhöriga och vårdpersonal. **Syfte:** Att beskriva strategier som kan användas av vårdpersonal för att förebygga och minska aggressivt beteende hos personer med en demenssjukdom. **Metod:** En litteraturöversikt där 14 artiklar valdes ut, analyserades och sammanställdes till två huvudteman och sju underteman. **Resultat:** Det första huvudtemat var att se personen bakom demenssjukdomen det andra fokuserade på att främja ett vårdande klimat. **Slutsatser:** Vårdpersonal som arbetar med demenssjuka bör utbildas i personcentrerat förhållningssätt för att på så vis på ett bättre sätt kunna förebygga och minska aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom. Vårdmiljön bör utformas efter den demenssjukes förutsättningar och förmåga.

Nyckelord: Demens, aggression, BPSD, omvårdnad, personcentrerad vård, vårdmiljö

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Demenssjukdom	1
Primärdegenerativa sjukdomar	2
Vaskulära demenssjukdomar	3
Sekundär demens	3
Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens	3
Aggressivitet vid demenssjukdom	4
Personcentrerad vård.....	5
Vårdmiljö	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design.....	6
Inklusions- och exklusionskriterier	7
Datainsamling.....	7
Urval	7
Artikelgranskning	7
Dataanalys	8
Resultat.....	8
Se personen bakom demenssjukdomen	8
Att respektera individens autonomi och främja delaktighet	8
Att skapa en positiv interaktion vid personlig omvårdnad	9
Att lära känna personen	10
Att undersöka bakomliggande orsaker till aggressivt beteende.....	10
Främja ett vårdande klimat	11
Att skapa en lugn och trygg atmosfär	11
Att värna om den personliga sfären	11
Att ha ett lugnt bemötande	12
Diskussion	12
Metoddiskussion.....	12
Resultatdiskussion	14
Slutsats	16

Referenslista	17
Bilaga 1 - Översiktstabell	22
Bilaga 2 - Söktabell	27

Inledning

På grund av en åldrande befolkning, så ökar andelen personer med demenssjukdom i samhället. Idag lever cirka 160 000 personer i Sverige med någon form av demenssjukdom (Socialstyrelsen, 2010), vilket innebär omfattande behov av olika typer av vårdresurser. Många med måttlig och svår demens vårdas på särskilda boenden för demenssjuka. Demenssjukdomarna är den sjukdomsgrupp som utgör störst kostnad för samhället (Allugander, 2014).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) är vanligt förekommande. BPSD omfattar symtom som exempelvis hallucinationer, vanföreställningar och/eller aggressivt beteende (Wijk, 2011). Ungefär hälften av alla personer med demens uppvisar någon form av aggressivt beteende och är ett av de symtom som upplevs som svårast att hantera för anhöriga och vårdpersonal (Nguyen, Love & Kunik, 2008, Zwijsen et al., 2013). För BPSD finns ingen generell behandlingsmetod. Som vid all annan behandling måste symptomen identifieras, tolkas och ses i sitt sammanhang innan olika åtgärder sätts in (Wijk, 2014). Behandlingen kan omfatta bemötande och omvårdnads strategier. Som sjuksköterska träffar man patienter med demens och BPSD-symtom inom många olika delar av vårdsektorn. Det är därför viktigt att skapa strategier och kompetens för att kunna bemöta och lindra dessa symtom.

Bakgrund

Demenssjukdom

Demens definieras som en förvärvad och omfattande försämring av flera hjärnfunktioner. Till skillnad från vanlig åldersrelaterad glömska, där personerna fortfarande kan lära sig nya saker men långsammare än tidigare, så orsakar demens en kronisk försämring av kognitiva funktioner som minne och inlärningsförmåga. För att en demensdiagnos ska kunna ställas så ska förutom försämrat minne minst ett av följande symtom uppvisas: oförmåga till abstrakt tänkande, minskad omdömesförmåga, afasi (språklig störning), apraxi (oförmåga att utföra viljemässiga motoriska aktiviteter), agnosi (oförmåga att känna igen föremål) eller personlighetsförändring (Dehlin & Rundgren, 2014).

De olika demenssjukdomarna delas vanligen in i grupperna primärdegenerativa sjukdomar, vaskulära demenssjukdomar och sekundär demens (Basun, Skog, Wahlund, Wijk, 2013). Bland de definitioner av vad begreppet demens innefattar så tillhör DSM-IV och ICD-10 de mest vedertagna diagnossystemen, där vi i Sverige främst använder ICD-10 i klinisk praxis. I DSM-V finns inte längre demens med som begrepp utan har istället ersatts av neurokognitiv svikt, detta efter att tidigare definition ansetts godtycklig och otydlig (Basun, Skog, Wahlund & Wijk, 2013).

Primärdegenerativa sjukdomar

Typiskt för de primärdegenerativa demenssjukdomarna är att apoptos (celldöd) och förtvinning av hjärnans neuron sker i snabbare takt än hos en frisk person, samt att sjukdomen kommer smygandes och försämras gradvis (Wijk, 2010). Till de primärdegenerativa demenssjukdomarna räknas bland andra Alzheimers sjukdom, frontotemporallobsdemens (FTLD) och Lewybodydemens (LBD).

Alzheimers sjukdom är den vanligaste typen av de neurodegenerativa sjukdomarna, och utgör ensam ungefär sextio procent av alla demensdiagnoser. Alzheimers sjukdom är den fjärde vanligaste dödsorsaken i Sverige och räknas därmed till en av våra stora folksjukdomar. Sjukdomen har fått sitt namn från Alois Alzheimer som år 1906 var först med att bevisa sjukdomens neuropatologiska grund genom att bland annat beskriva hur proteinet amyloid ansamlades i hjärnan vid sjukdomen (Basun et al., 2013, Nordberg, 2013). Ett tidigt symtom på Alzheimers sjukdom är en försämring av det episodiska minnet. Denna försämring sker gradvis över flera år och personer som befinner sig i förstadiet till Alzheimers sjukdom har ofta en uttalad lindrig kognitiv störning. I takt med att sjukdomen avancerar försämras episodminnet och andra symtom kan tillkomma som försämrad abstraktionsförmåga, visuospatial desorientering, nedsatt exekutiv förmåga, dyspraxi, försämrad inlärningsförmåga, afasi samt personlighets- och beteendeförändringar (McKhann et al. 2011, Nordberg, 2013, Basun et al., 2013).

FTLD är samlingsnamnet på en grupp sjukdomar som samtliga orsakas av en neurodegenerativ process som initialt är lokaliserat till frontotemporalloberna och främre delen av temporalloberna. Förekomsten är förhållandevis större i yngre åldrar med insjuknande i 45-60 års ålder, men det förekommer även att äldre personer insjuknar. Sammanlagt beräknas personer med FTLD stå för 3-4 procent av alla personer med demenssjukdom. FTLD kan delas upp i tre, ibland fler, kliniska syndrom där progressiv icke-flytande afasi och semantisk demens huvudsakligen innebär störningar i språket och den tredje varianten främst rör förändringar i personlighet och beteende. Den sistnämnda karakteriseras av ökad förekomst av beteende- och personlighetsstörningar som apati, minskade hämningar, ökad benägenhet att bruka fysiskt våld, emotionell avtrubning, minskad empati, bristande självinsikt, hyperoralitet och minskad uthållighet. Medelöverlevnaden beräknas till 6-11 år efter symtomdebut, men med stora individuella skillnader (Nordberg, 2013, Basun et al., 2013).

Prevalensen av LBD utgör ungefär 5-10 procent av demenssjukdomarna och prevalensen är något högre hos män än hos kvinnor. Till sjukdomens patologi hör förekomst av Lewy-kroppar och senila plack i hjärnan, samt låga halter av signalsubstanserna dopamin och acetylkolin, vilket gör att sjukdomen kan antas besläktad med både Alzheimers- och Parkinsons sjukdom. Psykotiska symtom med hallucinationer är vanligt hos personer med LBD, och då en uttalad överkänslighet för neuroleptika finns så rekommenderas stor försiktighet vid användandet av dessa (Nordberg, 2013, Basun et al., 2013).

Vaskulära demenssjukdomar

Vaskulär demens orsakas av förändringar i hjärnans blodkärl. Ofta är det infarkter som orsakat hjärnförändringen, eller i mindre vanliga fall hjärnblödning. De vaskulära förändringarna orsakar främst skador i hjärnans vita substans (subkortikalt). De vaskulära demenssjukdomarna har en annan progression än de primärdegenerativa sjukdomarna. Vanligtvis sker trappstegsvis försämring, där ett stationärt tillstånd under en tid, plötsligt utan förvarning följs av en ytterligare försämring (Wijk, 2014). De kognitiva symtomen ser olika ut hos olika personer beroende på var i hjärnan den vaskulära skadan finns. Riskfaktorerna för att utveckla en vaskulär demenssjukdom varierar beroende på ålder. Tidigare i livet så är hypertoni och diabetes de främsta riskfaktorerna, medan det senare i livet är utgör en större risk med hypotoni och hjärtsjukdom. Blandformer är vanligt förekommande med både Alzheimers sjukdom och vaskulär demens, med ökad kognitiv svikt som följd (Nordberg, 2013, Basun et al., 2013).

Sekundär demens

Sekundär demens uppstår som en följd av andra sjukdomar. Normaltryckshydrocephalus, obehandlad allvarlig vitamin B₁₂ brist, hjärnskador, tumörer och aids är tillstånd och sjukdomar som alla kan leda till att en sekundär demenssjukdom utvecklas (Larsson & Rundgren, 2010, Nordberg, 2013). Alkoholorsakad demens kan uppstå vid ett långvarigt alkoholmissbruk. Detta kan ha flera orsaker, ett långvarigt alkoholmissbruk förstärker hjärnans åldrande och försämrar den kognitiva förmågan. Svår tiaminbrist kan hos alkoholister orsaka mycket svåra minnesstörningar, så kallat Korsakoffs syndrom (Larsson & Rundgren, 2010, Dehlin & Rundgren, 2007).

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

BPSD är mycket vanligt förekommande hos personer med en demenssjukdom. Så många som 90 procent drabbas någon gång under sjukdomsförloppet av dessa symtom (Wijk, 2010). BPSD definieras som symtom som är vanliga vid demenssjukdom och innefattar störningar i tolkning av sinnesintryck, stämningsläge eller beteenden (Dehlin & Rundgren, 2007). Symtomen kan delas in i fyra olika grupper: Affektiva symtom, som inkluderar depression och ångest. Psykossymtom som till exempel vanföreställningar och hallucinationer. Hyperaktivitet vilket inkluderar aggression och irritabilitet, samt euforiska symtom (van der Linde, Dening, Matthews & Brayne, 2013).

BPSD-symtom är inte bara en börda för den demenssjuka personen utan kan vara en stor börda även för personalen som ska vårda den sjuke. Förekomsten av dessa symtom kan försvåra vård i det egna hemmet och orsaka starka känslor hos vårdgivaren (Zwijssen, et al., 2013, Dehlin et al., 2007). Vårdpersonal har beskrivit en känsla av maktlöshet i vårdandet av personer med BPSD-symtom. Denna maktlöshet kan infinna sig i situationer som upplevs för svåra att hantera, då kommunikationen brister eller då vårdpersonal känner sig avvisad av vårdtagaren. Som vårdpersonal ställs man också inför etiska dilemman kring att behöva välja

mellan att göra gott för personen som uppvisar BPSD-symtom eller prioritera vad som är bäst för gruppen, då detta inte alltid upplevs förenligt (Graneheim, Isaksson, Ljung & Jansson, 2005).

Aggressivitet vid demenssjukdom

Andelen personer som uppvisar någon form av aggressivt beteende vid demenssjukdom beräknas ligga mellan 30 till 50 procent. Aggression kan uppträda under alla stadier av sjukdomen (Nguyen, Love & Kunik, 2008, Moniz-Cook & Clarke, 2008) men tycks vara vanligast förekommande under måttlig och svår demens (Egan et al., 2008). Orsaker till att vissa personer som lider av en demenssjukdom utvecklar ett aggressivt beteende anses vara ett komplext samband mellan biologiska, psykosociala, vårdrelaterade och miljömässiga faktorer (Morgan et al., 2012). Aggressivt beteende är vanligare vid demenssjukdomar som ger skador i frontalloberna i hjärnan. Skador i detta område medför ofta en märkbar förändring i personligheten, med försämrat omdöme, omtanke och svårigheter att förutse konsekvensen av en handling som följd. Det aggressiva beteendet kan då bero på personens svårigheter att kontrollera sina impulser och nedsatta förmåga till rationellt tänkande (Drivdal Berentsen, 2010, Dehlin & Rundgren, 2007).

Aggressivt beteende inkluderar både fysisk och verbal aggression. Det kan ibland vara svårt att definiera vad som räknas till aggressivt beteende, eftersom vårdpersonal kan tolka vissa beteenden på olika sätt, men en vanlig uppfattning bland vårdpersonal är att varje form av motstånd till vård är en form av aggressivt eller våldsamt beteende (Moniz-Cook et al., 2011, Enmarker, Olsen & Hellzen, 2010).

Aggressivt beteende har visat sig vara det BPSD-symptom som upplevs som svårast att hantera och det som orsakar mest stress hos dem som vårdar personer med en demenssjukdom (Zwijssen et al., 2013). Vårdpersonal som arbetar på särskilda boenden för demens löper en betydligt större risk att drabbas av fysiskt våld jämfört med vårdpersonal inom andra delar av vårdsektorn, vilket har visat sig kunna öka risken för att drabbas av utmattningssyndrom (Boström et al., 2011). Det har också visat sig att när vårdpersonal utsätts för våld och aggression så finns en risk att de utvecklar negativa attityder mot personerna som uppvisar detta beteende, vilket kan leda till att dessa personer ges en sämre vård (Isaksson, Graneheim, Åström & Karlsson, 2011).

Det finns ett flertal olika instrument för skattning av agitations- och aggressionsnivåer hos personer med demenssjukdom. Ett instrument som ofta används inom kliniska studier för att skatta aggressivt beteende är Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI). I detta formulär listas 29 specifika handlingar som klassas som agiterat beteende. Att slåss, bitas, sparkas, spotta och kasta saker är handlingar som räknas till fysisk aggression enligt CMAI. Exempel på verbal aggression enligt CMAI är skrik, svordomar eller verbala hot (Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1989).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård är inget enhetligt begrepp utan det finns flera tolkningar av vad det är och hur det ska praktiseras. Centralt för begreppet är dock att personcentrad omvårdnad strävar efter att vården sker i samförstånd mellan patient och vårdpersonal. Målen för, och utformning av, omvårdnaden planeras tillsammans med patienten och grundar sig i dennes upplevelse och vilja (Ekman, Norberg, Swedberg, 2014; Edvardsson, 2010). Den personcentrerade vården bygger på en uppfattning om att patienten i första hand är en person, och inte enbart en diagnos, med vilja, förmågor och behov som är individuella och där patientens egna resurser bör lyftas upp och innefattas i vårdplanen. En central del i den personcentrerade vården är att ha kunskap om personens livberättelse, detta kan bidra till att sätta personen och dennas villkor och livssituation i centrum (Ekman et al., 2014). Den personcentrerade vården bygger även på ett partnerskap mellan vårdpersonal och patienten som person, där patientens vilja och perspektiv lyfts fram. Villkoren för ett sådant partnerskap kan dock aldrig ses som helt jämbördigt då den ena parten är sjuk och i behov av hjälp medan den andra parten är den som sitter på resurserna och kunskapen för att erbjuda denna hjälp. För att kunna möjliggöra ett partnerskap utifrån dessa villkor bör vårdpersonal därför sträva efter att utveckla en ömsesidighet i relationen med patienten, där vårdpersonal dels har en förståelse för patientens relationella autonomi men även bejakar dennes sårbarhet (Ekman et al., 2014).

Begreppet ”personcentrerad” anses vara hämtat från psykoterapin där Carl Rogers under nittonhundralets mitt myntade uttrycket ”client-centred psychotherapy” som senare kom att omskrivas till ”person-centred”(Edvardsson, 2010). Begreppet kom sedan åter under nittioalet att användas av Tom Kitwood i forskning inom demensvården där han framhävde den personcentrerade omvårdnaden som ett bättre alternativ till hur demensvården bedrevs. Innan det personcentrerade omvårdnadsperspektivet fått fäste inom demensvården så utgick arbetet till stor del utifrån ett biomedicinskt synsätt där den demenssjuke, till följd av sin sjukdom, ansågs förlora sin personlighet i takt med demenssjukdomens avancerande och vid svår demens ha reducerats till ett ”tomt skal” av en person, utan egentliga möjligheter till känsloliv. En sådan syn på den demenssjuka patienten ansågs av Kitwood skadlig eftersom det inte ställde några krav på bemötande, vårdmiljö eller på vardagliga aktiviteter då den sjuka ändå ansågs oförmögen att uppfatta skillnader i detta. Istället menade Kitwood att patienter med demenssjukdom bör ses för personen bortom symtomen tillhörande demenssjukdomen och ges stöd för att på bästa möjliga sätt kunna leva ett gott liv trots demenssjukdom, med emfas på att arbeta för att stärka och bibehålla patientens identitet (Edvardsson, 2010).

Vårdmiljö

Begreppet miljö har idag kommit att bli en allt viktigare del inom de vårdvetenskapliga teorierna men Florence Nightingale såg redan på sin tid vikten av att skapa en miljö som främjade patientens naturliga läkande krafter. Hon menade att miljöns utformning var centralt

för vårdandet av patienten och dennas välbefinnande och tillfrisknande. I ett vårdvetenskapligt perspektiv har miljöbegreppet fått en allt djupare dimension där människan ses ur ett holistiskt perspektiv. I vårdmiljön står patienten i centrum, med sina individuella och specifika behov. Vårdpersonalen finns nära patienten och bidrar till att skapa atmosfären runt denna. Vårdpersonal bör därför sträva efter att skapa en lugn, trygg och varm miljö för både patient och närstående. Detta kan leda till att miljön upplevs som vårdande och ger ett ökat välbefinnande för patienten (Ylikangas, 2012).

Med begreppet fysisk vårdmiljön menas själva byggnaden och rummet där vård och omsorg bedrivs vilket kan omfatta sjukhus, vårdcentraler, särskilda boenden och även personens hemmiljö. Med begreppet psykosocial vårdmiljö menas klimatet eller atmosfären som finns på en vårdenhet. På vissa enheter kan patienten uppleva klimatet som varmt och välkomnande och på andra enheter kan klimatet upplevas som ogästvänligt. Vårdpersonal har en betydelsefull uppgift att dels värna om den fysiska miljön, vilket kan innebära att anpassa den efter patientens behov och undanröja hinder och risker. Men även den psykosociala vårdmiljön är viktigt att värna om, att sträva efter att skapa ett klimat som upplevs som bekräftande och välkomnande (Edvardsson & Wijk, 2014).

Problemformulering

Hos personer med demenssjukdom är det vanligt med psykiska och beteendemässiga symtom, exempelvis ökat aggressivt beteende. Orsakerna till detta beteende kan förklaras med biologiska, psykosociala och miljömässiga faktorer. Att bemöta aggressivitet hos personer med nedsatt kognitiv funktionsförmåga kan hos sjuksköterskor och annan vårdpersonal upplevas som svårt (Boström et al, 2011, Zwijsen et al., 2013). Det är därför viktigt att öka kunskapen om vilka omvårdnadsstrategier som kan förebygga och minska aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom.

Syfte

Att beskriva strategier som kan användas av vårdpersonal för att förebygga och minska aggressivt beteende hos personer med en demenssjukdom.

Metod

Design

Metoden som har använts i detta examensarbete är en litteraturöversikt. Det är en metod som syftar till att skapa en översikt över kunskapsläget inom ett visst område och innebär bland annat att ta reda på befintlig forskning inom området för att kunna få en uppfattning av vad

som studerats och vilka metoder eller teoretiska utgångspunkter som använts (Friberg, 2012). Efter att ha gjort ett systematiskt urval av artiklar så kvalitetsgranskades dessa och sammanställdes sedan i en översiktstabell. Resultaten i de valda artiklarna analyserades utifrån litteraturöversiktens syfte och sammanställdes sedan till ett resultat (Friberg, 2012).

Inklusions- och exklusionskriterier

Inklusionskriterier för denna litteraturöversikt var att artiklarna skulle vara vetenskapliga, peer reviewed och skrivna på engelska. Artiklarnas fokus skulle ligga på aggressivt beteende vid demenssjukdom och behandla omvårdnadsstrategier för att bemöta, förebygga eller minska detta. Artiklarna skulle hålla en medelhög till högkvalitet. Exklusionskriterier för litteraturöversikten var icke-vetenskapliga artiklar, systematiska litteraturstudier och artiklar av låg kvalitet. Artiklar som fokuserade på farmakologisk behandling av aggression vid demens valdes bort, likaså studier som undersökte strategier för att bemöta BPSD-symtom i allmänhet utan att tydligt urskilja dess effekter på aggressivt beteende specifikt.

Datinsamling

Sökningar gjordes i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. Då dessa är några av de viktigaste databaserna inom omvårdnadsområdet ansågs de som relevanta för det valda problemområdet (Karlsson, 2012). Frågeställningar utifrån litteraturöversiktens syfte skrevs ner och gjordes sedan om till relevanta sökord. För att göra sökningen mer systematisk användes lämpliga ämnesord, så kallade Headings i Cinahl respektive MeSH termer i PubMed (Karlsson, 2012). Dessa ämnesord var: *Dementia, Aggression, Management, Alzheimer's disease* och *Nursing*. Även fritextsökningar gjordes på nyckelord som identifierats i redan utvalda artiklar. Ord som användes för fritextsökningar var: *Aggressive behaviour, Strategies, Caregiving* och *Nonpharmacologic*.

Urval

Det första urvalet gjordes genom att välja ut artiklar vars titlar ansågs relevanta för det valda problemområdet. Artiklarnas sammanfattning lästes sedan igenom för att få en övergripande bild av studien och om de kunde bidra till att svara på litteraturöversiktens syfte. Artiklar som ansågs intressanta lästes igenom i sin helhet för att få en uppfattning om de gick att tillämpa i resultatet och om de svarade på inklusionskriterierna. Dessa artiklar gick sedan vidare för en noggrannare kvalitetsgranskning.

Artikelgranskning

Vid kvalitetsgranskningen av artiklarna användes Fribergs (2012) mall för granskning av kvalitativa och kvantitativa studier. Frågor som ställdes var bland annat: Finns ett tydligt problem formulerat och hur är det beskrivet och avgränsat? Vad är syftet och är det tydligt formulerat? Hur är metoden beskriven? Hur är undersökningspersonerna beskrivna och hur har urvalet gjorts? Hur har data analyserats? Vad visar resultatet? Hur har författarna tolkat studiens resultat? Har etiska resonemang förts? Sker det en återkoppling till teoretiska

antaganden? Samtliga artiklar granskades av båda författarna, sedan jämfördes granskningarna och artiklarna rangordnades efter låg, medelhög och högkvalitet. De artiklar som ansågs hålla medelhög och högkvalitet valdes att inkluderas i litteraturöversiktens resultat.

Dataanalys

Artiklarna som valdes att analyseras, läste igenom flera gånger för att få en tydlig bild av deras innehåll och få en förståelse för helheten (Friberg, 2012). Båda författarna analyserade artiklarna oberoende av varandra för att stärka reliabiliteten (Henricsson, 2012). Sedan jämfördes och diskuterades likheter och skillnader i innehållet och artiklarna sammanfattades med hjälp av en översiktstabell (se bilaga 1). En datareduktion gjordes där delar av artiklarnas resultat som var relevanta för syftet valdes ut. Material som handlade om samma sak sorterades in under lämpliga rubriker och utifrån dessa rubriker framkom två huvudteman och sju underteman. Detta utformades sedan till ett sammanhängande resultat för att svara på litteraturöversiktens syfte.

Resultat

Tabell1. Översikt över huvudteman respektive underteman.

Huvudteman	Underteman
Se personen bakom demenssjukdomen	Att respektera individens autonomi och främja delaktighet Att skapa en positiv interaktion vid personlig omvårdnad Att lära känna personen Att undersöka bakomliggande orsaker till aggressivt beteende
Främja ett vårdande klimat	Att skapa en lugn och trygg atmosfär Att värna om den personliga sfären Att ha ett lugnt bemötande

Se personen bakom demenssjukdomen

Att respektera individens autonomi och främja delaktighet

I flera av studierna tas det mellanmänskliga mötet upp som en av de viktigaste faktorerna för att bemöta aggressivitet. Att se och respektera integriteten hos individen bakom sjukdomen och inte döma dem på grund av deras aggressiva beteende kan bidra till att skapa en känsla av trygghet och tillit i interaktionen med patienten (Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes, 2013, Pulsford, Duxbury & Hadi, 2011, Skovdahl, Larsson Kihlgren & Kihlgren, 2003).

I studien av Skovdahl et al. (2003) ansåg vårdpersonalen att individuellt anpassade krav på den demenssjuke individen leder till att hen får en känsla av trygghet och kontroll över sin situation, vilket ansågs vara avgörande för att förebygga att aggression uppstår. Vårdpersonal som var framgångsrika i sitt sätt att förebygga och bemöta aggression var de som gjorde personen delaktig i arbetet, vilket gjordes genom att förklara situationen tydligt och ge information både verbalt och icke-verbalt. När personen blev tillåten att använda sin egen förmåga och vara delaktig uppstod en positiv interaktion och det blev möjligt att samarbeta. När vårdpersonal istället valde att kontrollera personen med demens och göra val åt denna, utan att ta hänsyn till dennes vilja eller göra personen delaktig i situationen, så uppstod en negativ interaktion och ett mer aggressivt beteende. För att kunna främja delaktighet och respektera patienters autonomi så krävdes att vårdpersonalen var flexibel i sitt arbete. Det kunde handla om att inte tvinga en person att vakna, äta eller duscha vid en viss tid, utan att låta personen själv vara delaktig och ta egna beslut angående sin vardag (Foley, Sudha, Sloane & Gold, 2003, Skovdahl et al., 2003).

Att skapa en positiv interaktion vid personlig omvårdnad

I flera studier såg man att aggressivt beteende var vanligt förekommande när personal skulle hjälpa till med den personliga omvårdnaden, som till exempel vid duschning, påklädning eller hygiensituationer (Sloane et al., 2004, Pulsford et al., 2011, Duxbury et al., 2013, Hammar Marmstål, Emami, Engström & Götell, 2011). Detta kan enligt Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens (2009) bero på att personer med demens vid sådana tillfällen kan inse att de behöver hjälp med aktiviteter som de tidigare utfört själva utan problem. Förlusten av denna förmåga och att känna sig beroende av andra vid sådana situationer kan därför bidra till ett aggressivt beteende.

I studien av Sloane et al. (2004) använde vårdpersonalen sig av individanpassade metoder när hjälpte till med dusch och personlig hygien, vilket visade sig vara effektivt för att minska aggressivt beteende. Personalen försökte individualisera upplevelsen för personerna genom enkla metoder som till exempel, att erbjuda valmöjligheter, linda in personen i handdukar för att behålla värmen, användning av hygienprodukter som rekommenderats av närstående eller anpassa duschstrålen efter personens önskemål. I studien av Skovdahl et al. (2003) såg man också att vårdpersonal som fokuserade på personens känslor och upplevelser medan de duschade dem, istället för att fokusera på själva uppgiften i sig, lyckades skapa en positiv relation till personerna vilket minskade uppkomsten av aggressivt beteende under den personliga omvårdnaden.

I studien utförd av Hammar Marmstål et al. (2011) fick personalen använda sig av och utvärdera en teknik kallad ”music therapeutic caregiving” (MTC), som verktyg i de dagliga morgonrutinerna med syftet att minska BPSD-symtom, framförallt aggression, hos vårdtagarna. Metoden innebar att vårdpersonalen sjöng välkända melodier för eller tillsammans med patienten, i syfte att skapa samvaro med patienten som kan vara svår i annan

verbal kommunikation, då afasi ofta är påtaglig hos patienter med demenssjukdom. I studien framgick att vårdpersonalen upplevde att användandet av sång förenade vårdpersonal och patient och ökade samspelet i de uppgifter som skulle utföras vid morgonarbetet. Flera i vårdpersonalen upplevde användandet av sång i arbetet som berikande och att detta bidrog till en ökad samvaro mellan vårdpersonal och patient. Det framgick även att patienterna lättare tog till sig instruktioner om dessa framfördes sjungande. Metoden ledde till ett lugnare, och mer konfliktfritt arbetsklimate vid utförandet av morgonrutiner för både patient och vårdpersonal, vilket i sin tur resulterade i färre aggressionsyttringar.

Att lära känna personen

Personer med demenssjukdom kan ha svårt att uttrycka och kommunicera sina behov, känslor och önskemål. När vårdpersonal eller närstående inte kan förstå hur personerna känner eller hur de kan tillfredsställa deras behov så är det lätt att frustration och aggressivt beteende uppstår som en reaktion på detta (Duxbury et al., 2013, Chrzescijanski, Moyle & Creedy, 2007).

Flera studier använde sig av närstående för att samla in kunskap och information om varje individs unika levnadshistoria och dennes vanor och behov. Detta hjälpte vårdpersonalen att hitta strategier för att förebygga aggressivt beteende. Det kunde till exempel röra sig om att få kunskap om tidigare arbete, fritidssysslor som personen tycker om, favorit mat eller vilka sovvanor personen hade. Denna kunskap var viktig för vårdgivarna eftersom det då blev lättare för dem att få en förståelse för personens beteende och hur de kunde respektera och tillfredsställa behov hos personer som inte kunde kommunicera och få sin vilja förstådd. Det kunde bidra till att minska frustration och uppkomst av aggressivt beteende hos vårdtagarna (Foley et al., 2003, Zeller et al., 2009).

I studien av Chrzescijanski et al. (2007) framgick det att utbildning som riktar in sig på att ge personal verktyg till att bättre tolka de demenssjukas känslouttryck minskade förekomsten av fysisk aggression hos de demenssjuka. Utbildningen fokuserade på att öka personalens kompetens för att kunna observera och förstå de demenssjukas känslor och behov, samt hur de kunde tillfredsställa dessa. Studien påvisade också behovet av att regelbundet arbeta med fortbildning av personal, då det annars finns risk för att personal slutar se aggressionsyttringar som ett sätt för den demenssjuke att kommunicera sin frustration över otillfredsställda behov och istället bara se det som en naturlig del av sjukdomsförloppet.

Att undersöka bakomliggande orsaker till aggressivt beteende

Flera studier såg att det var viktigt att vårdpersonalen försökte att identifiera orsaker till varför en person uppvisade aggressivitet och inte bara såg beteendet som en naturlig del av demenssjukdomen. De såg att aggression kunde vara ett sätt för den sjuke att försöka kommunicera något eller vara ett tecken på en underliggande psykiatrisk eller somatisk ohälsa som inte upptäckts på grund av personens sjukdom och oförmåga att kommunicera (Foley et al., 2003, Zeller et al., 2009, Ahn, Garvan & Lyon, 2015, Menon et al., 2001).

I studien av Foley et al. (2003) såg man att en viktig faktor för att kunna hantera aggressivt beteende med framgång var att identifiera och behandla samsjuklighet. Efter att vårdpersonalen i denna studie upptäckte att en patient led av svår artrit och sedan behandlade smärtan så minskade det aggressiva beteendet hos patienten. En annan patient som tidigare hade uppvisat aggression mot personalen upphörde med beteendet efter att han hade fått en hörapparat utskrivet. Även i artikeln av Ahn et al. (2015) sågs en tydlig koppling mellan smärta och aggressivt beteende hos personer med demens. Personer som inte kunde kommunicera sin smärta hade en större förekomst av både verbal och fysisk aggression. Detta visar på vikten av att identifiera och behandla smärta hos personer med demens för att minska aggressivt beteende. I studien av Menon et al. (2001) fann man att personer med demenssjukdom som uppvisar fysisk och verbal aggression har en högre prevalens av depression jämfört med andra personer med demenssjukdom. De menade därför att vårdpersonal på särskilda boenden bör screena denna patientgrupp för depression så att den kan upptäckas i tid och behandlas.

Främja ett vårdande klimat

Att skapa en lugn och trygg atmosfär

Om miljön på ett demensboende upplevdes som allt för stressig och krävande för dem som bodde där så ökade risken för att aggressivt beteende skulle uppstå och spridas från boende till boende (Duxbury, 2013, Skovdahl, 2003). Om personalen strävade efter att skapa en miljö där sinnesintrycken var lättare att förstå och mer kontrollerade kunde detta bidra till att minska aggressivitet hos personer med demens (Zeisel, Silverstein, Hyde, Levkoff, Lawton & Holmes, 2003). Personer som bodde på boenden som hade en mer hemlik miljö uppvisade mindre aggressivt beteende än personer som bodde i en mer institutionaliserad miljö. Om vårdpersonal främjade ett lugnt, tryggt och hemliknande atmosfär på boendena kunde man förebygga uppkomst av aggressivt beteende på ett tidigt stadium (Zeisel et al., 2003, Skovdahl et al., 2003). I studien av Chang, Huang, Lin & Lin (2008) framgick det att användning av stämningfull musik i bakgrunden på särskilda boenden bidrog till att skapa en lugnare atmosfär på boendet vilket visade sig signifikant minska fysisk och verbal aggression hos personerna med demens.

Att värna om den personliga sfären

En orsak till att aggression uppstod hos personer med demens visade sig vara när personen upplevde ett intrång i sin personliga sfär. Upplevelsen av intrång kunde bero på att miljön begränsades för personerna eller att det inte fanns tillräckligt med privata utrymmen på boendet (Caspi, 2015, Duxbury et al., 2013, Pulsford et al., 2010, Zeisel et al., 2013).

I studien av Duxbury et al. (2013) beskrev flera närstående hur de upplevde att ett boendes öppna planlösning kunde bidra till att ett aggressivt beteende hos en person kunde smitta av sig till andra personer. De menade att om någon till exempel skrek i ena änden av rummet så hörde och såg alla det, vilket ledde till en ökad oro på boendet. På en enhet hade vårdpersonal

därför infört ett tyst rum. Där fick patienterna en möjlighet att i lugn och ro samtala med personal eller bara sitta i tystnad. Detta upplevde personalen hade en god effekt och aggressionsnivåerna hade minskat på den enheten (Duxbury, 2013). Detta får stöd i studien av Zeisel et al. (2013) där man kunnat se att personer med demens som bor på boenden där det finns tillgång till avskildhet, mer individuella utrymmen och möjligheter till individanpassning, har generellt lägre aggressions och ångestnivåer.

Att ha ett lugnt bemötande

Personer med demens kunde ofta, trots svår sjukdom, märka av stress och förändringar i personalens beteende eller röster (Zeller et al., 2009). I flera av studierna framhölls därför vikten av att personalen tog sig tid, försökte hålla sig lugn och att de samtalade med en vänlig och mjuk röst när de bemötte personer med demens som uppvisade ett aggressivt beteende. Detta sågs som en viktig strategi för att förebygga, minska eller förhindra att ett aggressivt beteende eskalerade (Caspi, 2015, Duxbury et al., 2013, Foley et al., 2003, Pulsford et al., 2011, Skovdahl et al., 2003).

I studien av Duxbury et al. (2013) betonade vårdpersonalen vikten av att hålla sig lugn och att inte bli arg eller argumentera med personer som uppvisade aggression. De menade att det var bättre att ”ta ett steg tillbaka” och inte konfrontera personen, för att på så vis förhindra att det aggressiva beteendet eskalerade. Ett liknande förhållningssätt användes av personalen i studien av Foley et al. (2003) när man ville avleda en person som uppvisade aggression. Där valde man att använda sig av enkla förklaringar med en mjuk och vänlig röst, vilket gav ett gott resultat. När aggressivt beteende riktades mot personal i form av hot och fysiskt våld så försökte vårdpersonalen i studien av Zeller et al. (2009) att mentalt distansera sig från situationen som en strategi för att kunna behålla sitt lugna bemötande och på så vis kunna hantera och minska beteendet utan att själva bli upprörda och förvärra situationen. I studien av Skovdahl et al. (2003) framgick att när vårdpersonal försökte skynda på personer med demens, för att hinna med en utsatt tid, så ökade nivåerna av både stress och aggression hos personerna.

Diskussion

Metoddiskussion

Metoden som valdes för denna uppsats var att göra en litteraturoversikt. Detta ansågs vara den mest relevanta metoden med tanke på uppsatsens syfte, som var att beskriva vilka omvårdnadsåtgärder som kan användas för att förebygga och minska aggressivt beteende hos personer med en demenssjukdom. Till en början övervägdes att beskriva strategier för att bemöta och förebygga alla typer av BPSD-symtom, men detta visade sig vara ett alltför brett ämne. För att begränsa litteraturoversikten valdes därför BPSD-symtomet aggression. Detta på grund av att aggressivitet har visat sig vara ett av de svåraste BPSD-symtomen att hantera för vårdgivare (Boström et al, 2011, Zwijsen et al, 2013).

Både kvalitativa och kvantitativa studier användes i resultatet. Detta kan ses som en styrka till resultatet då kvalitativa studier, som avser att studera personers levda erfarenheter av ett fenomen, bidrog till att ge en insyn i vilka strategier och bemötande som vårdpersonalen själva upplevt vara effektiva mot aggression. Medan de kvantitativa studierna, gav en statistisk evidens för strategier och dess effekter på aggressivt beteende.

En svårighet vid litteratursökningen var att många studier inte specificerade att de undersökte strategier för aggression, utan använde sig av samlingsbegreppet agitation. Aggression ingår som ett symptom i detta begrepp, men även icke-fysisk aggression och icke-verbal aggression räknas till agitation (Cohen-Mansfield, 1989). Dessa studier valdes ut för granskning men de som inte tydligt skilde ut de olika symptomen inom agitation och vilken effekt strategierna hade haft för aggression valdes bort. Detta eftersom en minskning i agitation inte behöver betyda att just aggression har minskat och kan därför ge en missvisande bild av de undersökta strategiernas effekt på just detta symptom.

I en majoritet av studierna nämns inte vilken typ av demenssjukdom som deltagarna i studien har. Detta kan innebära att strategierna som identifierats i resultatet kan ha olika effekter beroende på vilken demenssjukdom personen har. En strategi som lämpar sig för personer med Alzheimers, kanske inte lämpar sig lika väl för någon med frontotemporallobsdemens. I studien av Sloane et al. (2004) som undersökte personcentrerad duschning för personer med demens, exkluderades personer med alkoholorsakad demens. Det är möjligt att deras resultat hade sett annorlunda ut om även denna grupp hade inkluderats.

Artiklarna som kom att användas till resultatet kommer nästan uteslutande från västländer. Undantaget är Chang et al. (2012) som kommer ifrån Taiwan. Detta gör att resultatet ej ger en visande bild av hur aggressivitet vid demenssjukdom bemöts i andra delar än i västvärlden. Forskning från andra kulturella perspektiv än det västerländska hade eventuellt gett ett annat resultat, dock så bedöms resultatet som relevant för denna studie som främst riktar sig till sjukvården i Sverige. Det kan ifrågasättas huruvida artiklarnas geografiska ursprung bör kopplas till kultur då flera kulturer kan samexistera parallellt på en plats i enlighet med teorier om intersektionalitet (Määttä & Öresland, 2014). Enbart artiklar skrivna på engelska användes till resultatet, vilket också detta kan ha påverkat utfallet av litteraturöversikten negativt, då artiklar skrivna på andra språk förbisetts.

Alla studier som ingick i litteraturöversiktens resultat undersökte strategier och bemötanden som användes av vårdpersonal på särskilda boenden för personer med demens. Detta kan påverka resultatet eftersom det saknas perspektiv på vilka strategier som används av vårdpersonal inom hemsjukvård och slutenvård för att förebygga detta beteende. Det ansågs dock att huvudresultatet i denna litteraturöversikt går att applicera även inom dessa delar av vården, då ett personcentrerat förhållningssätt och ett vårdande klimat bör eftersträvas även där.

Att båda författarna granskade och analyserade artiklarna oberoende av varandra kan ses som en styrka till resultatet, då detta enligt Henricson (2012) ökar reliabiliteten. Något som dock måste tas i beaktning är att detta är författarnas första litteraturöversikt och detta kan ha påverkat datainsamling, granskning och analys (Henricson, 2012). Det är möjligt att någon med mer erfarenhet av denna metod, hade kommit fram till andra slutsatser än de som presenteras i denna litteraturöversikt.

Resultatdiskussion

I litteraturöversiktens resultat identifierades två huvudteman och sju underteman som beskrev strategier för att förebygga och minska aggressivitet vid demenssjukdom. De övergripande strategierna i dessa huvudteman var att se till personen bakom demenssjukdomen och att främja ett vårdande klimat.

Att se personen bakom demenssjukdomen går i linje med socialstyrelsens nationella riktlinjer för personcentrerad omvårdnad vid demens. Enligt dessa riktlinjer ska omvårdnaden fokusera på personen och inte demenssjukdomen och ta utgångspunkt i den demenssjukes upplevelse av sin verklighet (Socialstyrelsen, 2010). Ytterligare stöd för resultatet går att finna i en forskningsöversikt av Edvardsson, Winblad & Sandman (2008) där en huvudkomponent i personcentrerad vård till personer med demens, som identifieras, är att se personens personlighet som något som är dolt snarare än förlorat.

Att göra personer med demenssjukdom delaktiga, ställa individanpassade krav, ge information verbalt och icke-verbalt, ta hänsyn till personens autonomi och inte döma dem för deras aggressiva beteende var strategier som framkom i ett av resultatets underteman. Dessa strategier går i linje med nationella riktlinjer för personcentrerad vård vid demens. Riktlinjerna framhåller att omvårdnad ska ske i samförstånd med personen, värna om dennes självbestämmande och möjlighet till delaktighet samt att beteenden och psykiska symtom ska förstås ur den demenssjukes perspektiv (Ekman et al., 2014, Socialstyrelsen, 2010).

Att helt respektera autonomin hos personer med demens kan dock ge upphov till etiska dilemman för sjuksköterskor i praktiken. Eftersom symtom som till exempel minskad omdömesförmåga och personlighetsförändringar kan tillkomma vid sjukdomen så kan det vara svårt att veta vad personens verkliga vilja egentligen är. Vårdpersonal kan då känna sig kluven mellan viljan att göra gott för personen och bevara dennes integritet och värdighet och viljan att respektera personens självbestämmande. Att som vårdpersonal känna att man har en plikt att begränsa en persons handlingar för att värna om personens integritet, identitet och säkerhet kan leda till känslor av maktlöshet och skuld om man, för att göra det, måste gå emot personens vilja (Graneheim, Norberg & Jansson, 2001). Att arbeta enligt ett personcentrerat förhållningssätt innebär att respektera personens vilja och låta denne göra sina egna val, så länge personen själv eller andra inte tar skada av detta (Hayajneh & Shehadeh, 2014).

I resultatet framkom det att en viktig strategi för att förebygga aggressivt beteende var att se varje omvårdnadsåtgärd som ett tillfälle för ett mellanmänniskt möte snarare än en uppgift i raden av andra som ska slutföras (Skovdahl et al., 2003, Sloane et al., 2004). Detta förhållningssätt kan kopplas till den personcentrerade teorin, där en utgångspunkt för omvårdnad är att även när en person är beroende av hjälp kan denna uppleva en relationell autonomi. Om vårdpersonal som i studierna av Skovdahl et al. (2003) och Sloane et al. (2004) fokuserar på den personliga upplevelsen vid duschning av personer med demens så kan det bidra till att skapa ett partnerskap, där en aspekt är uppgiften och den andra aspekten är relationen till personen i behov av hjälp (Ekman et al., 2014). Strategin stöds även av Edvardsson et al. (2008) som i sin studie identifierar vikten av att prioritera relationen, i samma utsträckning som de uppgifter som ska utföras, som en viktig del inom den personcentrerade vården av demenssjuka.

Att ha en större kunskap om individens levnadshistoria kan ge en förståelse för varje individs unika behov och vanor vilket kan underlätta för vårdgivare att hitta personliga strategier för att förebygga aggression. Detta stöds av teorin om personcentrerad vård där en central princip är att inte såra, förstöra eller förändra andra människors liv utan skydda och respektera dennes livssammanhang och levnadshistoria (Kristensson Ugglå, 2014). Enligt detta begrepp så är det genom att ta del av personens livsberättelse som mänskliga resurser och möjligheter kan identifieras (Ekman et al., 2014). I de nationella riktlinjerna för personcentrerad vård vid demens betonas också vikten av att uppmuntra personen att berätta om sig själv och sitt liv (Socialstyrelsen, 2010). Den nedsatta minnesfunktionen som uppkommer vid demenssjukdom kan göra det svårt för en person med demens att berätta sin levnadshistoria, därför kan det vara till stor hjälp om vårdgivare använder sig av närstående för att få denna kunskap. I en studie av Egan et al. (2007) fick närstående till personer med demens och BPSD-symtom dela med sig av sin anhöriges levnadshistoria. Detta visade sig öka kvaliteten i vårdrelationen mellan vårdgivarna och personerna med demens och ledde till en mer individualiserad vård.

Det andra huvudtemat som identifierades i litteraturöversikten var att främja ett vårdande klimat som erbjuder en lugn och hemlik atmosfär för personerna men som även värnar om varje individs privata sfär och ger utrymme för avskildhet. Detta har resultat har sitt stöd i andra studier som har sett att den fysiska och psykosociala vårdmiljön kan ha stor betydelse för välbefinnandet hos personer med demens (Day, Carreon & Stump, 2000, Morgan, Stewart, D'arcy & Werezak, 2007, Ylikangas, 2012). Socialstyrelsen anser att socialtjänsten bör erbjuda personer med demens en plats på ett särskilt boende som är speciellt anpassat för demenssjuka. Sådana boenden bör sträva efter att utforma en personlig, hemlik och berikande miljö (Socialstyrelsen, 2010). Resultatet i denna litteraturöversikt visar att denna riktlinje även kan vara effektiv för att förebygga uppkomst av aggressivt beteende hos personer med demens.

Studier har visat att personer med demenssjukdom kan vara väldigt känsliga för en stämning eller atmosfär på en plats eller i en grupp (Edvardsson, 2014). I resultatet framgick att ett lugnt vårdklimat därför minskade risken för att aggression spreds sig mellan personer med demens på boenden. Edvardsson (2011) styrker att det finns andra kliniska exempel där aggression, oro och beteendeförändringar ”smittar” mellan boende men menar även att detta innebär att det motsatta kan ske. Om det råder ett klimat av glädje, lugn och värme så kan detta ha en positiv inverkan på de boende, som då kan uppleva denna glädje och göra den till sin egen (Edvardsson, 2011). Detta understödjer litteraturöversiktens resultat, att ett lugnt vårdklimat kan bidra till att skapa trygghet och minska uppkomst av aggressivt beteende och att detta sprider sig.

I resultatet identifierades vikten av att vara lugn när man bemöter personer som uppvisar ett aggressivt beteende och inte bli arg tillbaka eller gå in i en konflikt, utan istället bemöta personen med värme och samtala med en vänlig ton. Detta är strategi som kan bidra till att skapa ett lugnare och tryggare vårdklimat. Bemötandet är enligt Wijk (2012) den enskilt viktigaste miljöfaktorn för att skapa trygghet och minska oro hos personer med demenssjukdom.

I resultatet framgick att musik och sång kunde vara en effektiv strategi för att dels skapa en lugn atmosfär på boenden och dels användas av vårdpersonal under pågående omvårdnad för att minska uppkomsten av konflikter och aggression (Chan et al., 2008, Hammar Marmstål et al., 2011). Sång och musikens betydelse i omsorgen av äldre har kommit att diskuteras mer och mer på senaste år. Musik har visat sig kunna återkalla minnen hos de äldre och öka deras välbefinnande och trivsel (Drivdal Berentsen, 2010). Tidigare studier har även visat på att musik kan ha en positiv effekt på beteendeproblematik vid demenssjukdom vilket inkluderar aggressiva beteenden. Dessa studier menar dock att musiken måste anpassas efter personens individuella preferenser för att ha en lugnande effekt (Wall & Duffy, 2010, Ragneskog, Asplund, Kihlgren & Norberg, 2001). I de nationella riktlinjerna för vård av demens så ingår musik och dans som exempel på aktiviteter som har högsta prioritet (Socialstyrelsen, 2010). SBU har också sett i sin genomgång av det vetenskapliga underlaget för sång, musik och dans att man kan se en viss positiv effekt på livskvalitet, välbefinnande och agitation hos personer med demens. Genomgången visar även att levande musik verkar bättre för att minska beteendeproblematik än förinspelad. Dock menar SBU på att underlaget inte är nog starkt för att kunna dra några större slutsatser (SBU, 2006).

Slutsats

Resultatet i denna litteraturöversikt visar på vikten av att ha ett personcentrerat förhållningssätt till personer med demens för att hantera och förebygga situationer med aggressivt beteende. Det visar också på vikten av en vårdmiljö som är anpassad efter den demenssjukes förutsättningar och förmåga. Särskilda boenden bör sträva efter en så lugn,

trygg och ”hemlik” miljö som möjligt. Den boendes autonomi och möjligheter till avskildhet och personlig utformning av miljön bör eftersträvas. Vårdpersonal som arbetar med demenssjuka bör utbildas i att ha ett personcentrerat förhållningssätt, både vid bemötandet och vid utformningen av vårdmiljön, för att på så vis på ett bättre sätt kunna förebygga och minska aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom.

Referenslista

Ahn, Hyochol., Garvan, C., & Lyon, D. (2015). Pain and aggression in nursing home residents with dementia. *Nursing research*, 64(4), 256-263

Allgulander, C. (2014). *Klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur

Basun, H., Skog, M, Wahlund, L-O & Wijk, H (Red.). (2013). *Boken om demenssjukdomar*. Stockholm: Liber AB

Boström, A-M., Squires, J., Mitchell, A., Sales, A., & Estabrooks, C. (2011). Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. *Journal of clinical nursing*, 21, 1453-1465. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03924.x

Caspi, E. (2015). Aggressive behaviours between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia*, 14(4), 528-546.

Chang, F-Y., Huang, H-C., Lin, K-C., & Lin, L-C. (2010). The effect of a music programme during lunchtime on the problem behaviour of the older residents with dementia at an institution in Taiwan. *Journal of clinical nursing*, 19, 939-948.

Chrzescijanski, D., Moyle, W., & Creedy, D. (2007). Reducing dementia-related aggression through a staff education intervention. *Dementia*, 6 (2), 271-286.

Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S. (1989). A description of agitation in a nursing home. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 44(3), M77-M84.

Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of empirical research. *The gerontologist*, 40(4), 397-416.

Dehlin, O. & Rundgren, Å. (2007). *Geriatrisk*. Lund: Studentlitteratur.

Drivdal Berentsen, V. (2010). Kognitiv svikt och demenssjukdom. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. Høyen Ranhoff (red.), *Geriatrisk omvårdnad: god omsorg och vård till den äldre*. Stockholm: Liber.

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 and mental health nursing*, 20, 792-800.

Edvardsson, D. (2011). Vårdklimatet- en underskattad aspekt av svensk demensvård. I A. K. Edberg (red.), *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad – definition, mätskalor och hälsoeffekter. I D. Edvardsson (red.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. (s. 29-37). Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D & Wijk, H. (2014). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I A. Edberg & H. Wijk (red.), *Omvårdnadens grunder*. Hälsa och ohälsa. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Winblad, B., & Sandman, P. (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet neural*, 7, 362-367.
- Egan, M.Y., Munroe, S., Hubert, C., Rossiter, T., Gauthier, A., Eisner, M., Fulford, N., Neilson, M., Daros, B., & Rodrigue, C. (2007). Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge. *Journal of gerontological nursing*, 24-30.
- Ekman, I., Norberg, A & Swedberg, K. (2014). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvården. I I. Ekman (red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård - Från filosofi till praktik*. (s.69-96). Stockholm: Liber AB.
- 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*, 153-162.
- Foley, L.K., Sudha, S., Sloane, P.D., & Gold, D.T. (2003). Staff perceptions of successful management of severe behavioral problems in dementia special care units. *Dementia*, 2 (1), 105-124.
- Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim U.H., Isaksson U., Ljung I.M. & Jansson L. (2005) Balancing between contradictions: the meaning of interaction with people suffering from dementia and "behavioural disturbances". *International Journal of Aging and Human Development* 60, 145– 157.
- Graneheim, U. H., Norberg, A., & Jansson, L. (2001). Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security: an observational study focusing on a woman with dementia and 'behavioural disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*, 36(2), 256-265.
- Hammar Malmstål, L., Emami, A., Engström, G., & Götell, E. (2011). Finding the key to communion – Caregivers' experience of 'music therapeutic caregiving' in dementia care: A qualitative analysis. *Dementia*, 10(1), 98-111.
- Hayajneh, F., & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International journal of nursing practice*, 20, 438-445.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

- Isaksson, U., Graneheim, U. H., Åström, 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.
- Karlsson, E.K. (2012). Informationssökning. I M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi-filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård*. Stockholm: Liber.
- Larsson, M. & Rundgren, Å. (2010). Geriatriska sjukdomar. Lund: Studentlitteratur.
- McKhann, G., Knopman, D., Chertkow, H., Hyman, B., Jack Jr, C., Kaeas, C., Klunk, W., Koroshetz, W., Manly, J., Mayeux, R., Mohs, R., Morris, J., Rossor, M., Scheltens, P., Carrillo, M., Thies, B., Weintraub, S., & Phelps, C. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the national institute on aging-Alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 7*, 263-269.
- Menon, A.S., Gruber-Baldini, A.L., Hebel, J.R., Kaup, B., Loreck, D., Zimmerman, S.I., Burton, L., German, P., & Magaziner, J. (2001). Relationship between aggressive behaviors and depression among nursing home residents with dementia. *International journal of geriatric psychiatry, 16*, 139-146.
- Moniz-Cook, E., & Clarke, C. (2011). Dementia: coping with aggressive behaviour. *Nursing & residential care, 13*(2), 86-90.
- Morgan, D.G., Stewart, N.G., D'arcy, K.C., & Werezak, L.J. (2004). Evaluating rural nursing home environments: dementia special care units versus integrated facilities. *Aging and mental health, 8* (3), 256-265.
- Mätte, S. & Öreslund, S. (2014). Genusperspektiv i omvårdnad. I F. Friberg & J. Öhlén (red.), *Omvårdnadens grunder - Perspektiv och förhållningssätt*. Lund: Studentlitteratur.
- Nguyen, V.T., Love, A.R., & Kunik, M.E. (2008). Preventing aggression in persons with dementia. *Geriatrics, 63*(10), 21-26.
- Nordberg, A. (2013). Alzheimers sjukdom. Lund: Studentlitteratur AB.
- Pellmer, K., Wramner, B. & Wramner, H. (2012). Grundläggande folkhälsovetenskap. Stockholm: Liber
- Pulsford, D., Duxbury, 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 and mental health nursing, 18*, 97-104.

Ragneskog, H., Asplund, K., Kihlgren, M., & Norberg, A. (2001). Individualized music played for agitated patients with dementia: analysis of video-recorded sessions. *International journal of nursing practice*, 7, 146-155.

Skog, M. (2013). Den fundamentala och kroppsnära vården och omsorgen vid demenssjukdom. I H. Basun, M. Skog, L-O. Wahlund & H. Wijk (red.), *Boken om demenssjukdomar*. (s. 77-152). Stockholm: Liber AB

Skovdahl, K., Kihlgren, A.L., & Kihlgren, M. (2003). Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia-narratives from two caregiver groups. *Aging and mental health*, 7 (4), 277-286.

Skovdahl, K., Kihlgren, A.L., & Kihlgren, M. (2003). Dementia and aggressiveness: video recorded morning care from different care units. *Journal of clinical nursing*, 12, 888-898.

Sloane, P.D., Hoeffler, B., Mitchell, C.M., McKenzie, D.A., Barrick, A.L., Rader, J., Stewart, B.J., Talerico, K.A., Rasin, J.H., Zink, R.C., & Koch, G.G. (2004). Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *Journal of the american geriatrics society*, 52 (11), 1795-1804.

Socialstyrelsen. (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Hämtad 2016-04-06, från <http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>

Statistiska centralbyrån. (2015). Sveriges framtida befolkning 2015–2060. Hämtad 2016-03-07, från http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Behallare-for-Press/389899/

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2006). Demenssjukdom - en systematisk litteraturöversikt. Hämtad 2016-04-07, från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-utvarderar/demenssjukdoma>

van der Linde, R.M., Dening, T., Matthews, F.E., & Brayne, C. (2013). Grouping of behavioural and psychological symptoms of dementia. *International journal of geriatric psychiatry*, 29, 562-568.

Wall, M., & Duffy, A. (2010). The effects of music therapy for older people with dementia. *British journal of nursing*, 19 (2), 108-113.

Wijk, H. (2011). Den fysiska miljön som stöd för mötet och omvårdnadens genomförande. I A. K. Edberg (red.), *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur.

Wijk, H. (2014). Minnessvårigheter och förvirringstillstånd. I I. Skärsäter (red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa*. Lund: Studentlitteratur.

Ylikangas, C. (2012). Miljö - ett vårdvetenskapligt begrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur AB

Zeisel, J., Silverstein, N. M., Hyde, J., Levkoff, S., Lawton, P., & Holmes, W. (2003). Environmental correlates to behavioural health outcomes in Alzheimer's special care units. *The gerontologist*, 43(5), 697-711.

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*, 20, 2469-2478.

Zwijssen, S. A., Kabboord, A., Eefsting, J.A., Hertogh, C. M. P. M., Pot, A.M., Gerritsen, D. L., & Smalbrugge, M. (2013). Nurses in distress? An explorative study into the relation between distress and individual neuropsychiatric symptoms of people with dementia in nursing homes. *International journal of geriatric psychiatry*, 29, 384-391

Bilaga 1 - Översiktstabell

Författare, årtal, land	Syfte	Metod	Resultat	Kvalitet
Ahn et al., 2015, USA.	Undersöka förhållandet mellan smärta och aggression hos personer med demens.	Kvantitativ studie.	Hos personer som inte kunde kommunicera kopplades smärta till både fysisk och verbal aggression. Hos personer som kunde kommunicera kopplades smärta endast till verbal aggression.	Medelhög.
Caspi, 2015, USA.	Att identifiera omständigheter, följd av händelser och utlösande faktorer som leder till aggressivt beteende.	Observationsstudie som komplementerades med semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal.	En majoritet av aggressiva incidenter var drivna av omständigheter och därför gick de att modifiera. 12 olika strategier för att förebygga aggressivt beteende identifierades.	Medelhög.
Chang et al, 2010, Taiwan	Att utvärdera effekten av bakgrundsmusik vid lunchmåltider på agitationsproblematik bland personer med demens på ett särskilt boende.	Kvantitativ studie, kvasi-experimentell studie. Under en åttaveckorsperiod fick 41 vårdtagare med mild och svår demens lyssna på naturmusik i samband med lunch. Dessa observerades sedan med hjälp av Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI).	Resultatet visade att musik kan bidra till att minska förekomsten och nivån av agitation och aggression hos personer med demens. Det visade också att effekten av musiken blev förskjutet.	Hög.

Chrzescijanski et al., 2007, Australien.	Att undersöka ett personal utbildningsprogramms inflytande på aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom samt personalens attityder till deras vårdmetoder.	Kvantitativ studie. Aggressivt beteende hos personerna skattades både innan och efter utbildningsprogrammet. Personalens attityder till deras arbete skattades innan och efter utbildningsprogrammet.	Personer med demens uppvisade ofta tecken på förestående aggression men dessa tecken ignorerades ofta av personalen.	Hög
Duxbury et al., 2013, Storbritannien.	Att undersöka sjuksköterskors och närståendes syn på orsaker och de mest effektiva sätten att bemöta aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom.	Semistrukturerade intervjuer med vårdpersonal angående de bästa metoderna för att bemöta aggression. Fokusgrupper med närstående för att få deras syn på aggressivt beteende.	Vårdpersonalen i studien använde sig av ett personcentrerat förhållningssätt när de bemötte aggressivt beteende.	Hög

Foley et al., 2003, USA.	Att utvärdera faktorer som bidrar till en positiv hantering av personer med svåra beteendeproblem på ett särskilt boende för demenssjuka.	Strukturerade intervjuer med vårdpersonal kring lyckade och misslyckade försök att hantera beteendeproblem hos personer med demenssjukdom.	Problembeteenden hanterades ofta med ett lyckat resultat men oförutsägbart aggression var särskilt svårt att kontrollera. Användning av flera olika icke-farmakologiska metoder var förknippat med en större sannolikhet till en positiv hantering av beteendeproblem.	Hög
Hammar Marmstål et al., 2011, Sverige.	Att beskriva vårdpersonals upplevelse av vårdandet av personer med demens med och utan hjälp av Music Therapeutic Caregiving (MTC)	Kvalitativ innehållsanalys. Morgonarbetet med vårdtagare och vårdpersonal observerades och filmades vid åtta tillfällen per vecka under två månader. Videospelningarna kodades och analyserades och utifrån	Vårdpersonalen beskrev morgonarbetet utan MTC som svårt med aggressivitet hos vårdtagarna som ett vanligt problem. Problembeteendet minskade med sång som inslag i vårdarbetet.	Hög

		detta skapades två huvudteman med sex underteman.	Vårdande med hjälp av sång beskrevs som en bra metod bl.a. för att ge instruktioner och för att skapa trygghet i annars otrygga situationer och.	
Menon et al., 2001, USA.	Att undersöka förhållandet mellan aggressiva beteenden och depression hos personer med demenssjukdom.	Kvantitativ studie där data som samlats in på 1101 personer med demens, analyserades för att fastställa om det fanns ett samband mellan depression och fysisk och verbal aggression.	Personer med demenssjukdom som uppvisade fysisk eller verbal aggression hade en högre prevalens av depression än personer utan sådant beteende.	Medelhög
Pulsford et al., 2011, Storbritannien.	Att utforska vårdpersonalens syn på aggressivt beteende hos personer med demens och vilka strategier som används i praktiken.	Kvantitativ enkätstudie där man undersökte vårdpersonalens attityder till aggressivt beteende hur aggressivt beteende bemöttes i praktiken.	Vårdpersonalen i studien ansåg att att aggressivt beteende hade sin uppkomst i miljön och i interaktionen med andra personer. Deltagarna gav starkt stöd åt att bemöta beteende med mellanmänniskt förhållningssätt och emotsatte sig användandet av tvångsåtgärder.	Hög

Skovdahl et al., 2003, Sverige	Att studera vårdgivares reflektioner och attityder kring aggressivt beteende hos personer med demens och hur de hanterar symtomen.	Narrativa intervjuer genomfördes med vårdpersonal som jobbade på särskilda boenden för demenssjuka. Målet var att fånga personalens känslor, åsikter och erfarenheter kring deras interaktion med personer med aggressivt beteende. En fenomenologisk hermeneutisk metod användes sedan för att analysera intervjuerna.	Två huvudteman identifierades: Ett behov av balans mellan krav och kompetens och ett behov av stöd. Personer med demens som känner sig respekterade och uppskattade löper en mindre risk för att agera ut sin frustration på ett opassande sätt.	Hög
Skovdahl et al., 2003, Sverige	Att belysa, med hjälp av videoinspelade sekvenser, interaktionen mellan individer med demenssjukdom och aggressivt beteende och personal.	Duschsituationer med personer som uppvisat aggressivt beteende videoinspelades för att undersöka personalens strategier. Dessa transkriberades sedan till en text och analyserade med hjälp av en fenomenologisk hermeneutisk metod.	Vårdgivare som hade problem att hantera aggressivt beteende fokuserade på att färdigställa uppgiften. Medan vårdpersonal, som hade ett lyckat sätt att hantera beteendet, fokuserade på hur personen kunde nå sitt mål.	Hög
Sloane et al., 2004, USA	Att utvärdera effekten av två icke-farmakologiska tekniker för att minska agitation, aggression och obehag hos personer med demenssjukdom.	En randomiserad kontrollerad studie. En kontrollgrupp fick omvårdnad efter rutiner. Två experimentgrupper, där den ena fick genomgå personcentrerad duschning och den andra handduksbad.	Aggressivt beteende minskade signifikant i båda experimentgrupperna men inte i kontrollgruppen.	Hög.

Zeller et al., 2011, Schweiz	Att undersöka vårdgivares perspektiv på aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom och vilka praktiska strategier som vårdgivarna använder för att hantera aggression.	Semistrukturerade intervjuer gjordes med 30 deltagare som jobbade på särskilda boenden för demenssjuka. Intervjuerna analyserades med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.	Tre huvudteman med tillhörande underteman identifierades. Ett handlade om vårdgivarnas förklaringar till aggressivt beteende. De andra handlade om strategier för att förebygga aggressivt beteende och det tredje om strategier när personal konfronterades med aggressivt beteende.	Hög
Zeisel et al., 2003, USA.	Att mäta sambandet mellan miljöns utformande på särskilda boenden för demenssjukdom och förekomst av aggression, agitation, depression och psykotiska symtom.	Kvantitativ studie.	Ett tydligt samband hittades mellan varje beteendeproblem och särskilda faktorer i miljön på demensboenden.	Hög

Bilaga 2 - Söktabell

Datum, databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar	Lästa abstrakt	Granskade artiklar	Valda artiklar
160225 Cinahl	Dementia AND Aggression AND Strategies	Peer Reviewed Research Article English Language	21	14	10	4 Ahn et al. (2015) Zeller et al. (2011) Duxbury et al. (2013) Pulsford et al. (2011)
160226 Cinahl	Dementia AND Aggression AND Management	Peer Reviewed Research Article English Language	37	8	5	3 Foley et al. (2003) Chang et al. (2010) Chrzescijanski et al. (2007)
160226 Pubmed	Dementia AND Aggression AND Strategies	English Language	75	10	4	1 Caspi (2015)
160301 Cinahl	Dementia AND Aggressive behaviour AND Nursing	Peer Reviewed Research Article English Language	72	11	6	3 Skovdahl et al. (2013, 1) Skovdahl et al. (2013, 2) Menon et al. (2001)
160301 Cinahl	Alzheimer's disease AND aggress* AND nurs*	Peer Reviewed Research Article English Language	69	6	3	1 Sloane et al. (2004)
160303 Cinahl	Dementia AND Aggression AND Caregiving	Peer Reviewed Research Article English Language	10	4	4	1 Hammar Marmstål et al. (2011)
160304 Pubmed	Alzheimer's disease AND Aggression AND Nursing AND Management	English Language	29	8	5	1 Zeisel et al. (2003)