

# C-uppsats i Omvårdnad

## Att vårda personer med demenssjukdom och krävande beteende

<b>FÖRFATTARE</b>	Jenny Wiman
<b>FRISTÅENDE KURS</b>	Omvårdnad – Självständigt arbete I
	VOM080
	HT 2006
<b>OMFATTNING</b>	10 p
<b>HANDLEDARE</b>	Ingegerd Lindquist
<b>EXAMINATOR</b>	Hans Ragneskog

Titel (svensk):	Att vårda personer med demenssjukdom och krävande beteende
Titel (engelsk):	The caring of persons with dementia and demanding behaviour
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Jenny Wiman Jenny Wiman, leg sjuksköterska vid Sahlgrenska universitetssjukhuset/Mölndal e-post: <a href="mailto:jenny.wiman@vgregion.se">jenny.wiman@vgregion.se</a>
Handledare:	Ingegerd Lindquist
Examinator:	Hans Ragneskog

## ABSTRAKT

### Introduktion

Antalet äldre i samhället ökar och därmed också antalet personer med demenssjukdom. Demenssjukdom kan medföra krävande beteenden som kan vara svåra att bemöta för dem som vårdar.

### Syfte

Syftet med litteraturstudien var att belysa aktuell forskning om omvårdnad av personer med krävande beteende vid demenssjukdom utifrån Jean Watsons karativa omvårdnadsfaktorer.

### Metod

Litteraturstudie av vetenskapliga artiklar inom ämnesområdet omvårdnad.

### Resultat

Att vårda personer med demenssjukdom innebar bland annat att se det unika hos varje individ och att tolka och bekräfta patientens handlingar. Vårdarna hade behov av att förstå patienten och sina egna reaktioner och av att se en mening med det krävande beteendet. Att bygga upp en nära och sann relation och att kommunikationen mellan patient och vårdare var effektiv var också viktiga faktorer för en god omvårdnad.

### Diskussion

Vårdprocessen, vårdarnas möjlighet att tolka krävande beteende och omvårdnadshandledning var viktiga redskap för att vårda personer med demens och krävande beteende. Detta sätt att arbeta på behöver läras ut och belysas för att stötta de vårdare som arbetar med patientgruppen.

### Key words:

Omvårdnad, Demens, Krävande beteende, Interaktion, BPSD

# Innehållsförteckning

INTRODUKTION .....	4
Demenssjukdom .....	4
Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD .....	5
Autonomi .....	5
Integritet .....	6
Hälsa och välbefinnande för personer med demenssjukdom .....	6
Watsons omvårdnadsteori .....	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
RESULTAT .....	9
Humanistisk-altruistiskt värdesystem .....	9
Tro och hopp.....	9
Känslighet gentemot självet och andra .....	10
Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit .....	10
Att ge uttryck för positiva och negativa känslor .....	11
Kreativ, problemlösande omsorgsprocess .....	12
Transpersonell undervisning och inläring.....	13
Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö .....	13
Tillgodose mänskliga behov .....	14
Existentiella, fenomenologiska och andliga krafter.....	14
DISKUSSION .....	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion .....	15
REFERENSER.....	19
ARTIKELPRESENTATION BILAGA 1 .....	21

# INTRODUKTION

## Inledning

Den största delen av mitt yrkesliv som psykiatrisjuksköterska har jag arbetat med personer med demenssjukdom. Sedan februari 2005 ingår jag i ett team på Minnesmottagningen, Mölndals Sjukhus, som heter BPSD-teamet. BPSD står för Beteende och Psykiska Symtom vid Demens. Symtomen kan vara vanföreställningar, sömnstörningar och motorisk oro. Många äldreboenden jag kommer i kontakt med saknar redskap och modeller för hur de ska hantera ett svårt beteende. BPSD-teamet erbjuder snabba insatser på konsultbasis till personer med redan utredd demenssjukdom som dessutom har BPSD-symtom. Teamet gör hembesök efter remiss från husläkare och patienten kan bo antingen i egna hemmet eller på ett äldreboende. Husläkaren ansvarar för att vissa grundläggande prover blir tagna för att utesluta somatiska orsaker till symtomen. Exempel på dessa prover är blodsocker, infektionsprover, urinstickor, blodtryck och puls.

I teamet arbetar en överläkare, tre skötare, en sjuksköterska och två kuratorer. Det vanligaste är att sjuksköterska och skötare åker hem till patienten, men om det är mer komplicerade problem så följer läkare med vid besöket. Största delen av hembesöket ägnas åt att intervjua den eller de som vårdar den demenssjuke, det kan vara närstående och/eller omvårdnadspersonal. I samtalet med patienten ställs frågor som undersöker minnesfunktionen och enklare minnestester utförs då det är möjligt. Efter hembesöket dokumenteras omvårdnadsstatus och det upprättas en omvårdnadsplan med problem, åtgärder och resultat. Läkaren i teamet lämnar rekommendationer på medicinska åtgärder och kurator ingår i teamet som resurs om så skulle behövas.

Användandet av omvårdnadsplan som problemlösningssmodell kan av omvårdnadspersonalen upplevas som en god hjälp. De upplevda problemen blir nedskrivna och uppdelade i mindre beståndsdelar och omvårdnadsåtgärderna blir systematiskt utvärderade. I bästa fall så hittar man en lösning som känns tillfredsställande även om det kan vara svårt att helt ta bort de symtom som upplevs som svåra att bemöta och hantera.

Jag har valt att studera vad litteraturen säger om omvårdnadsåtgärder vid demenssjukdom för att få fördjupade kunskaper inom området. Min förhoppning är att kunna erbjuda dem som vårdar och personerna med demenssjukdom ett bättre stöd genom min yrkesutövning.

## Demenssjukdom

I Sverige finns idag 140 000 personer med demenssjukdom. Hög ålder är den främsta riskfaktorn och bland kvinnor över 85 år förekommer sjukdomen i högre grad än bland män i samma ålder. Förekomsten av demenssjukdom ökar i och med att antalet äldre personer i samhället ökar. Demens är ett syndrom och främsta symtomet är minnesnedsättning men även ett av dessa symtom ska förkomma; nedsatt tanke-, kommunikations- och orienteringsförmåga samt nedsatt praktisk förmåga, det vill säga större svårigheter att utföra inlärd färdigheter eller att klara vardagssysslor. Beroende av vilken slags demenssjukdom personen har, var någonstans i hjärnan som skadan finns samt hur långt sjukdomen utvecklats kan man även få förändrad personlighet med till exempel nedsatt insikt, svårigheter att kontrollera impulser (ilska, hämningslöshet) och brist på empati (SBU-rapport, 2006).

Det dagliga livet för den demenssjuke personen kan försvåras av de symtom sjukdomen medför. Det kan bland annat uppkomma svårigheter att tolka verbalt och icke-verbalt språk och även nedsatt förmåga att uttrycka sina egna känslor och nedsatt förmåga att uttrycka sina behov kan förekomma. Andra symtom kan vara apraxi; svårigheter att utföra viljestyrda handlingar och agnosi; svårigheter att tolka sinnesintryck, till exempel syn och hörsel. Personen med demenssjukdom kan få svårigheter att orientera sig i rummet och även få nedsatt förmåga till abstrakt och logiskt tänkande. För att vårdaren ska kunna skapa en god omvårdnadsrelation krävs kunskaper om demenssjukdomar,

kunskap om den demenssjukes bakgrund och självkänedom och vissa personliga egenskaper som förutsätter ett gott möte (SBU-rapport, 2006; Armanius Björlin, et al, 2004)

### **Beteende och psykiska symtom vid demenssjukdom, BPSD**

Förutom ovan nämnda funktionsnedsättningar kan personen med demenssjukdom få beteendesymtom och psykiska symtom. Dessa kan ha en biologisk grund direkt orsakade av demenssjukdomen eller utlösas av kroppsliga sjukdomar och tillstånd eller av farmaka. Tidigare personlighet och tidigare hantering av olika livssituationer kan påverka symtomen samt även psykosociala faktorer som miljö och social situation. Interaktionen mellan den demenssjuke och den som vårdar honom eller henne har visat sig ha betydelse för förekomst och grad av symtom. Det är alltså viktigt att ha en helhetssyn vid behandling och bemötande av BPSD, många olika aspekter måste beaktas när åtgärder ska prövas för att minska symtomen (Eriksson, et al, 2001; SBU-rapport, 2006).

De vanligaste psykiska symtomen är vanföreställningar, hallucinationer, nedstämdhet, sömnstörningar, ångest och emotionell labilitet. Vanföreställningarna är oftast paranoida idéer och misstänksamhet, till exempel att någon stjal eller att hemmet inte är hans eller hennes eget hem. Föreställningarna orsakar ofta ett stort lidande och kan utlösa ilska och aggressivitet. Vanligaste hallucinationen vid demenssjukdom är synhallucination (Eriksson, et al, 2001; SBU-rapport, 2006).

När det gäller beteendesymtom är det vanligast med fysisk aggressivitet, irritabilitet, vandrande och rastlöshet. Måttligt vanliga och mindre vanliga symtom är bland annat skrikande, sexuellt ohämmat beteende, viljelöshet och repetitiva handlingar. Sömnstörningar är inte ovanliga. De kan ha många olika orsaker och kan medföra konsekvenser som att den demenssjuke får svårare att delta i de dagliga aktiviteterna. Symtomen kan orsaka hög stress hos dem som vårdar och kan vara mycket svåra att hantera (Eriksson, et al, 2001; SBU-rapport, 2006).

### **Autonomi**

Ordet autonomi kommer från grekiskan och betyder självstyre eller självbestämmande (auto= själv och nomos= lag). Autonomiprincipen knyts till tron på människans resurser och hennes rätt att själv välja vad som är bäst för henne (Tranöy, 2003). Hälso- och sjukvårdslagen betonar att vården skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (SFS, 1982). Efter att ha fått tillräcklig information har patienten rätt att själv bestämma om behandling ska ges. Autonomiprincipens baksida kan vara att den lämnar människan ensam när hon tvingas ta ställning till svåra beslut, beslut där hon inte alltid kan ta ansvar eller överblicka konsekvenserna (Collste, 1996).

Vid demenssjukdom kan det uppstå etiska dilemman för omvårdnadspersonal och närstående i patientens omgivning. Idag ligger ofta fokus på självbestämmanderätten och det är en svår balansgång för närstående, vårdpersonal, biståndsbedömare och andra inblandade att veta om de kan och om de ska ta över beslutandet för den demenssjuke. Det kan gälla beslut kring boendeform men också i omvårdnadssituationer då omvårdnadspersonalen ska administrera läkemedel, hjälpa till med hygien eller bistå vid måltidssituationer. På grund av tidigare beskrivna symtom som nedsatt minne, språkförändringar och nedsatt förmåga att uppfatta omgivningen i varierande grad kan personer med demenssjukdom ha svårigheter med att fatta beslut och/eller ha svårt att förmedla sitt beslut. Ibland går åsikterna mellan dem som vårdar isär då det gäller att tolka vårdtagarens uttryckta och icke-uttryckta vilja samt behov (Malmsten, 2001; Tranöy, 2003).

Människan är ingen självförsörjande varelse. Människan är sårbar och beroende av andra. Att vara människa innebär att vara hänvisad till andras omsorg. Att vara beroende innebär en risk. Risken är att inte bli bemött och inte bli sedd av den eller dem som vi behöver omsorg från (Henriksen & Vetlesen, 2001). Eliasson (1987) menar att ansvar för de svaga är en förebild och ett grundläggande värde då människan i vardagslivet gör moraliska bedömningar. Makt utövas inte bara genom tvång utan också genom underlåtenhet att göra något. Den norska omvårdnadsteoretikern och filosofen

Martinsen har använt beteckningen mjuk maternalism i stället för svag paternalism. Hon anser att sjuksköterskan ska använda sin professionella kunskap så att den blir till största gagn för den enskilda patienten. Det innebär i vissa situationer att patienten involveras aktivt i beslut som rör honom/henne. I andra situationer innebär det istället att låta patienten slippa ta ställning till komplicerade problem som han/hon saknar förutsättningar för att hantera (Martinsen, 1993). Balansen mellan ansvar för de svaga och förmyndarskap samt balansen mellan respekt för människors självbestämmande och ”underlåtenhets synde” är mycket svår. Underlåtenhets synde beskriver författaren är då hela ansvaret läggs över på den enskilda människan och den andra, till exempel vårdaren, underlåter att gripa in (Eliasson, 1987).

Fokus på det friska och att göra egna val är möjligt vid demenssjukdom. Enligt Tranöy (1993) kan autonomiprincipen ses som rätten till *medbestämmande*, och det kan den som vårdar utnyttja till att erbjuda valmöjligheter i den dagliga omvårdnaden vilket leder till ökad känsla av medansvar och kontroll hos patienten. Respekten för en människas integritet och förnuft kan bli så stark att en person istället kränker hennes värdighet då hon undviker att utföra vissa omvårdnadsåtgärder (absolut autonomi). Genom att en människa tillämpar svag paternalism (balanserad autonomi) kan den som vårdar ge patienten möjlighet att delta i beslutsprocessen när det gagnar henne (Martinsen, 1993). Autonomiidealet är en av flera etiska grundprinciper och den kan inte vara absolut och obetingad. Det också viktigt att vara medveten om skillnaden mellan autonomi och integritet (Tranöy, 1993).

### **Integritet**

Integritet kommer från latinets *integritas*, av *integer* som betyder ”orörd”, ”hel”, ”fullständig”, ”oförvitlig” och ”hederlig”. Integritet har nära samband med människans värdighet och innebär rätten att inte bli utsatt för intrång eller ingrepp i det personliga rummet (Nationalencyklopedin, 2006). Integritet har med den privata sfären att göra och betyder ”okränkbarhet” eller ”orubbat tillstånd”. Alla har rätt till detta privata rum och alla människor har rätt till respekt. Man får inte komma en annan människa alltför nära utan att först be om lov, varken fysiskt eller psykiskt. Vid nedsatt möjlighet till självbestämmande vid till exempel demenssjukdom eller vid medvetlöshet har man också rätt att få sina rättigheter respekterade (Jersild, 2002).

Malmsten (2001) beskriver att personlig integritet är den gräns som sätts kring vår person. Innanför denna gräns finns personlighetens kärna och vår identitet. Varje människa bestämmer själv vad som ska finnas inom sin personliga gräns och vad hon eller han vill blotta för andra. Det är ibland en medveten handling att visa sitt inre men i omvårdnadssituationen är patienten i beroendeställning och kan riskera att lämna ut mer än vad han eller hon skulle göra i en annan situation.

### **Hälsa och välbefinnande för personer med demenssjukdom**

Enligt Eriksson är vårdprocessens syfte hälsa. Hälsa är en dynamisk händelse där flera faktorer samspelar. Hälsa är

- En helhet, att vara något integrerat helt
- Relativ, den varierar från människa till människa och
- Individuell och personlig, varje människa är sin egen referens på hälsa (Eriksson, 1988, s 41)

Eriksson beskriver människans hälsa utifrån animalisk, mänsklig och kulturell nivå. Den animaliska nivån innefattar fysiska objektiva symtom, den mänskliga nivån beskriver individens upplevelse av hälsa-ohälsa till exempel välbefinnande, vilja och motivation, och den kulturella nivån styrs av samhället och det sociala arvet (Eriksson, 1988). Välbefinnande är ett subjektivt begrepp. Det finns få studier som mäter livskvalitet vid demenssjukdom. På grund av sjukdomssymtomen kan vårdtagaren själv ha svårt att uttrycka det upplevda välbefinnandet. Effekten av omvårdnadsåtgärderna kan oftast bara mätas under den tid de pågår (SBU-rapport, 2006).

Kalis et al (2004) har studerat äldreboenden i Nederländerna med syfte att kartlägga vad som läggs i begreppet ”ett bra liv”. I jämförelsen mellan äldreboenden med icke-demenssjuka och demenssjuka personer fann de vissa skillnader. I boenden för icke-demenssjuka lades mer vikt vid ”autonomi och

frihet” samt vid ”individualitet och livsstil”. I boenden för demenssjuka poängterades vikten av ”värme, trygghet och förtrolighet”, samt ”subjektiv upplevelse och känsla av välbefinnande”.

Validation- Feilmetoden har utvecklats av socialarbetaren Feil (1994). Metoden strävar efter att minska stresskänslor och öka tillfredsställelsen hos desorienterade ”äldre-äldre”. Validera betyder bekräftelse och att validera är enligt Feil att erkänna en persons känslor och säga att de är sanna. Genom att använda empati kan vårdaren fånga upp och bekräfta den demenssjukes känslor och hjälpa honom eller henne att formulera dem i ord och därmed öka personens självkänsla.

### **Watsons omvårdnadsteori**

Jean Watsons omvårdnadsteori är en interaktionsteori som baseras på existensialism och fenomenologi. Den fenomenologiska ansatsen medför att fokus är på hur individen upplever och erfar situationen. Watson använder begreppet ´care´ som är grunden i all omvårdnad. Care består av ´trim´ som är det specifika målet för omvårdnaden i konkreta situationer (till exempel omvårdnadsutrustning och omvårdnadsutsmyckning) och ´core´ som är kärnan och som innefattar relationen mellan patienten och sjuksköterskan. Watson beskriver tio karativa omvårdnadsfaktorer som ger struktur åt omvårdnadens innehåll (Watson, 1979; 1993).

De tio karativa faktorerna är förenade med värden som djup respekt för livets under och mysterier och med människors förmåga till förändring. Omvårdnadsprocessen ska leda till intellektuell andlig tillväxt hos självet och hos andra, en positiv utveckling för andras välbefinnande och ger också sjuksköterskan möjlighet att utvecklas. De tio karativa omvårdnadsfaktorerna är:

1. Humanistiskt-altruistiskt värdesystem  
Innefattar vänlighet, omtanke, kärlek och respekt samt förmåga att se människor som olika och unika individer.
2. Tro och hopp  
Att främja upplevelsen av tro och hopp som grundläggande i den helande processen. Individens personliga tro och värderingar är viktiga bemästringsresurser liksom vårdarens tilltro till sig själv och sin egen kompetens.
3. Känslighet gentemot självet och andra  
Att känna sig själv och att erkänna sina egna och andras känslor och reaktioner.
4. Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit  
Att genom äkthet och ärligt förhållningssätt (kongruens), empati, värme och effektiv kommunikation lära känna patienten.
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor  
Ge patienten möjlighet att uttrycka och medvetandegöra sina känslor i syfte att göra hans eller hennes beteende begripligt för honom eller henne och för vårdaren
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess  
Att använda omvårdnadsprocessen som vetenskaplig problemlösningsmetod men ändå vara intuitiv och spontan
7. Transpersonell undervisning och inläring  
Att främja inläring, växt och utveckling hos patienten utifrån patientens perspektiv. Genom att få kunskap om sin egen situation kan patienten återvinna kontrollen över situationen
8. Stödande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö  
För att främja hälsa och minska lidande, välbefinnandet ökar om miljön är behaglig.
9. Tillgodose mänskliga behov  
Att tillgodose människans fysiska, psykologiska, psykosociala och andliga behov utifrån ett holistiskt synsätt.
10. Existentiella, fenomenologiska och andliga krafter  
Att förstå utifrån patientens unika upplevelse och perspektiv (Watson, 1993).

Omvårdnad, menar Watson, kan bara utövas i en människa till människa relation. Denna process ger en gemensam känsla av mänsklighet, vi lär oss vara mänskliga genom att vi identifierar oss med

andra. För att ge omsorg krävs en livssyn som innebär en moralisk skyldighet att värna om mänsklig värdighet samt bevara det mänskliga. ”Omsorg är en utgångspunkt, en hållning, en attityd som måste bli en viljeakt, en avsikt, ett åtagande och en medveten bedömning som tar sig uttryck i konkreta handlingar” (Watson, 1993, s 45).

För att kunna ge omsorg måste sjuksköterskan vara lyhörd för personen som unik individ och kunna varsebli hans eller hennes känslor. Watson har i en studie med tvärkulturella data sett samband mellan omsorg och personlig respons. Omsorg är medvetna handlingar med vilja och avsikt att ge omsorg. Exempel på omsorgshandlingar är beröring och fysiskt upplevd närhet, till exempel att dela en upplevelse tillsammans. Att ge och ta emot kärlek, att dela sorg och smärta och att låta patienten känna (Watson, 1993).

Watson betonar även värdet av en estetisk miljö som också den kan höja individens självkänsla. Hon anser att en av sjuksköterskans funktioner innefattar att arrangera miljön så att den blir estetiskt tilltalande eftersom hon anser att detta kan bidra till en högre grad av hälsa, patientens behov av avskildhet någon gång under dygnets timmar anses också som viktigt (Watson, 1979).

För att få kunskap om och för att kunna erbjuda omvårdnadspersonal och närstående redskap och förhoppningvis fler gångbara modeller när det gäller omvårdnaden vid demenssjukdom, har jag valt att studera vad litteraturen beskriver när det gäller bemötande och omvårdnad av personer med demenssjukdom. Jag har valt att utgå från Watsons omvårdnadsteori då jag tycker det är viktigt att integrera teori med praktik, denna studie har gett mig möjligheten att analysera vetenskapliga studier utifrån en omvårdnadsteori som jag anser lämplig för omvårdnaden av demenssjuka personer.

## **SYFTE**

Syftet med litteraturstudien var att belysa aktuell forskning om omvårdnad av personer med krävande beteende vid demenssjukdom utifrån Jean Watsons karativa omvårdnadsfaktorer.

## **METOD**

Uppsatsen är en litteraturstudie baserad på vetenskapliga artiklar inom ämnesområdet omvårdnad. Sökningen gjordes i PubMed och Cinahl och begränsades till engelskspråkiga studier publicerade de senaste fem åren. De sökord som användes var nursing, dementia, behavior och interaction. Då dessa sökord kombinerades gavs 126 träffar i PubMed. Sammanfattningen för varje artikel lästes igenom och de sju artiklar som bäst passade studiens syfte, som verkade praktiskt tillämpningsbara och som ansågs passa svenska förhållanden valdes ut. De artiklar som inte var tillgängliga genom universitetets och Sahlgrenska elektroniska tidningsbestånd exkluderades. I Cinahl hittades inga ytterligare artiklar.

Litteratur har även hämtats från referenslistor från de utvalda artiklarna (Graneheim, Norberg & Jansson, 2001; Hansebo & Kihlgren, 2002) och ytterligare en artikel har hämtats genom manuell sökning (Edberg & Hallberg, 2001). Artiklarna är publicerade under åren 2001- 2006 och är både kvalitativa och kvantitativa. Sju av artiklarna är svenska, en är nordamerikansk och två är holländska.

Artiklarna har valts med avsikt att stämma överens med syftet. De beskriver både omvårdnadspersonalens upplevelser och beskrivningar av omvårdnad av demenssjuka personer och hur patienter och vårdare har reagerat på olika interventioner som till exempel omvårdnadshandledning och olika typer av utbildning. Resultaten i artiklarna har först lästs igenom och översatts. Sedan har resultaten lästs igenom igen och grovt kategoriserats utifrån Watsons tio karativa omvårdnadsfaktorer. Efter ytterligare analys och bearbetning har resultaten slutligen



placerats under respektive omvårdnadsfaktor. I resultatet presenteras sjuksköterskor och undersköterskor som ”vårdare” och personen med demenssjukdom för ”patient”.

## RESULTAT

Watsons karativa faktorer utgör rubriker under vilka resultatet presenteras.

### **Humanistisk-altruistiskt värdesystem**

I flera studier betonas vikten av att upptäcka det unika hos varje individ och i varje situation (Graneheim, et al, 2001; Hansebo & Kihlgren, 2002; Skovdahl, et al, 2003). Vårdarna mötte patienten i patientens egen värld och då en djupare relation observerades användes kramar och beröring och mer ögonkontakt mellan vårdare och patient utväxlades. Då patienten visades respekt karaktäriserades omvårdnadssituationen av vänlighet, artighet och inbjudan till att delta i aktiviteten. Vårdarna frågade efter samtycke innan de agerade och uttryckte ödmjukhet och känslighet gentemot patienten (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Att visa respekt för individens integritet ledde till känslor av säkerhet och förtroende i interaktionen. Vårdarna ansåg att det var viktigt att visa respekt, visa uppmärksamhet och att lyssna till personen och de tolkade patientens sätt att agera som ett försök till kommunikation. De tyckte också att det var viktigt att tillåta uttryck av ömsinhet och närhet trots att den demenssjuke kunde visa upp aggressivitet ibland. Uttryck av rädsla från vårdarnas sida kunde annars tolkas som ett avvisande av patienten. Gemenskap karaktäriserades av empati och positiva känslor. Patient och vårdare trivdes med varandra, skrattade och såg humor i olika situationer (Skovdahl, et al, 2003; 2004, Hansebo & Kihlgren, 2002). Positiva omvårdnadssituationer uppstod när vårdarna bemötte patienterna som jämlika individer med kompetens trots nedsatta funktioner på grund av deras demenssjukdom. Ibland användes ”vi” och ”oss” för att förstärka känslan av samarbete mellan vårdare och patient. Vårdarna verkade kunna balansera mellan relationsorienterad och uppgiftsorienterad interaktion. Användandet av makt minskades. Att förhandla var ett sätt att samarbeta, ibland krävdes extra mycket tålamod för att få patienten engagerad i aktiviteten. Då tilläts patienten ta god tid på sig (Hansebo & Kihlgren, 2002).

### **Tro och hopp**

Känsla av tro och hopp kunde främjas genom att vårdarna antog en positiv attityd. Detta gjordes genom att ge positiv feedback, genom att bekräfta patientens handlingar och genom att ge komplimanger och beröm. Vårdarna informerade och instruerade patienterna kontinuerligt under aktiviteterna och gav patienterna uppmuntran (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Vårdare visade tilltro till sig själv och sin egen kompetens då de som bemästrade aggressivitet från patienterna på ett mer tillfredsställande sätt uttryckte att de upplevde sig ha uppnått balans och att de klarade av att hantera krävande beteende. Bristande tilltro till sig själv och till sin kompetens kunde leda till en situation där flera av vårdarna blev rädda för patienterna (Skovdahl, et al, 2003). Misslyckande med att förutse när och varför patienten till exempel skrek medförde att vårdarna upplevde att de miste möjligheten att lindra patientens lidande. Vårdaren upplevde känslor av utmattning och hjälplöshet då patienten tog kommandot, initiativet och kontrollen av situationen. Vårdaren fick känslan av att vad som helst kunde hända, vilken minut som helst och att ingen var säker, vilket gjorde situationen oförutsägbar och framkallade känslor av hopplöshet (Graneheim, Isaksson, Persson & Jansson, 2005). Vid dessa situationer, som upplevdes som omöjliga att lösa, beskrevs känslor som maktlöshet och skuld-känslor (Sandvide, et al, 2004). Vårdarnas tro på patienternas egna resurser var låg i den grupp som visade distans gentemot patienterna (Hansebo & Kihlgren, 2002). Att återfå hoppet innebar att få kontroll och att återta initiativet. Vårdaren fick kontrollen över situationen och kände sig övertygad om att sättet att hantera situationen (även vid användandet av tvång) var det rätta och uppfyllde patientens ”friska” vilja (Graneheim, et al, 2005).

En grupp vårdare som rapporterat många incidenter med aggressivitet uttryckte känslor av obalans då de talade om aggressivitet. Flera av dem uttryckte känslor av maktlöshet eller kände att deras egen integritet var hotad vid dessa krävande situationer. De upplevde brist på kompetens och brist på positiv attityd i arbetsgruppen. Många hade så höga krav på sig själva att de ofta hade dåligt samvete över att de inte gjorde ett tillräckligt bra arbete. De var tvungna att arbeta heltid på grund av ekonomiska skäl. Deras oförmåga att nå fram till patienterna var extremt frustrerande. När denna obalans blev alltför uppenbar kände de maktlöshet, då det de gjorde eller sa inte spelade någon roll. Därför ansåg de att det inte spelade någon roll ifall de tappade tålamodet ibland. De trodde till och med att de kunde ha verbala utbrott utan att skada patienterna (Skovdahl, et al, 2003).

### **Känslighet gentemot självet och andra**

Här presenteras vårdarnas känslighet gentemot självet och för andra. Patientens möjlighet för uttryck av känslor presenteras under rubriken ”att ge uttryck för positiva och negativa känslor”. Att vara nära handlade om att vara värdefull för någon och frambringade känslor av att vara utvald. Att vara accepterad innebar att vara den ende som klarade av den krävande situationen (Graneheim, et al, 2005). Det som kännetecknade en positiv omvårdnadssituation var att vårdaren aktivt och medvetet visade öppenhet för till exempel tillgivenhet. Att vara medveten om empowerment och ömsesidig förståelse, exempelvis ömhet och empati, gav positiv respons från patienten (van Weert, van Dulmen, Spreeuwenberg, Ribbe & Bensing, 2004; Skovdahl, et al, 2004).

Att känna sig avvisad som person ifrågasatte vårdarens kompetens och väckte känslor av värdelöshet (Graneheim, et al, 2005). Vårdarna upplevde att de var tvungna att utföra vissa handlingar mot patientens vilja. De kunde beskriva arbetet som en strid vilket kunde utlösa obehagskänslor. När våldsamheter uppstod dagligen blev det till vardag, och för att klara av situationerna fick vårdarna ”stänga av”. Vid dessa situationer, som upplevdes som omöjliga att lösa, beskrevs känslor av maktlöshet och skuldskänslor (Sandvide, Åström, Norberg & Saveman, 2004). Vårdarna ansåg att otillräcklig medvetenhet om sig själv och andra påverkade omvårdnadssituationen negativt och kunde medföra känslor av utsatthet (Skovdahl, et al, 2004). Känslor av kaos betydde att känna sig utsatt för psykiskt lidande. Patientens skrikande tedde sig oändligt och gnagde sig in i vårdarens medvetande och kvarlämnade ett konstant oljud i vårdarnas öron även efter arbetsdagens slut. Ibland kände sig vårdarna sjuka och trötta och upplevde en ovilja att återvända till arbetet. Vårdarna kände att de behövde distansera sig från patienten emotionellt då inget av det de gjorde för att förhindra det krävande beteendet hjälpte (Graneheim, et al, 2005).

En vårdare uttryckte stor frustration över kollegor som saknade kompetens och hade ett olämpligt bemötande gentemot patienterna, särskilt mot de patienter som visade tecken på aggressivitet. Hon tvekade över att kritisera sina egna kollegor, men hennes behov av att ingripa var starkare, då det var svårt för henne att bevittna incidenter av övergrepp på patienterna (Skovdahl, et al, 2003). Frånvaro av formellt ledarskap kunde leda till informellt ledarskap (Sandvide, et al, 2004). Vårdarna på en avdelning upplevde att de var tvungna att anstränga sig enormt för att göra ett bra arbete och sa att de hade de bästa intentioner att hjälpa patienterna varje dag. De kände sig ignorerade och inte tagna på allvar och upplevde inte att de fick det stöd de ville. De fick ingen uppskattning för vad de gjorde, vilket ledde till känslor av maktlöshet. Däremot upplevde de stöd från sina kollegor och att de kunde diskutera problem med dem. Några kände sig inte accepterade och ansåg inte att gruppen var homogen. Vissa motsättningar fanns i gruppen och det fanns en hierarki utifrån hur lång arbetserfarenhet man hade. Då de inte lyckades och aggressivitet uppstod, kände de också maktlöshet (Skovdahl, et al, 2003).

### **Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit**

En hjälpande omsorgsrelation utvecklades då vårdarnas medvetenhet om patientens fysiska, sociala och emotionella behov ökade. Patientens verbala och icke-verbala beteende uppmärksammades och tolkades. Det förhållningssätt som gynnade omsorgsrelationen var att undvika att korrigera patientens upplevda verklighet, undvika onödig information, undvika att ställa kontrollerande frågor

och genom att aktivt visa ömhet och empati (van Weert, et al, 2004). Att bygga upp en nära och sann relation under en icke-aggressiv situation var viktigt för att vårdarna skulle kunna möta patientens behov av stöd (Skovdal, et al, 2003). Vårdarna lärde känna patienten genom att interaktionen skedde i patientens upplevelsevärld eller i vårdarens upplevelsevärld, i strävan efter att försöka förstå krävande beteende (Graneheim, et al, 2001). Ett lugnt bemötande och uppmuntrande till egen aktivitet och egna initiativ minskade patientens krävande beteende (Edberg & Hallberg, 2001). Mer empati uppvisades och vårdarna kunde förmedla en känsla av säkerhet till patienten. När vårdare och patient var på samma nivå som jämlika individer dominerade en stämning av lugn och stillhet. Vårdarna kunde då mer ofta vända protest till samtycke (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Effektiv kommunikation ägde rum genom att vårdarna gjorde sitt bästa för att tolka patientens tal och andra uttryck för att sedan respondera till dem. De förklarade abstrakta termer och informerade och pratade på ett konkret sätt om vad som skulle hända. Vårdarna presenterade sig och använde patientens förnamn. Efter att medvetet ha arbetat på detta sätt visade vårdarna mer tålamod under hygien och påklädning och det rådde en lugn och avslappnad stämning (Hansebo & Kihlgren, 2002). Exempel på ineffektiv kommunikation var när missförstånd uppstod och det kunde till exempel ske när vårdaren informerade patienten om vad som skulle uträttas. Patientens kognitiva funktionsnedsättning och faktorer som afasi, nedsatt syn och hörsel påverkade negativt. Vårdarna upplevde att patienten inte förstod vad vårdaren menade och därför "kämpade emot". Missförstånd kunde även uppstå då vårdaren inte förstod vad patienten menade. Patienterna upplevdes kommunicera genom ilska och våld, göra motstånd och slåss. Orsakerna kunde vara en protest mot hela situationen, ett sätt att säga att de var rädda eller hade smärta. En patient som plötsligt fick ett aggressivt beteende upptäcktes till exempel ha en höftledsfraktur (Sandvide, et al, 2004). Negativt för omsorgsrelationen och relationen mellan patient och vårdare var när vårdarna tyckte att det var viktigt att klargöra vem som bestämde för att undvika "onödigt bråk" (Skovdahl, et al, 2004).

### **Att ge uttryck för positiva och negativa känslor**

Patientens beteende kunde göras mer begripligt genom tolkning av de känslor patienten uttryckte. Aggression sågs som en naturlig reaktion, liksom gråt och skratt, och det ansågs viktigt att "gå tillbaka" till patienten som haft aggressionsutbrott för att ge tröst och stöd. Vårdarna gjorde sitt bästa för att se situationen utifrån patientens perspektiv och för att säkerställa patientens välmående. Detta gjordes genom att fråga om patientens åsikter och önskemål. Vårdarna hade också en balans mellan intimitet och distans. Vårdarna skyddade patientens integritet genom att tolka patientens uttalade och outtalade behov (Skovdal, et al, 2003). Vårdarna försökte förstå det krävande beteendet genom att sätta sig in i patientens situation och gå in i en värld av ångest, rädsla och förvirring. Det innebar att ta patientens värld, erfarenheter och känslor på allvar (Graneheim, et al, 2005). De vårdare som strävade efter att bevara ett positivt samspel hade fokus på patienten och de försökte tolka dennes känslor. Då patienten visade aggressivitet då man gått emot dennes vilja ansåg vårdarna det befogat (Skovdahl, et al, 2004).

Aggressivt beteende tolkades som att patienten var arg på personalen eller uttryck för rädsla och motvilja. Innan vårdarna fått utbildning i vårdprocessen och regelbunden omvårdnadshandledning reflekterade de inte över varför en patient hela tiden klädde av sig sina kläder. Efter flera månaders intervention tolkades beteendet som att ångest och trötthet gjorde att patienten klädde av sig (Edberg & Hallberg, 2001). En grupp vårdare som upplevde svårigheter att bemästra aggressivitet från patienterna ansåg att det var viktigt att följa rutinerna för att förebygga aggressivitet, de ansåg att avvikelser från rutinerna kunde medföra stress och aggressivitet (Skovdal, et al, 2003).

Patienter med mild till måttlig demenssjukdom uppvisade mindre ångest och mindre missnöje då personalen använde känslofokuserad omvårdnad vars mål var att förbättra känslomässiga och sociala funktioner hos patienten genom validation, reminiscens och sensorisk stimulering. Patienterna visade mindre missnöje över sin livssituation och metoden gav positiv effekt på bevarad självbild. De vårdare som utvecklade och förbättrade sin förmåga att utöva känslofokuserad omvårdnad uppvisade mindre stressreaktioner än kontrollgruppen (Finnema, Dröes, Ettema, Ooms, Adér, Ribbe & Tilburg,

2005). Utbildning i att upprätta omvårdnadsplan samt regelbunden omvårdnadshandledning gjorde att vårdarna började tolka patienternas krävande beteenden. Beteendena tolkades som tecken på rädsla, osäkerhet eller obehag eller en protest mot vårdarna. Verbalt krävande beteende tolkades som sökande efter uppmärksamhet eller tecken på smärta eller rädsla. Krävande beteende i omvårdnadssituationer tolkades som en protest (Edberg & Hallberg, 2001).

### **Kreativ, problemlösande omsorgsprocess**

Vårdare som deltagit i utbildning om vårdprocessen kunde utvärdera de omvårdnadsåtgärder som utfördes. Vårdarnas attityd påverkades liksom deras tolkning av hur frekvent och/eller allvarligt krävande beteende hos den demenssjuke upplevdes. Vårdarna som deltagit i utbildningen började tolka patientens beteenden i mycket högre utsträckning. Att patienten till exempel letade efter något, kände sig rastlös eller ville klara sig själv men saknade förmågan att göra det kunde tolkas som psykologiska symtom på sjukdomen och vara förklaringen till fysiskt krävande beteende (Edberg & Hallberg, 2001). Vårdarna strävade efter att förklara och förstå krävande beteende genom att till exempel hitta en kognitiv och medicinsk förklaring för att undvika kaos. Vårdarna förklarade krävande beteende som förvirring och hjärnskador relaterade till sjukdomen och/eller brist på mediciner som behandlar tillståndet (Graneheim, et al, 2001). Vårdarna som deltagit i utbildning sökte rationella sätt att lösa problemen med krävande beteende. De försökte engagera sig i en interaktion med patienten och de försökte också hitta sätt att relatera till tillsynes meningslösa handlingar. För att möta patienten med krävande beteende i hans/hennes upplevelsevärld krävdes en balans mellan att vara rationell/logisk och känslomässig. Vårdarna försökte sträva efter att vara steget före genom att förebygga oväntade och oförutsägbara incidenter och genom att använda begränsningar; fysiska (till exempel mjukt bälte) eller kemiska (mediciner), som det bästa sättet att lösa en kaotisk situation och för att skydda medpatienter och kollegor från obehag och skada. Man strävande efter att fokusera på nuet genom att försöka förstå orsaken till patientens krävande beteende. Även om situationen var densamma som dagen innan var det inte säkert att samma sätt att hantera den på var lyckosam. Det fanns ingen manual utan bara vårdarens egen förmåga att improvisera (Graneheim, et al, 2005). Vårdarna ansåg att kunskap om varje individ, om demenssjukdom och aggressivitet och relevant teoretisk kunskap var nödvändig, speciellt i etiskt krävande situationer, som till exempel att fatta beslut åt andra mot deras vilja, med avsikt att skydda honom eller henne eller någon annan (Skovdahl, et al, 2003).

Om ett beteende tolkades som smärta försökte vårdarna ändra patientens sitt- eller liggställning. På den avdelning där vårdarna fått utbildning i vårdprocessen minskade antalet patienter som blev avskilda på sina rum och färre patienter var kontaktsökande. Vårdarna utvecklade också sina tolkningar av patienternas beteende. Innan interventionen upplevde vårdarna att det verbalt krävande beteendet ändrades när ”personalen tar in henne på sitt rum” eller ”när patienten sitter ner med personalen” (Edberg & Hallberg, s 281). Efter ytterligare sex månader tolkades att beteendet ändrades då personalen ”försökte ta reda på vad patienten ville ha hjälp med och sedan hjälpte henne” och när ”personalen satt bredvid henne eller hjälpte henne med vad hon uttryckt” (Edberg & Hallberg, s 282). Ibland valde vårdarna mellan att vara ett steg före eller fokusera på nuet (Graneheim, et al, 2001).

De vårdare som inte fått utbildning upplevde ökad aggressivitet hos patienterna gentemot både personal och medpatienter och patienternas förmåga att medverka vid omvårdnad upplevdes som sänkt. Antalet patienter med nedstämdhet ökade också. Vårdarna utvecklade ingen förmåga att tolka krävande beteende. På avdelningen där vårdarna fick utbildning minskade det krävande beteendet med hälften. Vårdarna skattade även en minskning av antalet patienter med verbalt krävande beteende, beteendet uppvisades efter interventionen mer sällan då patienterna var ensamma och även mer sällan på eftermiddagar och kvällar (Edberg & Hallberg, 2001). Även van Weert et al (2004) beskriver i sin studie att utbildning i metodiskt arbete enligt omvårdnadsprocessen, individuell omvårdnadsplan och reflexionsmöten med erfarenhetsutbyte minskade krävande beteende. Hansebo & Kihlgren (2002) fann att negativa omvårdnadssituationer karaktäriserades av fragmenterad och uppgiftsorienterad interaktion, patienterna blev ofta ignorerade och betraktade som objekt.

### **Transpersonell undervisning och inläring**

De vårdare som hade utvecklat sin skicklighet i att främja inläring och utveckling hos patienten försökte involvera patienten i omvårdnadsaktiviteterna genom att tillåta och hjälpa dem att fatta egna beslut. De la märke till patienternas resurser och när patienterna tog egna initiativ utnyttjade vårdarna det. Vårdarna blev inte bara bättre på att se patienternas resurser utan började också lita mer på patientens förmågor. Vårdarna lät patienterna försöka själva i större utsträckning, initierade aktiviteter oftare och repeterade instruktioner eller lät patienterna bestämma hur de skulle utföra uppgifterna. De försökte hjälpa patienterna genom att motivera dem och förklara varför vissa aktiviteter var nödvändiga och vårdarna tog fram de saker som behövdes för uppgiften i högre utsträckning. Ibland var det lättare att utföra uppgiften då man först fått patienten att känna sig bekväm och säker. Patienternas förmågor förbättrades då vårdarna ställde fler frågor, talade mer med patienterna och försökte få dem mer engagerade i att ta egna initiativ till dagliga aktiviteter (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Vårdare som fått handledning och som upprättat individuella omvårdnadsplaner konstaterade att patientens krävande beteende minskade om tillräckligt med information gavs till patienten, om vårdarna bemötte patienten på ett lugnt sätt och genom att uppmuntra patienten till egen aktivitet och egna initiativ (Edberg & Hallberg, 2001). Att stötta patientens gensvar genom att vänta på reaktion, att undvika att korrigera patientens subjektiva verklighet, genom validation, och genom att undvika att ge oanvändbar information eller testa patientens kognitiva funktion uppnåddes positiv inverkan på interaktionen. Detta visade sig genom att vårdarna oftare tog ögonkontakt och log mot patienten under omvårdnadssituationerna, de gav oftare ömsint beröring och talade mer med patienten. Samtalen kunde vara av social natur eller att vårdarna frågade vad patienten ville. Vårdarna gav mer information vid omvårdnaden. Patienternas respons på vårdarnas förändrade förhållningssätt var att de också oftare gav ögonkontakt och log. De visade mindre missnöje och ilska och uttryckte oftare sin vilja med ord (van Weert, et al, 2004).

### **Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö**

I studierna var fokus framförallt på den psykiska, sociala och andliga miljön. Social miljö och interaktion med andra kombinerat med tidigare personlighet, exempelvis utåtriktad eller inåtbunden, kunde påverka graden av agitation. Exempel på agitation kunde vara mållöst vandrande fram och tillbaka, repetitivt beteende och rastlöshet. Patienterna i studien var under större delen av dagen för sig själva på avdelningen, de var även inaktiva större delen av tiden och de tog själva inga initiativ till aktivitet. De patienter som var mer utåtriktade till sin personlighet uppvisade mindre agitation vid låg grad av social kontakt med andra människor (Kolanowski & Litaker, 2006). Krävande beteende uppstod oftast då patienten umgicks med andra och under olika former av aktiviteter som till exempel hjälp med påklädning och hygien och i samband med måltider. De olika krävande beteendena kunde uppstå när som helst under dagtid och kvällstid. Fysiskt krävande beteende ökade vid högljudd miljö. Beteendet kunde ofta uppstå då man "bytte" aktivitet. Ibland minskade däremot beteendet om man ändrade aktivitet och ibland minskade det vid "tillrättavisning". Att avleda genom att erbjuda kaffe eller byta miljö kunde vara exempel på detta. Verbalt krävande beteende förekom mest efter lunchtid och minskade i vissa fall vid aktiviteter. Det kunde påverkas av miljöombyte, till exempel förflyttning till ett lugnare rum (Edberg & Hallberg, 2001). Beteendet kunde vara respons på en rörig miljö (Skovdahl, et al, 2003).

Vårdarna tyckte att arbetet skulle organiseras enligt primary care vilket innebar att en speciell vårdare var ansvarig för en speciell patient. Dock ansågs det belastande att endast en vårdare var ansvarig för en mycket krävande patient under lång tid. Omvårdnadshandledning av en utomstående ansågs som nödvändigt för att vårdarna skulle kunna utföra sitt arbete. De beskrev sitt arbete som stimulerade, utmanande och roligt, trots att aggressivt beteende kunde uppstå. Följande faktorer innebar god kvalitet; kreativt klimat, kontinuerligt utbyte av erfarenheter mellan varandra och att vårdarna hjälpte och stöttade varandra. Att tillbringa mycket tid med extremt krävande patienter var tillåtet i arbetsgruppen och av chefen, ingen ansågs lat eller anklagades för att inte ta ansvar (Skovdahl, et al, 2003).

De vårdare som ofta rapporterat krävande beteende upplevde att rutinarbete som att hålla rent och estetiskt tilltalande var frustrerande på grund av tidsbristen. Tid fanns inte till att knyta an eller ibland inte ens till att besvara patienternas frågor. Vårdarna upplevde att arbetet bestod av många rutiner och de uttryckte brist på stimulans då arbetsuppgifterna bara kunde utföras på ett bestämt sätt. Vårdarna uttryckte besvikelse över bristande stöd från arbetsledningen och andra yrkeskategorier medan de var tvungna att hantera aggressivt beteende (Skovdahl, et al, 2003).

### **Tillgodose mänskliga behov**

I artiklarna som använts i resultatet belystes framförallt patienternas psykologiska och psykosociala behov. Närheten till en annan människa kunde minska krävande beteende i vissa fall, i andra fall minskade det om vårdarna lämnade patienten ensam (Edberg & Hallberg, 2000). Distans mellan vårdare och patient var inte vanligt men uppvisades framförallt då omvårdnaden fokuserades på uppgiften och handlingen istället för att vara känslomässigt fokuserad. I dessa situationer var vårdarnas tro på patienternas egna resurser var låg. Vårdarna tog över och försökte inte tolka patienternas verbala och ickeverbala kommunikation. Omvårdnadssituationerna präglades av tystnad eller av att endast vårdaren talade. Vårdarna använde vid dessa situationer barnsligt språk eller slang. De var inte personligt engagerade och röstläget och känslouttrycken var neutrala eller oengagerade. Även fysisk distans uppvisades. Det noterades i undersökningen att vårdarna splittrade situationen genom att byta samtalsämne eller tala om flera olika saker samtidigt. Information gavs om annat än det som skulle utföras och nya aktiviteter påbörjades innan den första var avslutad. Ibland gavs flera instruktioner samtidigt. Omvårdnadssituationerna hade inslag av stress. Vårdarna kunde starta aktiviteter utan att ge information först och frågor som inte var relevanta ställdes. Ologiska handlingar och dubbla budskap var också exempel på fragmentering (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Patienternas beteende kunde vara ett sätt för patienterna att säga att de var rädda eller att de hade smärta. En patient som plötsligt fick ett aggressivt beteende upptäcktes till exempel ha en höftledsfraktur. Fysiska faktorer som afasi, nedsatt syn och hörsel påverkade kommunikationen mellan vårdare och patient negativt (Sandvide, et al, 2004). Att aktivt ge patienten mer beröring minskade krävande beteende (van Weerts, et al, 2004).

### **Existentiella, fenomenologiska och andliga krafter**

Genom individuell omvårdningsplan och omvårdnadshandledning kunde vårdarna få förståelse utifrån patientens unika upplevelse och perspektiv. Detta ändrade vårdarnas attityd och tolkning av patienternas krävande beteende. Vårdarna började tolka beteendet utifrån patientens livshistoria och kunde till exempel se beteendet som en "repetition" av patientens tidigare yrkesroll. En patient som samlade på saker kunde till exempel tidigare ha arbetat på restaurang eller i hemmet (Edberg & Hallberg, 2001). Vårdarna gjorde sitt bästa för att se situationen utifrån patientens perspektiv och för att säkerställa patientens välmående. Integriteten skyddades genom att vårdarna hjälpte till att avsluta påbörjade aktiviteter som de såg att patienterna inte klarade av att genomföra. Vårdarna presenterade sig, använde patienternas förnamn, informerade och beskrev vad som skulle hända. De gjorde sitt bästa för att tolka patientens tal och andra uttryck och svarade an till dem. De förklarade abstrakta termer och informerade på ett konkret sätt om vad som skulle hända näst (Hansebo & Kihlgren, 2002). Vårdarna hade också en balans mellan intimitet och distans. Vårdarna skyddade patientens integritet genom att tolka patientens uttalade och outtalade behov (Skovdahl, et al, 2004). Vårdarna upplevde ibland osäkerhet över vem som skulle fatta beslut när det till exempel gällde duschsituationer och när patienten skulle gå upp på morgonen. Vårdarna uttryckte att det var särskilt svårt eftersom patienterna bodde på "eget boende". Våldsamma situationer kunde uppstå även när vårdarna hade intentionen att "göra gott". Det var svårt att respektera patientens vilja om patienten sa att han/hon ville vara ifred samtidigt som vårdaren ansåg att det var nödvändigt att hjälpa patienten (Sandvide, et al, 2004).

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

Att göra en litteraturstudie för att belysa aktuell forskning inom omvårdnad av personer med demenssjukdom och krävande beteende gav ett tillfredsställande resultat. Jag fann inga direkta motstridigheter mellan de olika artiklarna. Åtta av artiklarna var kvalitativa och fyra var kvantitativa till sin design. De flesta av artiklarna var således kvalitativa. De kvalitativa artiklarna beskrev ofta upplevelser av olika slag och det anser jag svarade bra på studiens syfte. Att mäta grad och frekvens av krävande beteende före och efter olika interventioner, vilket gjordes i de kvantitativa artiklarna, var också en viktig del i studiens resultat.

Sökorden som kombinerades i litteratursökningen gav ganska många artiklar och för att begränsa antalet artiklar sökte jag resultat som verkade ha någon praktisk tillämpning och som kunde passa de förhållanden som råder i Sverige. Min egen förståelse påverkade givetvis också valet av artiklar då jag under många år arbetat nära personer med demenssjukdom. I valet av artiklar fanns min egen yrkesroll som baseras på konsultativa insatser i åtanke och på hur resultatet skulle kunna användas i praktiken i framtiden.

Att analysera resultaten utifrån Watsons omvårdnadsfaktorer var en utmaning. Det positiva var att få integrera teori med praktik, det kändes meningsfullt att på detta sätt kunna ”ge liv” åt en av de teorier som jag tidigare studerat. Jag tycker att omvårdnadsvetenskapen inte lyfts fram tillräckligt i arbetslivet. Det negativa kan vara att resultatet riskerar att bli för teoretiskt och därmed svårt att ta till sig.

## Resultatdiskussion

Syftet med litteraturstudien var att belysa aktuell forskning om omvårdnad av personer med krävande beteende vid demenssjukdom utifrån Watsons karativa omvårdnadsfaktorer. Jag anser att jag i artiklarna hittat resultat som kan relateras till de tio omvårdnadsfaktorerna och att jag kunnat knyta ihop resultat från artiklarna med omvårdnadsteorin. Resultaten har jag diskuterat utifrån fyra rubriker; ”praktisk tillämpning”, ”autonomi och integritet”, ”patientens perspektiv” och ”vårdarnas perspektiv”.

### Praktisk tillämpning

Att använda vårdprocessen genom att identifiera problem, pröva olika åtgärder och till sist utvärdera resultaten kunde förbättra vårdarnas skicklighet i att hantera krävande beteende. Det framkom att det var viktigt att tolka möjliga orsaker till att ett beteende uppstod. Det var även viktigt att känna till patientens tidigare liv, personlighet och vanor vilket gav en ökad förståelse och därmed högre tolerans gentemot patientens krävande beteende (Edberg & Hallberg, 2001; Graneheim, et al, 2005). Jag tycker att det är viktigt att dessa kunskaper används vid omvårdnaden av personer med demenssjukdom.

Nedan presenteras ett antal praktiska omvårdnadsåtgärder som framkom i de olika studierna och som var positiva i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och krävande beteende:

- Att visa ömsinhet och gemenskap; till exempel genom kramar, beröring och ögonkontakt. Det är viktigt att situationen präglas av vänlighet, artighet och ödmjukhet. Att trivas och skratta tillsammans, att samarbeta och få gott om tid på sig (Hansebo & Kihlgren, 2002; Skovdahl, et al, 2003)
- Att ha en positiv attityd för att öka välbefinnandet genom att bekräfta, ge beröm och komplimanger (Hansebo & Kihlgren, 2002).
- Att ge adekvat information; undvika onödigt information, undvika kontrollerande frågor samt att undvika att korrigeras det som patienten upplever som sant (van Weert, et al, 2004).

- Att förklara abstrakta termer och att förklara vad som kommer att hända. Att ta hänsyn till patientens kommunikationsförmåga såsom syn, hörsel och tal (van Weert, et al, 2004; Sandvide, et al, 2004)
- Att presentera sig och använda patientens förnamn (Hansebo & Kihlgren, 2002)
- Att fråga efter patientens åsikter och önskemål. Att låta patienten försöka själv och vara lyhörd för patientens egna initiativ till olika aktiviteter (Skovdahl, et al, 2003)
- En del patienter är känsliga för för mycket stimuli såsom för mycket social kontakt, högljudd miljö och förändrad aktivitet (Edberg & Hallberg 2001; Kolanowski & Litaker, 2006)
- Avleda med att dricka kaffe, byta miljö eller byta aktivitet (Edberg & Hallberg, 2001)
- Att utesluta smärta (Sandvide, et al, 2004)

Jag anser att det finns stora möjligheterna att implementera dessa konkreta omvårdnadsåtgärder i vården idag. Många vårdare använder redan åtgärderna och det finns ett stort intresse för utbildningar och kunskap om vårdandet av personer med demenssjukdom. Vi i BPSD-teamet kan ha inflytande på vårdarnas sätt att tolka krävande beteende och på hur olika omvårdnadsåtgärder systematiskt kan testas och sedan utvärderas. Hinder som jag upplever kan vara informella ledare med negativt inflytande och ibland avsaknad av ledarskap. Otillräckligt med kunskap om demenssjukdom hos alla inblandade yrkesgrupper och alldeles för låg personalbemanning kan också utgöra hinder.

#### Autonomi och integritet

Det kan vara svårt att veta vad som är den demenssjuke personens vilja och det kan uppstå svårigheter i omvårdnaden av demenssjuka personer då patienten kan uttrycka sin vilja men inte alltid kan se vilka behov han eller hon har. Jersild (2002) beskriver att man trots demenssjukdom har rätt att få sina rättigheter respekterade. Patienten är i omvårdnadssituationen i beroendeställning och är kanske inte alltid medveten om sina personliga gränser (Malmsten 2002). Watson betonar att den som ska ge omsorg medvetet bör värna om den andra människans värdighet (1993). Att visa respekt och att finna det unika hos varje individ var något som belystes i flera av studierna. Det framkom att flera av de vårdare som kunde påverka krävande beteende var medvetna om vikten av att värna patientens integritet. Detta visades bland annat genom att vårdarna kunde beskriva detta i ord och genom att fler positiva känslor registrerades hos både patienter och vårdare. En djupare relation utvecklades då patienten visades respekt (Hansebo & Kihlgren, 2002; Skovdahl, et al, 2003; Graneheim, et al, 2005). Jag träffar ofta omvårdnadspersonal som känner sig osäkra över om de agerar rätt då de tar över och beslutar åt patienten. Det kanske saknas forum för dem att diskutera fram en bra lösning eller så har man på arbetsplatsen uttalade eller outtalade regler eller avsaknad av regler om hur man bör handla. Andra äldreboenden ser det som självklart att patientens välbefinnande säkerställs genom att man som vårdare bestämmer. Det kan till exempel vara att patienten ska vara ren, att patienten inte ska vara naken i allmänna utrymmen eller att patienten inte kan hantera egen tändare då det kan innebära risk för eldsvåda. Edberg och Hallberg (2001) kom fram till att omvårdnadshandledning kunde vara ett forum för reflektion och att den kunde hjälpa vårdarna att sätta ord på de situationer de varit med om.

#### Patientens perspektiv

Att vara lyhörd för patientens känslor var en viktig aspekt som belystes i flera av artiklarna. Vårdarna försökte förstå det krävande beteendet genom att sätta sig in i patientens situation och förstå patientens känslor. Att fokusera på patientens känslor genom validation, reminiscens och sensorisk stimulering gav minskad grad av ångest (Graneheim, et al, 2005, Finnema, et al, 2005). Detta bekräftas även i Feils (1994) metod där bemötandet går ut på att erkänna en persons känslor och säga att de är sanna, därmed ökar enligt Feil personens självkänsla. För att kunna ge omsorg måste vårdaren vara lyhörd för personen som unik individ och kunna varsebli patientens känslor (Watson, 1993).



I studierna framkom mycket lite om patienternas fysiska miljö. Watson (1979) menar att miljön ska vara estetisk tilltalande, men det enda som nämndes om detta var en enhet som hade ordning, reda och rutiner som huvuduppgift och de hade svårigheter att bemöta aggressivt beteende (Skovdahl, et al, 2003). I en annan studie konstaterades att för mycket social stimuli kunde påverka grad av agitation negativt (Kolanowski & Litaker, 2003). Jag tolkar det som att vårdarna i första hand tänker på den psykosociala miljön i intervjuer och skattningar. Störande ljud och till exempel anpassad fysisk miljö och hjälpmedel omnämns inte särskilt mycket i resultaten.

Patientens fysiska behov som sömn och föda togs inte upp i de olika artiklarna. Jag får förutsätta att det är något som räknas till den basala omvårdnaden. De patienter jag själv träffar kan ha sömnstörningar som påverkar beteendet och viktnedgång till följd av nedsatt aptit eller till följd av en rastlöshet som gör att patienten inte har ro att sitta stilla vid måltidssituationerna. Många av patienterna kan inte uttrycka att de är trötta eller hungriga. Desto mer framkom om behovet av närhet (Edberg & Hallberg, 2000) och många exempel på hur vårdarna uppträdde när de uppvisade distans gentemot patienterna (Hansebo & Kihlgren, 2002).

Närhet är nog så viktigt, men det är intressant att omvårdnadsforskningen inte tar upp de kroppsliga behoven mer. Helhetssynen på människan innefattar ju även detta. Att inte ta hänsyn till fysiska behov kan leda till felaktig behandling, det krävande beteendet kan vara symptom på hjärtsvikt, pendlande blodsockervärden eller urinvägsinfektion. Både fel omvårdnadsåtgärder och läkemedelsbehandling kan sättas in. I Watsons omvårdnadsteori tas psykiska, fysiska, sociala och andliga aspekter in (Watson, 1993).

#### Vårdarnas perspektiv

Jag fann inget i artiklarna som beskriver patienternas tro och hopp. Det visade sig att tilltro till sig själv och sin egen kompetens var viktigt för vårdarna. De vårdare som kunde känna tro och hopp lyckades oftare att bemöta krävande beteende på ett för dem tillfredsställande sätt. De vårdare som upplevde det som svårare att bemöta krävande beteende uttryckte känslor av hopplöshet. De hade mycket höga krav på sig själva och upplevde att de saknade kompetens. En positiv attityd i personalgruppen hade betydelse för vårdarnas tro och hopp (Hansebo & Kihlgren, 2002; Skovdahl, et al, 2003; Graneheim, et al, 2005). Krävande beteende kunde orsaka hög stress hos dem som vårdar och kunde vara mycket svåra att hantera (Eriksson, et al, 2001; SBU-rapport, 2006). I Graneheims studie (2005) beskrivs vårdarnas upplevelse av att återfå hoppet genom att få kontroll och återta initiativet.

Vårdarnas känslighet gentemot självet och andra beskrevs i form av öppenhet för positiva och negativa känslor. Känslor av hopplöshet och värdelöshet beskrevs vid svåra situationer (Sandvide, et al, 2004; Skovdahl, et al, 2004; Graneheim, et al, 2005) och positiva känslor som att känna sig accepterad, ömsesidig förståelse och empati beskrevs i positiva omvårdnadssituationer (van Weert, et al, 2004; Graneheim, et al, 2005). De vårdare som upplevde situationen som otillfredsställande uttryckte att de saknade det stöd de behövde och att de inte fick någon uppskattning på arbetsplatsen (Skovdahl, et al, 2003). Det är svårt att avgöra om informellt ledarskap och/eller brist på ledarskap utlöser dessa känslor eller om det kan vara så att vissa vårdare inte har förmågan att utveckla den känslighet som behövs?

En god omvårdnadsrelation förutsätter bland annat kunskap om den demenssjukes bakgrund och att vårdaren har självkänedom och vissa personliga egenskaper som förutsätter ett gott möte (Armanius Björlin, et al, 2004; SBU-rapport, 2006). Genom olika interventioner som att göra en beskrivning av patientens tidigare liv, upprättandet av omvårdnadsplan, att aktivt bekräfta patientens känslor och genom att personalen fick omvårdnadshandledning kunde relationen stärkas (Edberg & Hallberg 2001; van Weert, et al, 2004; Finnema, et al, 2005). Kommunikationen mellan patienten och vårdaren betonades i flera artiklar, vårdarna ansträngde sig för att uppmärksamma och tolka patientens tal och andra uttryck (Hansebo & Kihlgren, 2002; van Weert, et al, 2004). Fysiska faktorer som kan påverka kommunikationen beskrevs inte i studierna som till exempel nedsatt

hörsel, nedsatt syn och störande ljud från radio och tv-apparater utan fokus var på den mellanmänniska interaktionen och tolkningen.

Genom att systematiskt använda sig av vårdprocessen som metod kunde vårdarna i flera studier uppleva mindre grad av krävande beteende (Edberg & Hallberg, 2001; van Weert, et al, 2004). I mitt arbete är det sällan jag påträffar att omvårdnadsarbetet bedrivs på ett systematiskt sätt enligt omvårdnadsprocessen. Ofta är sjuksköterskan på äldreboendet konsult när det gäller medicinska frågor och det finns ingen som leder omvårdnadsarbetet. Ledarskapet och arbetssättet inom de olika kommunala verksamheterna skulle vara intressanta att få mer kunskap om, kanske genom en studie. Dokumentationen på äldreboendena regleras av andra lagar än inom sjukvården och jag upplever att det förekommer olika sätt att tolka vad som får dokumenteras om den boende (patienten) då äldreboendet betraktas som ett eget boende. Det verkar inte som om vårdarna har möjlighet att alltid sitta ner och reflektera över omvårdnadssituationerna. Ofta så upplever jag ändå att många boenden besitter en hög kompetens och att vårdarna ändå kunnat komma fram till bra förhållningssätt gentemot patienten genom att de lärt känna patienten och genom att pröva olika omvårdnadsåtgärder.

Jag tycker att studien har visat hur viktigt det är att tänka på patientens välbefinnande och respekten för individen och livet. Jean Watsons omvårdnadsfaktorer anser jag kan vara ett hjälpmedel för att uppnå detta. Mer utbildning och möjligheter till att genom vårdprocessen och omvårdnadshandledning kunna reflektera över bemötande och över de svåra situationer som kan uppstå vid omvårdnaden av personer med krävande beteende skulle vara önskvärt. Jag skulle önska att jag i framtiden kunde bidra till att ta fram en modell utifrån den forskning som bedrivs, som är lätt att använda och som kan appliceras inom olika vårdformer och därmed kan stötta de vårdare som dagligen möter personer med demenssjukdom. Jag har goda chanser att kunna sprida de kunskaper jag fått genom studien då jag i mitt arbete besöker många äldreboenden som önskar hjälp med att hantera krävande beteende.

## REFERENSER

Armanius G. B., Basun, H., Beck-Friis, B., Ekman, S.L., Englund, E., & Eriksdotter M. J. (2004). *Om demens*. 2 uppl. Stockholm: Liber AB.

Collste, G. (1996). *Inledning till etiken*. Lund: Studentlitteratur.

Edberg, A-K., & Hallberg, I. R. (2001). Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *International Journal of Nursing Studies*. Jun; 38(3), 271-285.

Eliasson, R. (1987). *Forskningsetik och perspektivval*. Lund: Studentlitteratur.

Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. 4 uppl. Stockholm: Norstedt.

Eriksson, S., Minthon, L., Moksnes, K.M., Saarela, T., Andman, P. O., Snaeldal, J., & Karlsson, I. (2001) *BPSD i ett nordiskt perspektiv. Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjuksom. State-of-the-art dokument*. Sollentuna: Jansen Cilag AB.

Feil, N. (1994). *Validation- Feilmetoden: hur man hjälper desorienterade äldre-äldre*. Lund: Studentlitteratur.

Finnema, E., Dröes, R-M., Ettema, T., Ooms, M., Adèr, H., Ribbe, M., & van Tilburg, W. (2005) The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(4), 330-343.

Graneheim, U.H., Norberg, A., & Jansson, L. (2001) Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study fokusing on a woman with dementia and 'behavioral disturbances', and on her care providers. *Journal of Advanced Nursing*. 36(2), 256-265.

Graneheim, U., Isakaksson, U., Persson Ljung, I.-M., & Jansson, L. (2005) Balancing between contradiction: the mening of interaction with people suffering from dementia and 'behavioral disturbances'. *International Journal of Aging and human developement*. 60(2), 145-157.

Hansebo, G., & Kihlgren, M. (2002) Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *Journal of Clinical Nursing*. 11(2), 225-236.

Henriksen, J.-O., & Vetlesen, A. J.(2001) *Etik i arbete med människor*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur.

Jersild, P.C. *Medicinsk etik i fickformat*. (2006) WWW:  
[http://ki.se/content/1/c4/63/40/medicinsk\\_etik.pdf](http://ki.se/content/1/c4/63/40/medicinsk_etik.pdf) Hämtad 2006-02.13

Kalis, A., van Delen, J. J.M., & Schermer, M. H.N. (2004) "The good life" for demented persons living in nursing homes. *International Journal of psychogeriatric*. 16(4), 429-439.

Kolanowski, A., & Litaker M. (2006) Social interaction, premorbid personality, and agitation in nursing home residents with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 20(1), 12-20.

Malmsten, K. (2001) *Etik i basal omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Martinsen, K. (1993) *Fra Marx til Logstrup*. Oslo: Tano.

Nationalencyklopedin. (2006) WWW: [www.ne.se](http://www.ne.se) Hämtad 2006-03.08

SBU-rapport. (2006) *Demenssjukdomar*. Hämtad 2006-05.10 från WWW:  
[http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/Demens\\_sammanfattning.pdf](http://www.sbu.se/Filer/Content0/publikationer/1/Demens_sammanfattning.pdf)

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen* Stockholm: Svensk författningssamling: Thomson Fakta AB.

Sandvide, Å., Åström, S., Norberg, A., & Saveman, B.-I. (2004) Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 18(4), 351-357.

Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A., & Kihlgren, M. (2004) Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing*. 13(4), 515-25.

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

Tranöy, K. E. (1993) *Medicinsk etik i vår tid*. Lund: Studentlitteratur.

Van Weert, J. C.M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M.M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M. (2005) Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient education and counselling*. 58(3), 312-326.

Watson, J. (1979). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boston, Mass. Little, Brown.

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnads och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

## ARTIKELPRESENTATION Bilaga 1

<b>Referens nr</b>	1
<b>Författare</b>	Edberg, A-K., & Hallberg, I. R.
<b>Titel</b>	Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparisation with controls.
<b>Tidskrift</b>	International Journal of Nursing Studies. 2001(38), 271-85.
<b>Syfte</b>	Att undersöka förekomsten av sjuksköterskors upplevelse av krävande beteende hos patienter med svår demenssjukdom under ett års intervention.
<b>Metod</b>	Implementering av individuell vårdplan och handledning på en experimentavdelning och en kontrollavdelning. Varje avdelning hade 11 patienter. Vid baseline och efter sex och tolv månaders intervention utfördes strukturerade intervjuer med vårdarna utifrån skalorna Demanding Behavior Assessment Scale (DBAS) och Multi Dimensional Dementia Assessment Scale (MDDAS).
<b>Resultat</b>	På interventionsavdelningen uppmättes minskad frekvens och mindre förekomst av fysiskt och verbalt krävande beteende. Ingen signifikant skillnad på kontrollavdelningen.
<b>Land</b>	Sverige
<b>Referens nr</b>	2
<b>Författare</b>	Finnema, E., Dröes, R.-M., Ettema, T., Ooms, M., Adèr, H., Ribbe, M., & van Tilburg, W.
<b>Titel</b>	The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial.
<b>Tidskrift</b>	International Journal of Geriatric Psychiatry. 2005(20), 330-43
<b>Syfte</b>	Att undersöka effekten av integrerad känslofokuserad omvårdnad av patienter med demenssjukdom.
<b>Metod</b>	Kvantitativ. Multi-site, randomiserad klinisk studie med matchade grupper, mätningar vid baseline och efter sju månader.
<b>Resultat</b>	Positiv effekt vid känslofokuserad omvårdnad av patienter med mild till måttlig demenssjukdom. De vårdare som utvecklade sin skicklighet i att utöva känslofokuserad omvårdnad uppvisade färre stressreaktioner.
<b>Land</b>	Nederländerna
<b>Referens nr</b>	3
<b>Författare</b>	Graneheim, U.H., Norberg, A., & Jansson, L.
<b>Titel</b>	Interaction relating to privacy, identity, autonomy and security. An observational study fokusing on a woman with dementia and 'behavioral disturbances', and on her care providers.
<b>Tidskrift</b>	Journal of Advanced Nursing. 2001, 36(2), 256-265.
<b>Syfte</b>	Att belysa hur en kvinna med svår demenssjukdom och så kallade beteendestörningar agerar i relation till sina vårdare och hur vårdarna agerar i relation till henne.
<b>Metod</b>	Kvalitativ. Fjorton deltagande observationer. Reflektiv dialog med fokus på kvinnan och hennes vårdare efter varje observation. Tematisk analys av de bandinspelade observationerna och de reflektiva dialogerna.
<b>Resultat</b>	Interaktionen mellan patienten och vårdarna relateras till privatliv, identitet, autonomi och säkerhet. Dessa faktorer binds samman samtidigt som de är i konflikt med varandra. Interaktion är en komplex dialektisk process där de inblandade möts av problem som kan lösas och av dilemman som inte kan lösas.
<b>Land</b>	Sverige
<b>Referens nr</b>	4
<b>Författare</b>	Graneheim, U., Isakaksson, U., Persson Ljung, I-M., & Jansson, L.
<b>Titel</b>	Balancing between contradiction: the mening of interaction with people suffering from dementia and 'behavioral disturbances'.
<b>Tidskrift</b>	International Journal of Aging and Human Developement. (2005) 60(2), 145-157.
<b>Syfte</b>	Att belysa innebörden av interaktionen med personer med demenssjukdom och beteendestörningar utifrån vårdarnas perspektiv.
<b>Metod</b>	Kvalitativ. Fenomenologisk hermeneutisk metod. Öppna intervjuer. Bandinspelning.
<b>Resultat</b>	Interaktionen med personer med demenssjukdom och krävande beteende innebär en balansgång mellan ytterligheter, till exempel mellan att känna sig accepterad och känna sig avvisad.
<b>Land</b>	Sverige

<b>Referens nr</b>	<b>5</b>
<b>Författare</b>	Hansebo, G., & Kihlgren, M.
<b>Titel</b>	Carers' interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness.
<b>Tidskrift</b>	Journal of Clinical Nursing. 2002(11), 225-236.
<b>Syfte</b>	Att belysa vårdarnas interaktion med personer med svår demenssjukdom i samband med handledning inriktad på individuell omvårdnad.
<b>Metod</b>	Kvalitativ. Fenomenologisk hermeneutisk metod. Videospelningar före, under och efter interventionen.
<b>Resultat</b>	Vårdarna försöker finna en balans i interaktionen, verbalt och ickeverbalt, för att uppnå en känsla av ömsesidig gemenskap med patienten.
<b>Land</b>	Sverige
<b>Referens nr</b>	<b>6</b>
<b>Författare</b>	Kolanowski, A., & Litaker M.
<b>Titel</b>	Social interaction, premorbid personality, and agitation in nursing home residents with dementia.
<b>Tidskrift</b>	Archives of Psychiatric Nursing. 20(1), 12-20. (2006)
<b>Syfte</b>	Att undersöka sambandet mellan social interaktion, tidigare personlighet och agitation.
<b>Metod</b>	Kvantitativ. Cross-sectional design.
<b>Resultat</b>	De flesta av patienterna uppvisade agitation. Agitation var vanligare vid social interaktion oavsett tidigare personlighet.
<b>Land</b>	USA
<b>Referens nr</b>	<b>7</b>
<b>Författare</b>	Sandvide, Å., Åström, S., Norberg, A., & Saveman, B.-I.
<b>Titel</b>	Violence in institutional care for elderly people from the perspective of involved care providers.
<b>Tidskrift</b>	Scandinavian Journal of Caring Science. 2004(18), 351-357.
<b>Syfte</b>	Att beskriva våldsamma händelser utifrån vårdarnas berättelser av självupplevda situationer
<b>Metod</b>	Kvalitativ deskriptiv studie.
<b>Resultat</b>	Våld kunde uppstå då det förkom missförstånd mellan de inblandade och då vårdarna invaderade patientens personliga revir. När våld förekom frekvent accepterades våldet på arbetsplatsen som något oundvikligt och olösbart..
<b>Land</b>	Sverige
<b>Referens nr</b>	<b>8</b>
<b>Författare</b>	Skovdahl, K., Larsson Kihlgren, A., & Kihlgren, M.
<b>Titel</b>	Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions.
<b>Tidskrift</b>	Journal of Clinical Nursing. 2004(13), 515-25.
<b>Syfte</b>	Att få insikt i de vårdares tankegångar där vårdarna rapporterat problem med att hantera personer med demenssjukdom och aggressivitet.
<b>Metod</b>	Halvstrukturerade intervjuer. Kvalitativ tematisk analys.
<b>Resultat</b>	De vårdare som rapporterat svårigheter med att bemöta aggressivt beteende var mer fokuserade på att utföra rutinmässiga arbetsuppgifter. Den grupp vårdare som upplevde att de kunde bemöta aggressivt beteende kunde reflektera över situationen och de kunde bevara en positiv interaktion med den demenssjuke.
<b>Land</b>	Sverige
<b>Referens nr</b>	<b>9</b>
<b>Författare</b>	Skovdahl, K., Kihlgren, A. L., & Kihlgren, M.
<b>Titel</b>	Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia- narratives from two caregiver groups.
<b>Tidskrift</b>	Aging & Mental Health. 2003, 7(4), 277-286
<b>Syfte</b>	Att studera vårdares reflektioner över och attityder till BPSD och hur de hanterade dessa symtom.
<b>Metod</b>	Kvalitativ studie med fenomenologisk hermeneutisk ansats. Analys av intervjuer.
<b>Resultat</b>	Viktigt att uppnå balans mellan krav och kompetens, vårdarna ansåg det som nödvändigt att inte bara patienterna utan också de själva fick stöd i form av till exempel bekräftelse, feedback och handledning.

<b>Referens nr</b>	<b>10</b>
<b>Författare</b>	Van Weert, J. C.M., van Dulmen, A. M., Spreeuwenberg, P. M.M., Ribbe, M. W., & Bensing, J. M.
<b>Titel</b>	Effects of snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care.
<b>Tidskrift</b>	Patient education and counselling. 2005(58), 312-326.
<b>Syfte</b>	Att undersöka effektiviteten av metoden snoezelen vid kommunikationen mellan vårdare och patienter på äldreboende under morgonomvården.
<b>Metod</b>	Kvantitativ metod. Quasi-experimentell pre- och posttest design.
<b>Resultat</b>	Vårdarna uppvisade en signifikant ökning av ögonkontakt, beröring och leenden gentemot patienterna. Patienterna uppvisade mindre missnöje och ilska.
<b>Land</b>	Nederländerna