

**DU MÅSTE TÅLA LITE STRYK OM DU VILL ARBETA I VÅRDEN**

**Om att möta aggression från personer med demensdiagnos i  
omvårdnadssituationer**

**YOU HAVE TO WHITSTAND SOME BEATING IF YOU WANT TO  
WORK IN HEALTHCARE**

**Regarding meeting aggression from people with a dementia diagnosis in  
nursing situations**

Examinationsdatum: 2012-02-29  
Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng  
Kurs 36  
Examensarbete, 15 högskolepoäng

Författare: Natalie Ekström  
Emma Sundelin

Handledare: Britten Jansson  
Examinator: Margareta Westerbotn

## **SAMMANFATTNING**

### **Bakgrund**

Under de kommande tio åren kommer antalet äldre i samhället att öka vilket ger ett tilltaget problem med demenssjukdomar. Omvårdnaden av demenssjuka personer är personcentrerad och beroende dels på vem personer är samt vilken typ av demenssjukdom som personen har. Närstående uppmanas skriva en levnadsberättelse, vilket kan underlätta omvårdnaden då den ger vårdpersonalen en inblick i vem den demenssjuke är. De demenssjuka har en begränsad förmåga att ta in och förstå intryck så boendemiljön bör anpassas efter deras behov. Olika färger och former kan hjälpa dem orientera sig i sin närmiljö. Bemötande av demenssjuka personer är individuellt då de inte är en homogen grupp utan endast har sin diagnos gemensamt. De har en minskad kommunikationsförmåga, både i att uttrycka sig och sina önskemål samt att förstå vad omgivningen menar. Aggression uppstår till största del på grund av depression, psykoser, smärta, låg känsla av tillit till vårdpersonalen samt avsaknad av social stimulering. Åtgärder för att minska aggression är att finna grundorsaken och behandla den. Sjuksköterskan bör kunna bemöta den demenssjuke respektfullt, lyhört och på ett empatiskt sätt samt uppmärksamma behovet av hjälp.

### **Syfte**

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta aggression från personer med en demenssjukdom i omvårdnadssituationer

### **Metod**

Studien var utformad som en kvalitativ deskriptiv intervjustudie där sjuksköterskor på demensboende inom Stockholm län intervjuades. Sjuksköterskorna skulle ha arbetat minst två år inom demenssjukvården samt ha möt aggression i omvårdnadssituationer. En intervjuguide utformades och frågorna testades med en pilotintervju. Intervjun var halvstrukturerad där ett fåtal frågor var förbestämda och följdfrågor ställdes under intervjuens gång. Intervjun spelades in med en ljudbandspelare och den transkriberades samt analyserades. Fem kategorier blev funna: Tänkbara orsaker till aggression, Sjuksköterskans agerande, Åtgärder för att minska aggression, Betydelsen av formell kompetens samt Betydelsen av reell kompetens. Kategorierna förtydligades med ett antal underkategorier samt citat.

### **Resultat**

Sjuksköterskorna ansåg att det var av vikt att avleda aggressionen samt att kommunicera på ett sätt som den demenssjuke kunde förstå. Uppvisandet av aggression kunde minska om omvårdnaden blev individanpassad, sjuksköterskorna upplevde även att deras bemötande kunde påverka uppvisandet av aggression. De påtalade en stolthet över att arbeta med personer med demenssjukdom.

### **Slutsats**

Sjuksköterskorna försökte finna grundorsaken till aggressionen samt att de i situationen försökte behålla lugnet. Det rådte delade meningar om farmakologisk behandling av aggression. Det framkom även delade meningar om det var yrkeserfarenhet eller utbildning som hade den avgörande betydelsen i bemötande av aggression från demenssjuka personer.

**Nyckelord:** Sjuksköterska, Bemötande, Aggression, Demenssjukdom, Omvårdnad.

## **INNEHÅLLSFÖRTECKNING**

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>BAKGRUND</b>                     | <b>1</b>  |
| Demenssjukdom                       | 1         |
| Omvårdnad vid demenssjukdom         | 3         |
| Boendemiljöns betydelse             | 3         |
| Bemötande av den demenssjuke        | 4         |
| Kommunikation med den demenssjuke   | 5         |
| Aggression vid demenssjukdom        | 6         |
| Metoder för att motverka aggression | 6         |
| Sjuksköterskans ansvar              | 7         |
| Problemformulering                  | 8         |
| <b>SYFTE</b>                        | <b>8</b>  |
| <b>METOD</b>                        | <b>8</b>  |
| Metodval                            | 8         |
| Urvalskriterier och urvalsgrupp     | 8         |
| Datainsamling                       | 9         |
| Databearbetning                     | 9         |
| Trovärdighet                        | 10        |
| Forskningsetiska överväganden       | 11        |
| <b>RESULTAT</b>                     | <b>11</b> |
| Tänkbara orsaker till aggression    | 12        |
| Sjuksköterskans agerande            | 13        |
| Åtgärder för att minska aggression  | 14        |
| Betydelsen av formell kompetens     | 16        |
| Betydelsen av reell kompetens       | 17        |
| <b>DISKUSSION</b>                   | <b>18</b> |
| Metoddiskussion                     | 18        |
| Resultatdiskussion                  | 20        |
| Slutsats                            | 22        |
| Klinisk tillämpbarhet               | 23        |
| <b>REFERENSER</b>                   |           |
| <b>BILAGA I-III</b>                 |           |

## **BAKGRUND**

Med en ökande andel äldre i befolkningen är också demenssjukdom ett växande problem. Socialstyrelsen (2010) uppger att det i Sverige finns cirka 150 000 personer med en demensdiagnos, varav åtta procent av alla som är över 65 år och nästan 50 procent av alla som är 90 år eller äldre har en diagnos. Varje år insjuknar ungefär 24 000 personer i demenssjukdom i Sverige, och ungefär lika många dör per år. En studie av Mathillas, Lövheim och Gustavson (2011) finner att antalet personer som får en demensdiagnos ökat mellan år 2000 till 2002 samt mellan år 2005 till 2007 till följd av en ökad levnadslängd de senaste 20 åren. Socialstyrelsen (2010) lyfter fram att antalet personer med demenssjukdom kommer att öka i Sverige efter år 2020 då den stora generationen som föddes på 1940-talet når en hög ålder.

### **Demenssjukdom**

Det finns omkring 70 olika sjukdomar som kan generera en demenssjukdom, sjukdomen kommer av en hjärnskada och den kan drabba samtliga områden i hjärnan (Skog, 2009). Världshälsoorganisationen, på engelska World Health Organization [WHO] (2007), beskriver i den tionde revision av International statistical Classification of Diseases and related health problems [ICD-10] demenssjukdom som ett tillstånd som uppkommer efter en hjärnskada, där det vanligaste symtomet är minnesstörningar.

För att benämnas som demenssjukdom så skall det, förutom en hjärnskada och försämrat minne, finnas en nedsättning i andra kognitiva förmågor såsom orientering, förståelse, språk, beräkning, uppmärksamhet och inlärningsförmåga. Dessa symtom måste åtföljas av antingen en sänkt emotionell kontroll eller en försämring av det sociala beteendet. Symtomen skall ha debuterat i vuxen ålder, förekommit i minst sex månader samt inte uppkommit i samband med konfusion för att en diagnos ska kunna ställas (WHO, 2007). Om en person utan en hjärnskada uppvisar minnesnedsättningar kan det vara en del av det normala åldrandet. Även andra sjukdomar såsom depression och infektion kan ge en demensliknande symtombild (Skog, 2009).

Socialstyrelsen (2010) påvisar att hälso- och sjukvården kan misstolka tecken på demens varpå personer inte blir utredda för en diagnos. En del av de utredningar som utförs är inte tillräckligt väl genomförda för att kunna sätta en korrekt diagnos. Om en adekvat demensutredning genomförs kan en riktig diagnos konstateras i ett tidigare skede.

#### Kategorisering av demenssjukdomar

Demenssjukdomarna delas in i tre olika grupper beroende på orsaken till sjukdomsdebuten: primärdegenerativa, vaskulära och sekundära demenssjukdomar. Det finns även personer som har en blandning av flera olika former, så kallad blanddemens. Det är då vanligast med en blandning av de primärdegenerativa och vaskulära demensformerna (Larsson & Rundgren, 2003).

#### Primärdegenerativa demenssjukdomar

Den största gruppen av demenssjukdomar är de primärdegenerativa och hit hör bland annat frontallobsdemens och Alzheimers sjukdom, på engelska Alzheimers disease [AD]. Etiologin för dessa sjukdomar är okänd (Larsson & Rundgren, 2003).

Frontallobsdemens uppkommer då nervcellerna i frontalloben skadas till exempel vid en skullskada eller tumör. Sjukdomen kan även uppkomma då nervcellerna börjat degenerera utan någon specifik orsak. En personlighetsförändring uppkommer tidigt vid frontallobsdemens och vanföreställningar, aggression och språkförändringar är vanligt. Minnesstörning kommer senare i förloppet jämfört med AD (Skog, 2009).

AD har ett långdraget förlopp och det kan dröja flera år innan symtomen på sjukdomen blir så pass markanta att den demenssjuke söker hjälp (Larsson & Rundgren, 2003). Vid AD bildar äggviteämnet beta-amylas klumpar som skadar nervcellerna till dess att de nervcellerna skruppnar och de nervceller som förtvinar först är de som innehåller acetylkolin, vilket är orsaken till minnesstörningen vid AD. Cirka 70 procent av alla demenssjuka är diagnostiserade med AD (Skog, 2009). En studie av Fleisher et al. (in press) visade att mellan 10 till 30 procent av obducerade personer med en AD diagnos inte hade de hjärnskador som tyder på AD.

#### Vaskulära demenssjukdomar

Åderförfettning i hjärnans blodkärl kan generera skador som utvecklas till demenssjukdom. Det är framförallt hjärnbarken som påverkas vid vaskulär demens och symtomen debuterar akut med bland annat domningar eller svagheter i ansiktet, armarna och benen. Stegvis uppträder även mer uttalade demenssymtom så som svårigheter att förstå tal och skrift. Även symtom som omdömeslöshet, bristande sjukdomsinsikt och depression kan förekomma (Skog, 2009).

Den vanligaste vaskulära demenssjukdomen är multiinfarktsdemens, på engelska Multi Infarct Dementia [MID]. MID debuterar i samband med en stroke eller en transitorisk ischemisk attack [TIA] där hjärnan drabbats av iche mi (Skog, 2009). En studie av Dhoat, Ali, Bulpitt och Rajkumar (2007) påvisar att vaskulär demens även kan orsakas av hypertoni då ett förhöjt blodtryck påverkar blodkärlen i hjärnan som blir stelare. Med ökad ålder förlorar kärnen ytterligare elasticitet vilket kan göra kärnen för ogenomsläppliga och hjärnan drabbas av iche mi. Om iche mi uppkommer i sårbara områden av hjärnan kan det resultera i en hjärnskada och vaskulär demens som följd.

#### Sekundära demenssjukdomar

Alkoholism är ett exempel på ett tillstånd som kan ge upphov till sekundär demenssjukdom. Alkoholism påskyndar hjärnans åldrande vilket medför en tidigare sjukdomsdebut. Symtom på sekundära demenssjukdomar är en bristande uppmärksamhet, försämrat minne samt emotionell labilitet. Även kontrollförlust och omdömeslöshet uppkommer (Larsson & Rundgren, 2003). Neafsey och Collins (2011) påvisar i en studie att lätt till måttlig alkoholkonsumtion inte ökar risken för demenssjukdom, tvärtom kan konsumtion av framförallt vin i lätta till måttliga mängder minska risken. Däremot är hög alkoholkonsumtion förknippad med en ökad risk att utveckla en demenssjukdom.

#### Sjukdomsförlopp

Enligt Skog (2009) varierar sjukdomsförloppet beroende på vilken typ av demenssjukdom personen har drabbats av. Gemensamt för sjukdomarna är att symtomen blir mer påtagliga och handikappande med tiden. Sjukdomsperioden varierar från några månader till 20 år och den beskrivs i tre faser utifrån hur individen klarar sig i vardagen: mild, medelsvår och svår demens.

Socialstyrelsen (2010) och Skog (2009) uppger att mild demenssjukdom innebär ett tidigt skede av sjukdomen. Den demenssjuke klarar sig oftast i vardagen men har minnessvikt, svårigheter att lära sig nya saker samt att lösa problem. Medelsvår demenssjukdom innebär problem med närminnet samt svårigheter att kunna medverka i olika sociala sammanhang. Personen med demenssjukdom behöver hjälp av till exempel närstående för att klara sig i vardagen. Svår demenssjukdom innebär problem med kommunikationen och den demenssjuke behöver hjälp ifrån hälso- och sjukvården för att fungera i vardagen.

### **Omvårdnad vid demenssjukdom**

Omvårdnad är de åtgärder som vidtas för att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa, samt att lindra lidande (International Council of Nurses [ICN], 2005). Det är denna definition av omvårdnad som avses i föreliggande studie. För att ge omvårdnad till en person med demenssjukdom behövs kunskap om de olika sjukdomarna. Beroende på typ av sjukdom och förlopp så anpassas omvårdnaden (Socialstyrelsen, 2011). Riktlinjer från Socialstyrelsens (2010) visar på att personcentrerad omvårdnad bör vara grunden för behandling av demenssjuka personer. Personcentrerad omvårdnad har sin grund i att omvårdnaden ska utgå från individen förutsättningar och behov. Personen bör ges möjlighet att själv få utföra de delar av den dagliga omvårdnaden de klarar av. De bör även ges möjlighet till att behålla sina vardagliga rutiner då det kan generera en känsla av trygghet och tillhörighet. En studie av Edvardsson, Fetherstonhaugh och Nay (2010) visar på att personcentrerad omvårdnad kan stärka den demenssjukes självuppfattning samt deras upplevelse av verkligheten.

Enligt Larsson och Rundgren (2003) är det av vikt att tidigt i sjukdomsskedet nedteckna en levnadsberättelse så att det i omvårdnadssituationer finns information om den demenssjuke. Bland det första som påverkas av en demenssjukdom är det episodiska minnet vilket innebär en förlust av minnen som rör personliga händelser. Socialstyrelsen (2011) konstaterar vikten av närstående då dessa kan bidra med kunskap om den demenssjuke vilket kan underlätta omvårdnaden. Studier av Vézina, Robichaud, Voyer och Pelletier (2011) samt Edvardsson et al. (2010) lyfter fram vikten av att förstå den demenssjukes bakgrund för att kunna utföra omvårdnad. En levnadsberättelse kan beskriva vad som varit värdefullt för den demenssjuke och därigenom generera en ökad förståelse för personen.

### **Boendemiljöns betydelse**

Då en demenssjuk person inte kan hantera samma flöde av intryck som en frisk person får boendemiljön betydelse i omvårdnaden. En boendemiljö som utgår från den demenssjukes upplevelser kan öka den demenssjukes välbefinnande. När boendemiljön utformas bör personens förmågor, värderingar och preferenser ligga till grund (Socialstyrelsen, 2010).

Nedsatt rumsuppfattning kan förekomma i ett tidigt skede av sjukdomen och en anpassad boendemiljö kan underlätta för den demenssjuke. Långa korridorer kan ge upphov till ökad förvirring och oro, därav bör boendemiljön istället bestå av en central gemensam plats med rum för umgänge. Från sällskapsplatsen bör de kunna orientera sig till sina lägenheter (Skog, 2009). Morgan och Stewart (2002) visar i en studie att boenden med AD på ett demensboende lättare kan hitta i sin boendemiljö om de får en specifik destination att orientera sig utifrån.

Färger och figurer kan underlätta och förtydliga tolkningen av miljön för den demenssjuke. Färger tillhör det starkaste närminnet varpå klara och skarpa färger kan användas för att lyfta fram viktiga landmärken i vardagen. Figurer bevaras i minnet under en längre tid vilket innebär att den demenssjuke lättare kan komma ihåg kombinationer av färger och figurer. Till exempel kan ett stort rött hjärta på toalettdörren hjälpa den demenssjuke komma ihåg vart toaletten finns samt hitta dit (Skog, 2009). Kontraster och marmoreringar i golven bör undvikas då det kan uppfattas som hål, smuts eller smådjur. Istället bör golven ha en enhetlig färg för att undvika förvirring och oro (Larsson & Rundgren, 2003).

### **Bemötande av den demenssjuke**

Skog (2009) påtalar att bemötande av en demenssjuk person innebär att behandla personen som en vuxen människa, visa respekt för personens autonomi, livserfarenheter och förmågor. I föreliggande studie avses denna definition. Bemötandet av demenssjuka personer är individuellt då de inte är en homogen grupp utan endast har sin diagnos gemensamt. Vid bemötandet är det viktigt att se till personen och inte. Studier av Edberg och Edfors (2008) och Berg, Hallberg och Norberg (1998) lyfter fram att sjuksköterskor kan uppleva svårigheter med att bemöta demenssjuka, särskilt om de inte förstår deras beteende. Reflektioner kan hjälpa sjuksköterskorna att tolka de demenssjuka och bemöta dem utifrån de rådande förutsättningarna.

Skog (2009) poängterar att fastän somliga beteendemönster är typiska för vissa demenssjukdomar går det inte att utifrån en diagnos avgöra hur bemötandet skall genomföras. Samma stadium av sjukdom kan ge olika symtom beroende på vilken grundpersonlighet den demenssjuke har.

### Betydelsen av utbildningen

Bemötandet av demenssjuka personer underlättas av att personalen har kunskap om de olika sjukdomarna. En brist på kännedom kan resultera i att bemötandet inte sker på lika villkor utan personalen blir auktoritär (Skog, 2009). En studie av Wilks, Little, Gough och Spurlock (2011) menar på att vårdgivare med lägre kunskap om demenssjukdomar förlitar sig på mindre effektiva, och ibland mer provocerande, metoder vid bemötandet och i omvårdnaden av demenssjuka personer.

En studie av Edvardsson, Sandman, Nay och Karlsson (2008a) visar att vårdpersonal med högre utbildningsnivå bättre kunde bemöta demenssjuka personer, lägre utbildning gav förutom ett sämre bemötande även en högre arbetsbörda. Personal som känner sig utbildade och förberedda hanterar arbetet bättre än de utan utbildning. Studien finner även att boenden med brist på utbildad personal har en sämre boendemiljö.

### Arbetsmiljön

Edberg et al. (2008) framhäver att sjuksköterskor upplever en liknande vårdtyngd i arbetet med demenssjuka, oberoende av land och vårdssystem. De eftersträvar mer tid till att själva delta i omvårdnadsarbetet men anser att de inte har resurser till det. De betonade dock att trots vårdtyngden så var det en positiv upplevelse att arbeta med demenssjuka.

## **Kommunikation med den demenssjuke**

Kommunikation är en inlärd, kulturellt bunden aktivitet som skapar förbindelser. Den kan ses som ett ömsesidigt utbyte av information och den innefattar dels det verbala uttrycket men även det icke verbala, så som kroppsspråket (Fossum, 2007; Dimpleby & Burton, 1999). När kommunikation benämns i föreliggande studie avses denna definition.

Demenssjuka har en minskad kommunikationsförmåga, både att förstå omgivningen samt att uttrycka sig påverkas i och med sjukdomen, vilket innebär att de blir beroende av andra för att kunna hantera sitt dagliga liv (Edberg, 2002). Edberg och Edfors (2008) påvisar att om inte personalen förstår den demenssjuke kan de agera utifrån hur de själva uppfattar situationen. Deras tolkning kan skilja sig från den demenssjukes vilket gör denne utsatt i sin vardag. Edberg (2002) menar att även personalen kan hamna i en utsatt situation om det uppstår svårigheter med att tolka och förstå. Om de tolkar fel kan det innebära en omedveten kränkning av den demenssjuke. Skog (2009) lyfter fram att personal som inte förstår vad den demenssjuke försöker kommunicera kan bli otålig och sluta ta hänsyn till dennes autonomi och integritet. Istället kan de påtvinga den demenssjuke sin hjälp.

### Verbal kommunikation

Grunden i verbal kommunikation är alla sagda ord samt deras innebörd (Fossum, 2007). En studie av Cvetic (2011) finner att information som erhålls via verbal kommunikation är mellan 7 till 35 procent av den totala kommunikationen, jämfört med den icke verbala kommunikationen som innefattar 65 till 93 procent.

Larsson och Rundgren (2003) menar att demenssjuka har en begränsad förmåga att tolka verbalt språk vilket ger svårigheter att förmedla information till dem. Därför bör den verbala kommunikationen bestå av enkla, korta meningar som går lätt att uppfatta. De kan även ha svårigheter med att uttrycka sig själv varpå personalen måste kunna tolka deras vilja och önsknings. En studie av Lambon-Ralph et al. (2001) understryker att en person med demensdiagnos har en nedsatt semantiskt minne. Försämringen innebär att förmågan att kunna namnge föremål, förstå vilket föremål olika namn syftar till samt att förstå och formulera meningar avtar. Polmé (2008) menar att en demenssjuk person inte är mottaglig för intellektuell information. De reagerar på situationen så som de uppfattar den utan att ta hänsyn till verbala resonemang och förklaringar.

### Icke verbal kommunikation

All information som ges verbalt kommer även att levereras icke verbalt med tonläge, mimik och kroppsspråk. Icke verbal kommunikation kan antingen förstärka eller motverka verbal kommunikation (Cvetic, 2011). För att skapa kommunikationsförutsättningar med demenssjuka personer bör kroppsspråket förstärka de sagda orden då förvirring kan uppstå annars (Polmé, 2008; Edberg 2002).

Skog (2009) påtalar att demenssjuka personen lättare förstår icke verbal kommunikation jämfört med verbal. Även en svårt demenssjuk kan förstå kroppsspråk vilket innebär att den icke verbala kommunikationen kan vara behjälplig i demensvården. Direktioner kan visas med kroppsspråket vilket tillåter den demenssjuke att uppfatta vad denne skall göra och imitera.



## **Aggression vid demenssjukdom**

Aggression är ett beteende eller reaktion som har till syfte att tillfoga en annan individ skada eller obehag och kan innebära både fysisk och verbal aggressivitet (Kunik et al., 2010; Skog, 2009). I föreliggande studie används denna definition på aggression.

### Orsaker till aggression

Enligt Skog (2009) förekommer aggression hos över 50 procent av personer med medelsvår till svår demenssjukdom. Den kan vara relaterad dels fysiska faktorer som smärta och infektioner men även psykologiska faktorer såsom stress, förvirring, vanföreställningar och hallucinationer. Den kan även vara ett resultat av omedvetna provokationer från omgivningen. En studie av Kunik et al. (2010) poängterar att cirka 75 procent av den aggression som demenssjuka uppvisar inte är relaterad till deras sjukdom. De huvudsakliga anledningarna är depression, psykoser, smärta, låg känsla av tillit till vårdpersonalen samt avsaknad av social stimulering. Edberg och Edfors (2008) visar i en studie att sjuksköterskor anser att aggression var ett resultat av att de inte kunde uppfylla den demenssjukes önskemål eller krav.

### Aggression som ett resultat av stress

Edvardsson, Sandman, Nay och Karlsson (2008b) jämför i en studie uppkomsten av störande beteenden mellan olika demensboenden och finner ett samband mellan stress och aggression. Där omvårdnadspersonalen känner att de har tid för sina arbetsuppgifter uppvisade färre boenden aggression, jämfört med de demensboenden där personalen upplever stress.

En studie av Brodaty, Draper och Low (2003) framhäver att cirka hälften av personalen upplever svårigheter att hinna med sina arbetsuppgifter och är stressade i sin arbetsmiljö. I bemötandet och omvårdnaden av den demenssjuke hade personalen svårt att hantera beteenden såsom aggression. Anställda menade att dessa beteenden var avsiktliga snarare än en följd av boendemiljön och demenssjukdomen.

När en person med demensdiagnos blir utsatt flera intryck än denne klarar av att hantera kan en katastrofreaktion inträffa. En katastrofreaktion är en oproportionerlig känslomässig eller fysisk reaktion och kan ses som ett plötsligt aggressionsutbrott med till exempel skrik, hot om fysiskt våld, slag, sparkar, bitningar och nyp (Edberg, 2002). En studie av Tripathi och Vibha (2010) påvisar att demenssjuka, i stressade situationer där kraven är för höga, kan reagera med katastrofreaktioner. De beteenden som uppkommer då är inte en del av sjukdomsbilden och med ett planerat samarbete mellan vårdpersonalen och den demenssjuke kan det förebyggas.

## **Metoder för att motverka aggression**

Det finns flera orsaker till att aggression uppkommer, metoderna för att motverka dessa bör inriktas på de bakomliggande orsakerna. Aggression kan minskas med en individanpassad boendemiljö och även vårdpersonalen har betydelse då deras bemötande påverkar de demenssjuka (Socialstyrelsen, 2010). Larsson och Rundgren (2003) påtalar att om aggression uppstår bör den motverkas genom att distrahera den demenssjuke hellre än att försöka resonera med denne.

### Minska stress

Demenssjuka personer som uppvisar aggression kan upphöra med beteendet om stressen som de utsätts för minskar (Socialstyrelsen, 2010). Enligt Skog (2009) kan den upplevda stressen minska om de känner att personalen har tid för dem. Är personalen lugn och ger dem utrymme till att utföra aktiviteter i den takt de behärskar och efter egna förmågor minskar stressen och även risken för att aggression uppstår.

En studie av Mackay, Paterson och Cassells (2005) belyser vikten av att ta bort provocerande faktorer som kan stressa den demenssjuke och därigenom också utlösa aggression. När de provocerande faktorerna avlägsnats lindras den befintliga stressen samt att det förebygger att ny aggression uppkommer. Risken för aggression minskar även om sjuksköterskan under dagen erbjuder den demenssjuke möjligheten till vila och återhämtning. De har en begränsad förmåga att ta in och sortera olika intryck och för mycket stimuli kan orsaka stress.

Djur som ingår i omvårdnaden, på engelska Animal Assisted Theraph [AAT] kan minska uppkomsten av stress och aggression hos demenssjuka. AAT bidrar det till ökad social stimulans mellan vårdtagarna inom både vård- och boendemiljöer (Edvardsson & Wijk, 2009). LaFrance, Garcia, och Labreche (2006) finner i en studie att hundar hjälper personer med kommunikationsnedsättningar bli mer utåtriktad.

### Kommunikation

Marte Meo är ett exempel på en modell som kan användas för att förbättra personalens kommunikation med den demenssjuke. Korta videoinspelningar från vardagslivet analyseras i personalgruppen för att uppfatta hur den verbala och icke verbala kommunikationen påverkar med den demenssjuke. Denna metod kommer ursprungligen från Nederländerna och utvecklades med ändamålet att stödja föräldrar och personal i bemötandet av aggressivitet, hyperaktivitet och trotsighet från barn (Axberg, Hansson, Broberg & Wirtberg, 2006). En studie av Einang, Kirkevold och Skovdahl (2010) påvisar att de sjuksköterskor som använder Marte Meo i demensvården får ökad insikt om vikten av en enhetlig kommunikation med de demenssjuka.

### Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens teamet

Om aggressionen blir svår att hantera för omgivningen kan Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens [BPSD] teamet kallas in. Teamet har konsultverksamhet i hela Stockholm Läns Landsting [SLL] och kriterier är att det finns en demensdiagnos samt att de beteendemässiga problemen är relaterad till demensutvecklingen. Teamet består av läkare, sjuksköterskor och arbetsterapeut som gör ett hembesök antingen i personens hem, på en geriatrisk avdelning eller på ett permanent boende där de bedömer situationen och ger förslag på åtgärder (Norra Stockholms Psykiatri, u.å.).

### **Sjuksköterskans ansvar**

I Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (Svensk författningssamling [SFS], 1982:763) stadgas i 2 § att målet för hälso- och sjukvården är att hela befolkningen skall kunna få vård på lika villkor samt att vården skall respektera den enskildes värdighet och ges med respekt för alla människors lika värde. Kraven på sjukvården innebär att den bland annat skall bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt genomföras i samråd med patienten i största möjliga mån.

Enligt Socialstyrelsen (2005) innefattar sjuksköterskans kompetensbeskrivning tre delar: Omvårdnadens teori och praktik, Forskning utveckling och utbildning samt Ledarskap. Omvårdnadens teori och praktik berör bemötande och kommunikation med patienter, närstående och annan personal. Sjuksköterskan skall kunna bemöta och föra en dialog på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Det behandlar även uppmärksammandet av de som inte själva uttrycker sitt behov av hjälp. Forskning, utveckling och utbildning innebär att ta del av forskning och att kritisk granska det egna arbetet. Även att kompetensutveckla medarbetare, patienter och närstående är av vikt. Ledarskap handlar om en förmåga att utifrån patientens behov leda, prioritera, fördela och samordna omvårdnadsarbetet samt att kunna planera, konsultera, informera och samverka med andra aktörer i vårdkedjan.

## **Problemformulering**

Sjuksköterskor arbetar i en utsatt arbetsmiljö och kan dagligen få möta aggression i omvårdnadsarbetet. Hegney, Eley, Plank, Buikstra och Parker (2006) visar i en studie att en majoritet av sjuksköterskorna har varit utsatta för fysisk eller psykisk aggression i omvårdnadssituationer. En studie av Menckel och Viitasara (2002) lyfter fram att 51 procent av vårdpersonalen blivit utsatt för verbal eller fysisk aggression från patienter. Socialstyrelsen (2010) uppger att nio av tio demenssjuka personer uppvisar aggression under sin sjukdomsperiod. Med stöd av detta anser författarna till föreliggande studie att sjuksköterskans upplevelse av bemötandet av aggression är av vikt att studera.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta aggression från personer med en demenssjukdom i omvårdnadssituationer

## **METOD**

### **Metodval**

Då syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta aggression från personer med en demenssjukdom utformades föreliggande studie som en kvalitativ deskriptiv intervjustudie. Metodvalet tillät författarna att ta del av intervjupersonernas upplevelser och erfarenheter. Intervjuerna var halvstrukturerade och ett fåtal frågor bestämdes på förhand, resterande frågor var följdfrågor som var relaterade till intervjupersonernas svar. Frågeföljden kunde ändras fritt utifrån hur intervjun fortlöpte. Strukturen var i linje med Trost (2010) som framhåller att fördelen med en halvstrukturerad intervjustudie är att intervjupersonen kan tala fritt samtidigt som forskarna till viss del kan styra innehållet.

### **Urvalskriterier och urvalsgrupp**

Till denna studie valdes sjuksköterskor som arbetade på äldreboenden med en eller flera specifika avdelningar för demenssjuka. På grund av den geografiska närheten valdes äldreboenden i Stockholmsområdet. I enlighet med Trost (2010) kontaktades först respektive verksamhetschef för ett godkännande att intervjun hölls med deras personal. De kontaktades via telefon, och vid intresse e-mailades en sammanfattning av studien (bilaga I).

För att delta i studien skulle sjuksköterskorna, i sitt arbete, mött aggression från demenssjuka personer. De behövde kunna göra sig förstådda i Svenska tal och skrift då det var ett språk författarna behärskade. Sjuksköterskorna skulle ha minst två års erfarenhet av vårdandet av demenssjuka personer, vilket var i linje med Benner, Tanner och Chesla (1999). De förespråkar att två år är den tiden det tar för en sjuksköterska att uppnå ett kompetensstadium i sitt yrkesutövande.

Sjuksköterskorna som intervjuades hade en vidareutbildning inom antingen geriatrik, demenssjukvård, distriktsköterska eller intensivvårdssjuksköterska. Arbetslivserfarenheten varierade mellan 7 till 35 år varav 3 till 22 år varit med demenssjuka.

## **Datainsamling**

### Intervjuguide

En intervjuguide (bilaga II) utformades med tre frågeställningar riktade till författarna av föreliggande studie samt fem frågor till deltagarna. Den formulerades i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009) som framhäver att en intervjuguide, innehållandes både forskarens frågeställningar samt frågorna till deltagarna, ger en möjlighet att uppfatta om svaren från intervjupersonen överensstämmer med frågeställningarna.

### Pilotintervju

I linje med Trost (2010) genomfördes en pilotintervju för att kontrollera att intervjuguidens svar var i linje med studies syfte. Efter pilotintervjun bedömdes intervjuguiden vara relevant varpå den behölls i sin helhet. Trost (2010) påtalar att pilotintervjun kan inkluderas i dataanalysen om intervjuguiden inte revideras. Författarna till föreliggande studie valde dock att utesluta den då den inte sammanföll med urvalskriterierna.

### Genomförande

Vid kontakten med verksamhetscheferna gavs telefonnummer direkt till sjuksköterskorna så att författarna till föreliggande studie kunde kontakta dem via telefon. Om intresse fanns till att delta bestämde sjuksköterskorna datum, plats och tid för intervjun. Sju intervjuer genomfördes och intervjupersonerna erhöll både muntlig och skriftlig information om studiens syfte och innehåll (bilaga III) innan intervjun startades. Båda författarna deltog i samtliga vilket var i linje med Trost (2010) som påtalar att forskare utan erfarenhet av att intervjua kan stötta varandra om de är två. Författarna delade upp de förutbestämda frågorna mellan varandra och den författare som ställt frågan hade huvudansvaret för att ställa följdfrågor.

## **Databearbetning**

### Transkribering

Intervjuerna spelades in med en ljudbandspelare och transkriberades sedan i talspråk utifrån hur intervjupersonen formulerade sig och inga skriftspråkstecken användes. Båda författarna transkriberade och det bestämdes på förhand hur transkriberingen skulle utformas. Författarna strävade efter att exakt skriva ner det som intervjupersonen sagt och för att få en större förståelse transkriberades även pauser och emotionella uttryck såsom skratt och suckar. Trost (2010) framhåller att då hela materialet blir utskrivet i sin helhet kan risken för förvanskningar och misstolkningar minska.

## Analys

Transkriberingen analyserades med en kvalitativ innehållsanalys vilket var i enlighet med Lundman och Hällgren Graneheim (2008). Författarna till föreliggande studie delade in transkriberingen i olika analysenheter, där varje analysenhet var en enskild intervju. Analysenheterna delades in i olika domäner, vilket var text från samtliga intervjuer som sammanföll med författarnas frågeområden och som berörde samma specifika områden. Därefter delades domänerna in i meningsenheter vilket innebar att meningsbärande delar av texten lyftes ut. Under analysprocessen kondenserades och abstraherades meningsenheterna vilket gjorde texten kortare samt att texten försågs med koder som kortfattat beskrev textstyckets innehåll. Därefter delades koderna in i olika underkategorier som utgjordes av flera koder med liknande betydelse som sedan knöts samman i olika kategorier för att sammanbinda innehållet. I analysprocessen framkom fem kategorier och 17 underkategorier som presenteras i tabell 1.

**Tabell 1:** Översikt av kategorier och underkategorier

| <i>Kategorier</i>                  | <i>Underkategorier</i>                 |
|------------------------------------|--|
| Tänkbara orsaker till aggression   | Avsaknad av kontroll                   |
|                                    | Intrång i den demenssjukes integritet  |
|                                    | Stress                                 |
| Sjuksköterskans agerande           | Behålla lugnet                         |
|                                    | Inte bli skrämmd                       |
|                                    | Avleda aggressionen                    |
|                                    | Kommunicera med hjälp av kroppsspråket |
|                                    | Finna orsaken till aggressionen        |
| Åtgärder för att minska aggression | Individanpassad omvårdnad              |
|                                    | Delaktighet i omvårdnadsarbetet        |
|                                    | Farmakologisk behandling               |
|                                    | Betydelsen av sällskap                 |
|                                    | Konsultation med kollegor              |
| Betydelsen av formell kompetens    | Utbildning                             |
|                                    | Skapa förtroende                       |
| Betydelsen av reell kompetens      | Yrkeserfarenhet                        |
|                                    | Yrkesstolthet                          |

Citat presenteras i resultaten för att styrka de kategorier och underkategorier som framkom i intervjuerna. Citaten skrevs om så att de blev skriftspråk vilket Kvale och Brinkmann (2009) anser är fördelaktigt då talspråk kan uppfattas som mindre begåvad samt att talspråk kan vara svårt att förstå när de står i text.

## **Trovärdighet**

Författarna till föreliggande studie strävade efter trovärdighet och Lundman och Hällgren Graneheim (2008) påtalar att trovärdighet i en kvalitativ intervjustudie innefattar begreppen tillförlitlighet och överförbarhet. Författarna till föreliggande studie har genom hela analysprocessen diskuterat och reflekterat över innebörden i vad intervjupersonen angett vilket ökat studiens tillförlitlighet. Överförbarheten ökade i och med beskrivandet urvalskriterier, urvalsgruppen samt analysen till föreliggande studie.

Trost (2010) menar att trovärdigheten ökar med en reflektion av de etiska aspekterna, att intervjuguiden finns redovisad samt att forskaren undviker användandet av påståenden samt ord och ljud som bekräftar intervjupersonens upplevelse. Författarna till föreliggande studie strävade aktivt efter att minimera användandet av bekräftande ord under intervjusituationen.

Intervjuguiden testades i en pilotintervju för att säkerställa att frågorna genererade svar som var relevanta för studiens syfte. I enlighet med Trost (2010) användes samma intervjuguide till samtliga intervjupersoner vilket ytterligare ökade tillförlitligheten.

### **Forskningsetiska överväganden**

I linje med Hermerén et al. (2011) har författarna till föreliggande studie reflekterat över de etiska aspekterna som föreligger vid en intervjustudie innan de sökte efter intervjupersoner. För att erhålla ett godkännande från verksamhetscheferna gavs de information om studiens syfte samt författarnas kontaktuppgifter (bilaga I).

Intervjupersonerna informerades, i enlighet med Helgesson (2006), om studiens syfte samt författarna till föreliggande studies kontaktuppgifter (bilaga III) innan de gav sitt informerade samtycke. De erhöll även information om studiens konfidentialitet, vilket innebar att endast författarna hade kännedom om de intervjuades identitet samt tillgång till det inspelade materialet. Författarna kommer, efter godkänd studie, radera de inspelade intervjuerna och transkriberingarna.

De citat som presenteras i resultatet skrevs, i samklang med Hermerén et al. (2011), om till skriftspråk samt formulerades på ett sådant sätt att deltagarna inte kunde identifieras genom sina uttalanden. Vid omformuleringen av citat deltog båda författarna för att undvika att materialet förvanskades för att passa syftet. Intervjupersonerna informerades att om oklarheter uppstod vid omskrivningen av citat till skriftspråk kunde författarna kontakta deltagarna för ett klargörande, vilket styrks av Hermerén et al. (2011).

Medverkan i studien var frivillig och intervjupersonerna kunde, i linje med Helgesson (2006), när som helst både före, under och efter intervjun dra tillbaka sitt informerade samtycke och avbryta sin medverkan.

Hermerén et al. (2011) framhåller att plagiering innebär att text citeras utan den refereras till en källa. Författarna till föreliggande studie strävade efter att inte plagiera varpå de har tolkat den inhämtade texten samt refererat varifrån informationen kommer.

## **RESULTAT**

Resultatet presenteras utifrån följande kategorier: Tänkbara orsaker till aggression, Sjuksköterskans agerande, Åtgärder för att minska aggression, Betydelsen av formell kompetens samt Betydelsen av reell kompetens. Varje kategori stärks med underkategorier samt citat för att vidare belysa resultatet.

Intervjupersonerna använde olika termer då en person med demenssjukdom åsyftades. För att skapa en entydighet i resultatet valde författarna till föreliggande studie att konsekvent använda begreppet den demenssjuke personen.

## Tänkbara orsaker till aggression

Det framkom ett flertal tänkbara orsaker till varför aggression uppstod hos de demenssjuka personerna. Några sjuksköterskor jämförde äldrevårdsarbetet med ett detektivjobb, då det var av vikt att söka fram och finna den bakomliggande orsaken till aggressionen. De underkategorierna som urskildes är: Avsaknad av kontroll, Intrång i den demenssjuke personens integritet samt Stress.

### Avsaknad av kontroll

De ansåg att när den demenssjuke personen upplevde en avsaknad av kontroll över sin egen situation kunde aggression uppstå. Olika situationer kunde generera en avsaknad av kontroll, beroende på den demenssjuke personens personlighet. Sjuksköterskorna underströk att det fanns skillnader mellan individer. De ansåg att en avsaknad av kontroll dels kunde bero på en känsla av att vara i beroendeställning och dels ett bristande förtroende till personalen. De lyfte att om den demenssjuke till exempel hade svårigheter att hitta på avdelningen kunde de uppleva att de inte hade kontroll. Det poängterades att känslan av avsaknad av kontroll var beroende på vem den demenssjuke var, vilken demenssjukdom som uppkommit samt hur långt den fortskridit.

*Om demenssjuk person säger att han eller hon inte behöver min hjälp men jag ändå tvingar på min hjälp kan aggression uppstå. Jag går över gränsen när jag betvivlar den här personens kompetens och han eller hon upplever en avsaknad av kontroll i situationen.*

### Intrång i den demenssjukes integritet

Flera betonade att integritetskränkningar kunde resultera i aggression och de påpekade att det var flera situationer som kunde framkalla obehag. Andra demenssjuka personerna kunde orsaka aggression då de till exempel gick in i fel rum, vilket kunde upplevas som integritetskränkande av den som bodde där. Även hjälp som inte var önskvärd från den demenssjukes sida kunde resultera i aggression då personalen betvivlat dennes kompetens. Duschsituationer lyftes fram som en situation där den demenssjuke personen kunde uppleva att dennes integritet kränktes.

*Många människor som är runt 90 år idag har kanske aldrig klätt av sig i närvaro av en annan person. Sedan flyttar de in på ett demensboende där främmande människor plötsligt börjar klä av dem kläderna utan att de förstår varför. Detta upplevs självklart som oerhört integritetskränkande.*

### Stress

De menade även på att aggression kan uppkomma om den demenssjuke kände sig stressad. En livlig miljö med mycket intryck, rörelser eller ljud ansåg de kunde framkalla stress. De påpekar dock svårigheten i att minska stressen på ett äldreboende. Åtta till tio personer med nedsatt kognitiv förmåga förväntas fungera tillsammans vilket inte alltid går.

*Till saken hör att det var en orolig avdelning och det fanns många andra boenden som ropade. Han blev för stressad av den miljön och därför uppvisade han aggression. Han behövde lugn och ro.*

## **Sjuksköterskans agerande**

De agerade olika i situationer där de demenssjuka personerna uppvisade aggression, beroende på hur situationen utspelade sig. Samtliga framhöll vikten av att anpassa agerandet efter situationen och de menade dock att deras agerande kunde påverka den demenssjuke. Följande underkategorier som togs fram var att: Behålla lugnet, Inte bli skrämmd, Avleda aggressionen, Kommuniera med hjälp av kroppsspråk samt Finna orsaken till aggression.

### Behålla lugnet

Samtliga sjuksköterskor poängterar vikten av att själv hålla sig lugna i en situation där den demenssjuke uppvisar aggression. Några menade att det kunde vara svårt, särskilt om aggressionen riktades mot dem. De understryker att trots att situationen kan upplevas som frustrerande så måste de uppträda professionellt och inte ta ut frustrationen på de demenssjuka personerna.

*En av de boendena körde på människor med sin rollator och det kunde jag ha väldigt svårt att hantera. Jag kände mig irriterad när jag blev påkörd särskilt då det gjorde ont. Det är mänskligt att bli arg men då måste jag vara professionell och gå därifrån och lugna mig innan jag hanterar situationen.*

### Inte bli skrämmd

Några av deltagarna påpekade vikten av att inte låta sig skrämmas av aggression från en demenssjuk person. De menade att aggressionen utlöses på grund av sjukdomen och det behövde sjuksköterskorna ha förståelse för. Aggressionen skulle inte tas personligt utan den borde hanteras utifrån bästa förmåga.

*Om man blir rädd av att arbeta på ett ställe där aggression kan uppstå så anser jag inte att man skall arbeta med demenssjuka. Det går inte att gå runt och vara rädd på arbetet för den oron kommer de demenssjuka att märka direkt och så blir de själva oroliga.*

### Avleda aggressionen

Om den demenssjuke uppvisade aggression försökte sjuksköterskorna avleda aggressionen. De ansåg att om aggressionen uppkom på grund av dem så kunde de lämna situationen, så länge som det inte förelåg någon risk för att den demenssjuke personen skulle falla alternativt på något annat sätt skada sig själv eller någon annan. På så sätt kunde det undvikas konflikter medan det gav den demenssjuke personen tid och utrymme till att lugna ner sig. Om de inte kunde lämna situationen försökte de få med sig personen som uppvisade aggression så att denne fick sitta på ett lugnt ställe och på så sätt avleda aggressionen.

*Att tita på gamla fotografier och prata om deras närstående brukar kunna lugna för då får de fokusera på någonting som känns bekant och tryggt.*

### Kommunicera med hjälp av kroppsspråket

Sjuksköterskorna belyste vikten av kommunikation med de demenssjuka personerna och menade att kroppsspråket hade en avgörande betydelse.



Personer med demenssjukdom kunde uppvisa aggression om kroppsspråket stod i kontrast till vad som kommunicerades verbalt. Det lyftes fram att verbal kommunikation inte alltid var tillräcklig samt att det inte gick att resonera med den demenssjuke personen.

*Det går inte att prata om situationen med de demenssjuka personerna för de vet redan att de gör rätt och du har fel, oavsett vad du säger. Att ge sig in i diskussionen leder endast till mer aggression.*

### Finna orsaken till aggressionen

Alla uppgav att den demenssjuke personen sällan uppvisade aggression utan anledning men att det kunde vara svårt att finna orsaken till beteendet. Då den demenssjuke personen sällan kunde beskriva anledningen till sitt beteende behövde personalen kunna tolka den bakomliggande orsaken. De uppgav även vikten av att utreda och utesluta eventuella fysiska orsaker till aggressionen.

*Det visade sig att personen hade väldiga smärtor som denne inte kunde förmedla utan istället så uppvisades aggression /.../ och då började vi med smärtstillning och det blev en enorm skillnad på en gång.*

### **Åtgärder för att minska aggression**

Sjuksköterskorna försökte minska uppkomsten av aggression och flera åtgärder belystes. De poängterar att åtgärderna varierar beroende på den demenssjuke personens personlighet och bakgrund. Samtliga betonar vikten av att utesluta fysiska symtom, såsom urinvägsinfektion, som orsaken till aggressionen. Kategorin presenteras utifrån underkategorierna: Individanpassad omvårdnad, Delaktighet i omvårdnadsarbetet, Farmakologisk behandling, Betydelsen av sällskap samt Konsultation med kollegor.

### Individanpassad omvårdnad

Sjuksköterskorna uppgav att de försökte individanpassa omvårdnaden till den boende och dennes behov. De ansåg att förståelse för den demenssjuke personens bakgrund gav ett underlag för omvårdnaden och därav var det av vikt att information om den demenssjukes liv och intressen fanns nerskrivet.

*När man går igenom deras hälsohistoria så kan man förstå vad de demenssjuka tycker om och på så sätt bättre tillfredsställa deras behov.*

När de visste vad den demenssjuka personen uppskattade anpassade de miljön efter det. De betonade vikten av lämplig musik, lugn och ro samt en lugn samtalsnivå. Även TV-program kunde påverka så det var av vikt att visa program som uppskattades utan att det oroade. Det anordnades olika aktiviteter för att sysselsätta de demenssjuka personerna och på så sätt minska förekomsten av aggression.

*De kommer ihåg mer från förr än idag och när de får se bilder och filmer från hur det såg ut då med spårvagnar och allt så minns de och blir lugna och glada av det.*

### Delaktighet i omvårdnadsarbetet

Vikten av att själva delta i omvårdnadsarbetet var något som framhölls då de kunde se vad som skapat aggression hos den demenssjuke personen. De lyfte även fram vikten av att lära ut sina kunskaper till personalen så att de kunde bemötande den demenssjuke personen.

*Jag anser att sjuksköterskor, i rollen som arbetsledare, har en skyldighet att delta i omvårdnaden med personalgruppen. Både för att själv se aggressionen samt för att utbilda och handleda.*

Sjuksköterskorna nämner att de skulle vilja ha mer tid till att delta i omvårdnadsarbetet än vad som finns idag. En stor del av arbetstiden omfattade administrativt arbete, vilket de understryker inte borde vara huvuddelen i deras arbetsuppgifter.

*Jag skulle gärna vilja sitta och delta mer i till exempel sångstunder och kaffepausen. Jag tycker att de är roligast att vara med boendena och personalen och det är där jag behövs och gör nytta.*

### Farmakologisk behandling

I frågan om farmakologisk behandling var nödvändig när en demenssjuk person uppvisade aggression skiljde sig svaren. En del ansåg att farmakologisk behandling endast skulle användas som en sista utväg då läkemedlet inte eliminerade orsaken till den demenssjuke personens beteende. Den demenssjuke personen skulle bara börja uppvisa aggression igen när läkemedlet tappat sin verkan. De upplevde att den kortsiktiga effekt som medicinering gav inte uppvägde den fallrisk som kommer med medicineringen. Vissa menade att vid aggression bör medicinlistorna kollas för att försäkra att den demenssjuke fått alla sina lugnande mediciner. Om den demenssjuke personen inte fått alla sina mediciner, kunde det vara orsaken till att aggressionen uppstod.

*Om den demenssjuk blir aggressiv så kontrollerar jag att de har fått alla sina tabletter. Många av de demenssjuka lider av oro och depression varpå de behöver lugnande mediciner regelbundet. Om de inte fått sina tabletter så blir de självklart oroliga.*

### Betydelsen av sällskap

Några lyfte fram att de demenssjuka personerna inte uppvisade aggression om de hade sällskap. Andra beskrev en arbetsmodell som innefattade att personalen varje dag hade olika arbetsuppgifter, men att de endast hade en arbetsuppgift per dag, vilket medförde att det alltid fanns personal på specifika platser och de boende behövde inte vara ensamma.

*Om en person har ansvaret för att servera måltiderna så blir det en lugnare måltidsmiljö för de äldre. De kan med fördel sätta sig ner lite före maten och det finns någon där som kan servera samt hålla dem sällskap.*

En uppgav att när de fanns djur på avdelningen så upplevdes en minskad oro bland de demenssjuka personerna. När hunden var närvarande började de demenssjuka personerna att prata med den, även om de förlorat sin förmåga till att göra sig förstådda, vilket lugnade. Sjuksköterskan upplevde att de gamla kände att hunden lyssnade.

*Annars så var den demenssjuke väldigt orolig men så fort som hunden var hos denne så lugnade han sig. Han fick ligga och mysa med hunden och han blev väldigt lycklig av detta, de hade utbyte av varandra.*

### Konsultation med kollegor

De berättade att när de inte kunde härleda orsaken till aggressionen kontaktades kollegor för hjälp. De ansåg att ofta kunde en kollega se situationen från nya perspektiv och ge förslag på åtgärder. Om ingen av sjuksköterskorna förstod orsaken kallades konsulthjälp in i form av BPSD-teamet. Teamet kom till boendet och gav nya synvinklar på åtgärder för att minska aggression vilket upplevdes som ett stöd.

*Vi visste inte vad vi skulle göra för att minska aggressionen, ingenting hjälpte. Sen kom BPSD och gav sin syn på hur situationen skulle kunna förbättras och det blev väldigt lyckat. Vi fick den hjälp vi behövde och den boende blev lugn.*

### **Betydelsen av formell kompetens**

Vikten av formell kompetens framhölls av sjuksköterskorna som menar att utbildningen har en nyckelroll i bemötandet. De menar att utbildningen har försett dem med den teoretiska kunskapen som behövdes både i att kunna möta aggression samt att kunna skapa en relation med närstående. Underkategorierna är: Utbildning samt Skapa förtroende.

### Utbildning

Sjuksköterskorna ansåg att framför allt deras specialistutbildning hade påverkat deras förmåga till att bemöta och hantera demenssjuka på ett positivt sätt. De ansåg att samtliga som arbetar inom demensvården bör ha en specialistutbildning då utbildningen gör skillnad. De framhöll att de kollegorna, både undersköterskor och sjuksköterskor, med en utbildning klarade av att bemöta den demenssjuke.

*Det är inte ett arbete för unga, utbildade personer som kanske inte vet vad demenssjukdom är eller vad det innebär. Det krävs utbildning och kunskap för att kunna ge en bra omvårdnad.*

En av sjuksköterskorna menade att utbildningen inte alltid hade en betydelse för bemötande av demenssjuka personer. Personer utan utbildning kunde, om det var rätt person på rätt plats, bemöta aggression från de demenssjuka på ett värdigt sätt.

*Sedan finns det personal som kommer in och arbetar, utan utbildning, och som hanterar aggression bättre är de med utbildning. De har inga förutfattade meningar utan agerar med sunt förnuft.*

En av sjuksköterskorna reflekterade över utvecklingen i den svenska demenssjukvården jämfört med för 20 till 30 år sedan. Vikten av att ha utbildning och kunskap om de olika demenssjukdomarna framhålls då det underlättade bemötandet.

*Diagnoserna var inte så specifika på den tiden för vi hade inte det kunnandet om sjukdomarna som vi har idag. Idag kan jag tänka på några av dessa patienter och tänka att den personen hade Alzheimers men det visste jag inte då.*

### Skapa förtroende

De betonade även vikten av en god relation med närstående då det är de som har kunskapen om den demenssjuke personen. Sjuksköterskorna uppgav att bemötandet underlättades om de hade kontakt med de närstående. Om ett förtroende fanns underlättade det när de skulle informera om den demenssjuke personens situation. Om en demenssjuk uppvisade aggression och åtgärder sattes in för att minska beteendet så var det viktigt att de kunde adressera problemet utan att de närstående upplevde situationen som svår.

*Det var två boenden som hamnade i slagsmål och vi var tvungna att permanent byta rum åt en av dem då de båda blev upprörda av att se varandra. Detta gjordes i samråd med anhöriga som ansåg att vi agerade rätt och de hade förtroende för oss.*

### **Betydelsen av reell kompetens**

Samtliga sjuksköterskor ansåg att för att kunna bemöta demenssjuka personer behövdes reell kompetens. De menade att arbetet i omgångar kunde vara krävande men arbetsbördan lättades av erfarenhet. De framhöll även att det behövdes en vilja att arbeta med demenssjuka individer för att kunna bemöta aggression från den demenssjuke på ett professionellt sätt. De underkategorierna som blev funna är: Yrkeserfarenhet samt Yrkesstolthet.

### Yrkeserfarenhet

De lyfter fram att det är inte endast utbildning som avgör då nyutexaminerade, som är teoretiskt kunniga, fortfarande kan ha svårigheter att bemöta aggression. Med erfarenhet från yrken ansåg de att bemötandet förbättrades.

*I skolan får man vissa kunskaper, visst, men jag anser att ett bra bemötande kommer med erfarenhet. En bra handledare kan bli avgörande i frågan om en student kan bemöta demenssjuka eller inte.*

### Yrkesstolthet

Sjuksköterskorna uppger att de är stolta över att arbeta med demenssjuka personer och uttrycker ett brinnande intresse för deras arbete. De framhåller att det krävs rätt person på rätt plats för att kunna arbeta med demenssjuka personer.

*Jag är en av dem som brinner för demensvården. Jag arbetar med mitt största intresse och det är det som gör att jag orkar dag efter dag, och fortfarande älska det. Trots alla konstiga och svåra situationer som kan uppstå.*

Deltagarna påpekar att det är viktigt att känna stolthet inför sitt yrke så att attityden mot att arbeta med demenssjuka förändras. De menade att arbetet med demenssjuka är ett kvalificerat arbete och att inte alla klarar av de krav som ställs inom yrket.

*När man uppger vad man arbetar med kan reaktionen bli ett ”stackars dig”. Därför är det viktigt att vi verkligen går ut och säger vad som ingår i vårt arbete. Vi bedriver delvis svår och mycket kvalificerad vård och det ska vi vara stolta över.*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Författarna till föreliggande studie valde att genomföra studien som en kvalitativ deskriptiv intervjustudie vilket svarade på syftet, som var att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att bemöta aggression från personer med demenssjukdom. Ett flertal vetenskapliga artiklar blev funna varpå det hade varit möjligt att utföra föreliggande studie som en forskningsöversikt. Författarna till föreliggande studie var intresserade av att undersöka upplevelserna hos sjuksköterskor som arbetade i Sverige och endast ett fåtal av de funna artiklarna var Svenska. Därav utfördes studien som en kvalitativ deskriptiv intervjustudie.

Enligt Trost (2010) används en intervjustudie för att införskaffa kunskap om upplevelser hos intervjupersonen, därmed blir inte resultatet generaliserbart. Lundman och Hällgren Graneheim (2008) påtalar att en kvalitativ intervjustudie kan generera en överförbarhet, vilket innebär att resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer. Författarna till föreliggande studie anser att intervjupersonernas beskrivningar av bemötandet av aggression påminner om varandra, men att det inte kan garanteras att de svarat utifrån hur de verkligen agerat i situationen. Intervjupersonerna kan ha svarat utifrån vad de uppfattat att författarna ville höra. Dock så kan de faktum att samtliga sjuksköterskor hade en vidareutbildning gett en förståelse för hur deras beteende påverkar personer med demenssjukdom. De hade även en arbetslivserfarenhet på mellan 3 till 22 år vilket, enligt Benner et al. (1999) innebär att de uppnått ett kompetensstadium i sitt yrkesutövande. Genom sjuksköterskornas utbildning och yrkeserfarenhet kan de ha haft en möjlighet att reflektera över deras agerande i situationer där aggression uppstått. Med stöd av ovan nämnda anledningar anser författarna till föreliggande studie att det presenterade resultatet ovan är överförbart.

Båda författarna medverkade i intervjuerna och de anser att de var samspelade samt att intervjuerna fortlöpte utan hinder. Det förekom ett delat ansvar att ställa frågor och författarna utgick från samma intervjuguide. Trost (2010) framhäver fördelen med två forskare vid en intervjusituation om de inte har tidigare erfarenhet av intervjusituationer. De kan, om de är två, stödja varandra samt fylla i för den andre. Dock kan intervjupersonerna uppleva att de hamnar i underläge när det finns två intervjuare. Resultatet kan ha påverkats om intervjupersonerna känt sig obekväma i intervjusituationen och därav inte pratat fritt utifrån deras livsvärld. Författarna till föreliggande studie upplevde inte att intervjupersonerna kände sig otrygga i intervjusituationen utan pratade fritt utifrån sina upplevelser. De hade kännedom om att studien var frivilligt och de kunde när som helst välja att avbryta om de upplevt obehag i situationen.

Intervjupersonerna informerades om att båda författarna skulle delta, om det genererat en otrygghet hade de haft möjlighet att på förhand tacka nej till att delta. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) föreligger det svårigheter i att hitta en balans gällande hur många intervjuer som ska genomföras.

För få intervjuer kan leda till att resultatet får låg överförbarhet medan för många ger en icke hanterbar datamängd, vilket försvårar tolkningen av resultatet. I föreliggande studie utfördes sju intervjuer samt en pilotintervju vilket författarna anser är en rimlig mängd med hänsyn till studiens storlek.

Trost (2010) anser att pilotintervjun kan användas i analysen om den inte innehåller briser, då bör den exkluderas. Pilotintervjun som genomfördes i föreliggande studie exkluderades då intervjupersonen var undersköterska och därav inte sammanföll med urvalsgruppen. Författarna anser inte att valet av en undersköterska till pilotintervjun påverkat intervjuguidens trovärdighet. Undersköterskorna är de som utför majoriteten av omvårdnadsarbetet och bemöter förmodligen mer aggression i omvårdnadssituationer än vad sjuksköterskorna gör. Trots att undersköterskorna utför majoriteten av omvårdnadsarbetet anser författarna till föreliggande studie att det är relevant att intervjua sjuksköterskor då det är de som har det yttersta ansvaret i omvårdnadsarbetet. Socialstyrelsen (2005) uppger att det åligger en sjuksköterska att som arbetsledare kunna handleda vårdpersonalen i olika situationer.

Intervjuerna genomfördes med ljudbandspelare då det tillät författarna att helt kunna fokusera på samtalet med intervjupersonen. Kvale och Brinkmann (2009) menar på att fördelen med ljudbandspelare är att de exakta ordvalen, tonfallet och pauserna finns inspelade. Det inspelade materialet kan lyssnas igenom flera gånger och precisionen blir således hög. Nackdelen är att intervjupersonens kroppsspråk inte framkommer och de utgör en stor del av kommunikationen (Kvale & Brinkmann, 2009). Författarna till föreliggande studie menar att ljudbandspelaren kan ha påverkat resultatet då en majoritet av kommunikationen inte spelades in samt att några av intervjupersonerna uppgav att de kände sig nervösa över att bli inspelade. För att minska nervositeten upprepade författarna informationen om att endast de hade tillgång till materialet samt att de citat som användes inte kunde härleda till intervjupersonerna. På så sätt skyddade författarna deras integritet, vilket var i linje med Helgesson (2006), och de anser att intervjupersonernas nervositet kan ha minskat av den ytterligare informationen. Dock så började vissa av intervjupersonerna prata igen efter det att bandspelaren stängdes av. Den information som uppgavs då har författarna till föreliggande studie valt att exkludera från resultatet men det kan ha påverkat hur författarna tolkat intervjun vid transkriberingen.

Författarna stävade efter att inte förvränga det som framkom i intervjuerna vilket gjordes genom att båda deltog vid analysen av materialet samt vid omskrivning av citaten. I linje med Trost (2010) fanns möjligheten kontakta intervjupersonerna för ett klagörande om oenigheter skulle uppstå. Då inga meningsskiljaktigheter framkom behövdes inte intervjupersonerna kontaktas igen. En orsak till att båda tolkade analysen lika kan vara att transkriberingen utfördes direkt efter intervjusituationerna då båda författarna hade intervjun färskt i minnet. Författarna anser att transkribering direkt efter intervjun kan ha minskat eventuella misstolkningar.

Det förekommer svårigheter att definierade begreppet aggression då begreppsdefinitionen är vag och inte särskiljs från ord med liknande betydelse såsom aggressiv, aggressivitet och agitation (Kunik et al., 2010). Författarna till föreliggande studie utgick från två olika definitioner när de klargjorde vad de åsyftade med begreppet aggression.

Beroende på hur intervjupersonerna definierat aggression kan resultatet ha påverkats. Deras definition av aggression kan skilja sig från varandra samt från föreliggande studie. I föreliggande studie kunde författarna ha försäkra sig om att intervjupersonerna definierade aggression på samma sätt som de gjorde genom att förklara begreppet. En begrepps-förklaring hade kunnat minska eventuella misstolkningar men det utfördes inte i föreliggande studie.

## **Resultatdiskussion**

I denna studie framkom flera olika anledningar till varför demenssjuka personer uppvisade aggression. Sjuksköterskorna menade på att aggression bland annat kunde härledas till en avsaknad av kontroll över rådande situation. Det kunde till exempel vara situationer när den demenssjuke personen hade svårigheter att inte hitta tillbaka till sitt rum, och på så sätt hamnade i en beroendeställning. Författarna till föreliggande studie anser att det på demensboenden oftast förekommer långa korridorer med många dörrar, som dessutom är samma färg. Skog (2009) påtalar att en person med demenssjukdom har en minskad orienteringsförmåga och därmed har svårare att hitta i sin omgivning jämfört med en frisk person. Morgan och Stewart (2002) menar att samtliga demensboenden bör anpassa boendemiljön för att underlätta orienteringen för de som bor där. Skog (2009) framhåller att det blir lättare för den demenssjuke att hitta i sin boendemiljö om olika landmärken förstärks med figurer målade med skarpa, klara färger (Skog, 2009). Författarna till föreliggande studie anser att en boendemiljö som är mer anpassad till den demenssjuke och dennes förutsättningar skulle kunna underlätta orienteringen, vilket minskar frustrationen över att inte hitta och på så sätt även minskar uppvisandet av aggression.

Sjuksköterskorna betonade vikten av att försöka finna orsaken till aggressionen då oroliga demenssjuka kunde generera stress både hos de andra boenden samt personalen. Edberg (2002) lyfter fram att en stressad miljö med ett flertal intryck kan leda till att de demenssjuka uppvisar katastrofreaktioner. Mackay et al. (2005) menar att aggressionen kan minska det som orsakar stress elimineras från boendemiljön. Sjuksköterskorna påtalade svårigheten i att finna orsaken till varför aggression uppstod. En orsak till svårigheten var att den demenssjuke sällan kunde förklara vad som är fel. Aggressionen kunde härledas till allt från att den demenssjuke upplevde smärta, hade en infektion, var förstoppad eller sett någonting obehagligt på TV, vilket var i linje med Kunik et al. (2010). Edberg och Edfors (2008) samt Berg et al. (1998) påpekar att vårdpersonalen bör utgå från den demenssjukes livsvärld för att kunna finna orsakerna till aggressionen. Författarna till föreliggande studie anser att det kan vara svårt att utgå från de demenssjukas livsvärld då de uppfattar situationer och kommunikation annorlunda. Polmé (2008) framhäver att aggression kan uppstå på grund av omedvetna provokationer från omgivning. Ett exempel kan vara om en demenssjuk person står och kissar i en blomkruka. Personalen vill väl och försöker hjälpa denne till toaletten, men i den demenssjukes livsvärld har personalen stört samt frambringat skam då de kommer när denne står och kissar. Då personalen välvilja inte uppfattas kan aggression bli en reaktion från den demenssjuke.

När aggression uppstod uppgav flera av sjuksköterskorna att en åtgärd var att försöka leda personen ifrån den provocerande miljön. Mackay et al. (2005) lyfter fram vikten av ta bort de demenssjuka från den provocerande miljön. Flera intryck samtidigt kan utlösa aggression varpå det är av vikt att låta dem vara ensamma och få vila från intryck. Larsson och Rundgren (2003) påvisar att det inte går att resonera med den demenssjuke om aggression uppvisas.

Sjuksköterskorna påtalade att det inte gick att förklara för de demenssjuka att de agerat fel då de uppvisat aggression, då de i de flesta fall redan glömt situationen. Om svårigheter att hantera aggressionen uppstår anser författarna till föreliggande studie kan en åtgärd vara att konsultera kollegor för att få en ny synvinkel på problemet. En av sjuksköterskorna kontaktade BPSD teamet när situationen blev ohållbar och aggressionen inte gick att stävja. Socialstyrelsen (2005) anger att sjuksköterskor bör kunna konsultera annan vård- och omsorgspersonal beroende på situation. Det är även av vikt att uppmärksamma patienters behov, även om de inte kan uttrycka det själv.

I studien framkom olika arbetsmodeller som sjuksköterskorna arbetade efter för att minska oro och aggression och de olika arbetsplatserna följde olika modeller. Författarna till föreliggande studie fann olika arbetsmodeller i litteratur och vetenskapliga artiklar. Axberg et al. (2006) och Einang (2010) beskriver Marte Meo som en modell för att minska aggression från demenssjuka personer. Ingen av sjuksköterskorna arbetade efter denna modell men den finns etablerade i andra kommuner i landet. Författarna menar att Marte Meo skulle kunna vara behjälplig för att skapa en förståelse för kommunikationens betydelse i bemötandet av demenssjuka personer. Om kroppsspråket motsäger den verbala kommunikationen kan förvirring uppstå hos den demenssjuke vilket även kan resultera i aggression. En sjuksköterska ansåg att en hund uppskattades av de demenssjuka, som blev lugna av närvaron. Edvardsson och Wijk (2009) samt LaFrance (2006) styrker sjuksköterskans observationer då de påtalar att närvaron av djur minskar oro hos de demenssjuka, den sociala stimulansen ökade också när djur fanns i närheten (Edvardsson & Wijk, 2009; LaFrance, 2006). Författarna till föreliggande studie anser att fler demensboenden bör implementera djur i verksamheten. I de flesta fall verkar djur ha en positiv effekt på demenssjuka vilket kan minska uppkommandet av aggression.

Samtliga sjuksköterskor påtalade betydelsen av att arbeta med personcentrerad omvårdnad och att se individen, inte sjukdomen. Det var av vikt att stärka den demenssjukes egenresurser så att de kunde känna sig meningsfulla och behövda i sin vardag. Fetherstonhaugh och Nay (2010) framhäver att personcentrerad omvårdnad kan stärka den demenssjukes självuppfattning och verklighetsbild. Författarna till föreliggande studie anser att välbefinnandet kan öka, samt att uppvisande av aggression kan minska, om de demenssjuka får göra meningsfulla aktiviteter under dagen och känna sig så självständig som situationen tillåter. Sjuksköterskorna lyfte fram att det var av relevans att ha kunskap om vad den demenssjuke funnit meningsfullt i livet. De påpekade att det var deras uppgift att skapa en kontakt med närstående och bygga upp ett förtroende. På så sätt kunde närstående bidra med sin kunskap i omvårdnaden. Socialstyrelsen (2011) och Vézina et al. (2011) understryker vikten att förstå den demenssjukes bakgrund för att kunna tillfredsställa personens behov av omvårdnad, vilket är beroende på både personlighet och sjukdomsutveckling. Socialstyrelsen (2005) beskriver att kontakt med närstående ingår i sjuksköterskans kompetens. Larsson och Rundgren (2003) menar att närstående kan ha en avgörande betydelse för att kunna stimulera de demenssjuka med meningsfulla aktiviteter, vilket kan bidra till att minska aggression.

Det framkom delade meningar i frågan om farmakologisk behandling var nödvändig för att motverka aggression. Samtliga uppgav att fysiologiska orsaker först behövde uteslutas om en demenssjuk person uppvisade aggression. Sjuksköterskorna med kortast arbetslivserfarenhet ansåg att en åtgärd för att minska aggression var att kontrollera den demenssjukes medicinlista. Då kunde de se om alla tabletter blivit givna den dagen och om det fanns vid behovs medicinering.



De menade att demenssjuka ofta kan ha depression som en bidiagnos och därför behöver medicineringen. De sjuksköterskor som hade längre erfarenhet underströk att läkemedel inte löste den bakomliggande orsaken till aggression och därför inte skulle användas, utom i ytterst nödfall. De påtalade att när läkemedlets verkan upphört uppvisade personen aggression igen, då orsaken fortfarande fanns kvar. De ansåg att det var mer tidseffektivt att hitta orsaken till aggressionen än att hela tiden behöva sedera personerna med demenssjukdom. Kunik et al. (2010) påvisar att cirka 25 procent av rapporterad aggression från demenssjuka var relaterad till deras sjukdomsbild, 75 procent berodde på andra orsaker såsom smärta, stress och låg tillit till vårdpersonalen. Författarna till föreliggande studie anser att aggression i största möjliga mån bör behandlas utan läkemedel, dels för att fallrisken ökar med läkemedel samt att grundorsaken till aggressionen fortfarande finns kvar. Anledningen till de delade meningarna angående farmakologisk behandling kan ha berott på deras arbetslivserfarenhet. Benner et al. (1999) påtalar att sjuksköterskor uppnår ett kompetensstadium i sitt yrkesutövande efter två års arbetslivserfarenhet vilket samtliga sjuksköterskor hade gjort. Dock så anser författarna till föreliggande studie att sjuksköterskor med lång erfarenhet har, genom praktisk tillämpning av sjuksköterskeyrket, införskaffat sig en förståelse för de demenssjuka och därigenom kan de finna det lättare att hitta och behandla orsaken till aggression.

Bland sjuksköterskorna rådde det även delade meningar om det var yrkeserfarenheten eller utbildningen som var avgörande i bemötandet av aggression från den demenssjuke. Edvardsson et al. (2008a) samt Wilks et al. (2011) menar på att personal med bättre kunskaper kan bemöta demenssjuka personer bättre än de utan utbildning. En studie av Wilks et al. (2011) påtalar att utbildning ökar vårdtagarnas förmåga att hantera den demenssjuke på ett värdigt sätt. Vårdgivare med lägre kunskap om demenssjukdomar förlitade sig på mindre effektiva, och ibland mer provocerande, metoder vid omvårdnads-situationer. En av sjuksköterskorna lyfte fram att förmågan att bemöta demenssjuka personer varken hade med yrkeserfarenhet eller utbildning att göra. Istället var det en fråga om personlig lämplighet som avgjorde bemötandet av demenssjuka personer. Författarna till föreliggande studie anser att det kan vara en kombination av yrkeserfarenhet och utbildning som genererar förmågan att bemöta demenssjuka personer. Med utbildning erhålls teoretiska kunskaper, i yrket kan sedan de teoretiska kunskaperna appliceras praktiskt. I Socialstyrelsen (2005) framgår det att sjuksköterskan ska handleda sina kollegor, vilket författarna menar innebär att sjuksköterskan måste kunna basera sina kunskaper på den kliniska, evidensbaserade kunskap som fås genom utbildning.

## **Slutsats**

Slutsatsen var att sjuksköterskorna försökte finna grundorsaken till aggressionen samt att de i situationen försökte behålla lugnet. Det kunde vara allt från smärta och infektion till en provokation från omgivningen som orsakade aggressionen. Det kan konstateras att det förekom delade meningar om farmakologisk behandling av aggression. En del menade att farmakologisk behandling var den sista utvägen, andra hävdade att det var av vikt vid aggression då demenssjuka personer kan ha sederande och antidepressiva läkemedel som grundbehandling. Det framkom även delade meningar om det var yrkeserfarenhet eller utbildning som hade den avgörande betydelsen i bemötande av aggression från demenssjuka personer. De som menade att utbildning var avgörande påtalade att det genererade en teoretisk kunskap om bland annat demenssjukdom och vad som är av vikt vid bemötandet. De som hävdade att yrkeserfarenhet var avgörande underströk att det behövs ett praktiskt kunnande för att kunna bemöta den demenssjuke.

En hävdade att varken utbildning eller yrkeserfarenhet var avgörande för bemötande utan det handlade om att vara lämpad för jobbet. Det kan även konstateras att samtliga demensboenden använde sig av olika arbetsmodeller för att kunna bemöta den demenssjuke.

#### Fortsatta studier

Målet med föreliggande studie var att undersöka hur sjuksköterskor med mer än två års yrkeserfarenhet bemötte aggressioner hos demenssjuka personer. Det framkom att vissa av sjuksköterskorna ansåg att yrkeserfarenhet hade betydelse för bemötande av aggression från den demenssjuke. Dock fann författarna ingen forskning som lyfte fram yrkeserfarenhetens betydelse för bemötande. Därav kan det vara av intresse att jämföra nyutexaminerade sjuksköterskor bemötande av aggression, med de sjuksköterskor som har längre yrkeserfarenhet. Författarna till föreliggande studie anser även att det skulle vara av intresse att undersöka hur undersköterskor bemöter aggression jämfört med sjuksköterskor med lika lång yrkeslivserfarenhet. Studien hade kunnat belysa den eventuella vikten av utbildning.

Även eventuella skillnader mellan geografiska områden i Sverige, som exempelvis storstad och landsort eller norra och södra Sverige hade varit av intresse att undersöka vidare. Storstäderna har en större arbetsmarknad och enligt författarna byter personalen arbete mer frekvent. Arbetsgivarna har även ett större utbud av arbetssökare vilken kan underlätta att finna lämplig personal. Även en global jämförelse vore intressant för att belysa de kulturella aspekterna inom bemötandet av aggression från demenssjuka personer.

#### Klinisk tillämpbarhet

Enligt författarna behöver sjuksköterskor, oavsett vilken vårdinrättning de arbetar på, kunskap om hur aggression från demenssjuka kan bemötas. Socialstyrelsen (2010) framhäver att den ökande andelen äldre i befolkning kommer att generera fler demenssjuka personer. Författarna till föreliggande studie anser inte att det finns tillräckligt med platser på de renodlade geriatriska avdelningarna för att täcka det växande behovet av vård till demenssjuka personer. Sjuksköterskor som arbetar på andra vårdinrättningar kan komma att vårda demenssjuka personer. Därav kan det vara av fördel att samtliga sjuksköterskor ges utbildning i hur demenssjuka bemöts. Det kan underlätta omvårdnadsarbetet på vårdinrättningarna samt kvalitetssäkra vården för den demenssjuke, som blir lugnare och tryggare i den nya vårdmiljön.

## REFERENSER

- Axberg, U., Hansson, K., Broberg, AG., & Wirtberg, I. (2006). The development of a systemic school-based intervention: Marte Meo and coordination meetings. *Familijen Process*, 45(3), 375-389.
- Benner, P., Tanner, CA., & Chesla, CA. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad: Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, A., Hallberg IR., & Norberg, A. (1998). Nurses reflections about dementia care, the patients, the care and themselves in their daily caregiving. *International Journal of Nursing Studies*, 35(5), 271-282.
- Brodaty, H., Draper, B., & Low, LF. (2003). Nursing home staff attitudes towards residents with dementia: strain and satisfaction with work. *Journal of advanced nursing*, 44(6), 583-590.
- Cvetic, E. (2011). Communication in the perioperative setting. *Aron journal*, 94(3), 261-270.
- Dhoat, S., Ali, K., Bulpitt, CJ., & Rajkumar, C. (2007). Vascular compliance is reduced in vascular dementia and not in Alzheimer's disease. *Age and ageing*, 37(6), 653-659.
- Dimbleby, R., & Burton, G. (1999). *Kommunikation är mer än ord*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, AK. (2002). Att möta personer med demens. I AK. Edberg (Red.), *Att möta personer med demens*. (ss.13-27). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, AK., Bird, M., Richards, DA., Woods, R., Keeley, P., & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: Nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Ageing and mental health*, 12(2), 236-243.
- Edberg AK., & Edfors, E. (2008). Nursing care for people with frontal-lobe dementia: difficulties and possibilities. *International psychogeriatrics*, 20, 361-374.
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and age care staff. *Journal of clinical nursing*, 19(17-18), 2611-2618.
- Edvardsson, D., Sandman, P-O., Nay, R., & Karlsson, S. (2008a). Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 59-65.
- Edvardsson, D., Sandman, P-O., Nay, R., & Karlsson, S. (2008b). Associations between the working characteristics of nursing staff and the prevalence of behavioral symptoms in people with dementia in residential care. *International Psychogeriatrics*, 20, 764-776.
- Edvardsson, D., & Wijk, H. (2009). Omgivningens betydelse för hälsa och vård. I AK. Edberg & H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder: Hälsa och ohälsa*. (ss.173-203). Lund: Studentlitteratur.

Einang, R., Kirkeveld, M., & Skovdahl, K. (2010). Insights gained through Marte Meo counselling: experiences of nurses in dementia specific care units. *International journal of older people nursing*, 6, 123-132.

Fleisher, AS., Chen, K., Liu, X., Roontiva, A., Thiyyagura, P., Ayutyanont, N.,... Reiman, EM. (in press). Using positron emission tomography and florbetapir F 18 to image cortical amyloid in patients with mild cognitive impairment or dementia due to Alzheimer disease. *Archives of neurology*.

Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (ss. 23-39). Lund: Studentlitteratur.

Hegney, D., Eley, R., Plank, A., Buikstra, E., & Parker, V. (2006). Workplace violence in Queensland, Australia: the results of a comparative study. *International Journal of Nursing Practice*, 12 (4), 220-231.

Helgesson, G. (2006). *Forskningsetik: för medicinare och naturvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Hermerén, G., Almgren, K., Bengtsson, P., Cannon, B., Eriksson, S., Höglund, P.,... Werner, P. (2011). *God forskningssed*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

International Council of Nurses. (2005) *ICN's etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2 september 2011, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kunik, ME., Snow, AL., Davilla, JA., Steele, AB., Balasubramanyam, V., Doody, RS.,... Morgan, RO. (2010). Causes of aggressive behavior in patients with dementia. *The journal of clinical psychiatry*, 71(9), 1145-1152.

LaFrance, C., Garcia, LJ., & Labreche, J. (2006). The effect of a therapy dog on the communication skills of an adult with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 40 (3), 215-240.

Lambon-Ralph, MA., Powell, J., Howard, D., Whitworth, AB., Garrard, P., & Hodges, JR. (2001). Semantic memory is impaired in both dementia with Lewy bodies and dementia of Alzheimer's type: a comparative neuropsychological study and literature review. *Journal of neurology, neurosurgery and psychiatry*, 70, 149-156.

Larsson, M., & Rundgren, Å. (2003). *Geriatriska sjukdomar*. (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Grankär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (ss. 159-171). Lund: Studentlitteratur.

- Mackay, I., Paterson, B., & Cassells, C. (2005). Constant or special observations of inpatients presenting a risk of aggression or violence: nurses' perceptions of the rules of engagement. *Journal of psykiatriska och Mental Health Nursing*, 12 (4), 464-471.
- Mathillas, J., Lövheim, H. & Gustavson, Y. (2011). Increasing prevalence of dementia among very old people. *Age and ageing*, 40(2), 243-249.
- Menckel, E., & Viitasara, E. (2002). Threats and violence in Swedish care and welfare – magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16 (4), 376-385.
- Morgan, DG., & Stewart, NJ. (2002). Theory building through mixed-method evaluation of a dementia care unit. *Research in nursing and health*, 25(6), 479-488.
- Neafsey, EJ., & Collins, MA. (2011). Moderate alcohol consumption and cognitive risk. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7, 465-484.
- Norra Stockholms Psykiatri. (u.å.). BPSD Teamet: Verksamhetsbeskrivning. Hämtad den 13 november, 2011, från Norra Stockholms Psykiatri:  
<http://www.norrastockholmspsykiatri.se/enheter/default.asp?ID=85>
- Polmé, O. (2008). *Hur skall vi bemöta demenssjuka?: En handbok för vårdpersonal och anhöriga*. Höganäs: Kommunlitteratur
- Skog, M. (2009). *Vård och omsorg vid demenssjukdomar*. Stockholm: Bonnier Utbildning AB.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 8 september 2011 från Socialstyrelsen:  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010: Stöd för styrning och ledning*. Hämtad 25 augusti 2011 från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18012/2010-5-1.pdf>
- Socialstyrelsen. (2011). *Basal vård, omvårdnad och omsorg*. Hämtad 4 april 2011 från Socialstyrelsen:  
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom/omriktlinjerna/omradenriktlinjerna/omvardnad>
- Svensk författningssamling 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen. Hämtad 9 september 2011 från Riksdagen:  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1982:763>
- Tripathi, M., & Vibha, D. (2010). An approach to and the rationale for the pharmacological management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Annals of Indian academy of neurology*, 13(suppl 2), 94-98.
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer* (4:e uppl.). Lund: Studentlitteratur

Vézina, A., Robichaud, L., Voyer, P., & Pelletier, D. (2011). Identity cues and dementia in nursing home intervention. *Work: a journal of prevention, assessment & rehabilitation*, 40(1), 5-14.

Wilks, SE., Little, KG., Gough, HR. & Spurlock, WJ. (2011). Alzheimer's aggression: influences of caregiver coping and resilience. *Journal of gerontological social work*, 54(3), 260-275.

World Health Organization. (2007). *International statistical Classification of Diseases and related health problems: 10th revision*. Hämtad 2 september 2011, från: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

## BILAGA I

Stockholm 2011-09-02

Till verksamhetschef

NN

XXkliniken

Vi heter Emma Sundelin och Natalie Ekström, är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola termin 5, och ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör hur sjuksköterskor bemöter aggression från en person med demensdiagnos (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra intervjuerna vid ..... äldreboende.

Om studien får genomföras vid ....äldreboende, är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga i bifogad kuvert. Finns det tveksamheter till att studien genomförs vid .....äldreboende är vi tacksamma för besked om detta. Finns ytterligare frågor rörande undersökningen är du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.

Vänlig hälsning

Natalie Ekström  
Students namn

XXXX-XXXXXX  
Students telefonnummer

natalie.ekstrom@stud.shh.se  
Students E-postadress

Britten Jansson  
Handledares namn

XXXX-XXXXXX  
Handledares telefonnummer

Emma Sundelin  
Students namn

XXXX-XXXXXX  
Students telefonnummer

emma.sundelin@stud.shh.se  
Students E-postadress

## Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Arbetets titel

ATT MÖTA AGGRESSION I ARBETET

Med en ökande andel äldre i befolkningen är demenssjukdom ett växande problem i samhället. Enligt Socialstyrelsen finns det idag cirka 150 000 personer med demensdiagnos i Sverige varav åtta procent av alla som är 65 år eller äldre. Demenssjukdomar kan påverka kognition, spatiala förmågor, kommunikativa förmågor, initiativförmågor samt kan ge emotionella och beteendeförändringar. Sjukdomen är inte ett normalt åldersfenomen och för att betecknas som demens måste försämringen ha debuterat i vuxen ålder. Personal som jobbar med personer som har en demenssjukdom kan bli utsatta för aggression vid omvårdnadssituationer och det kan finnas många orsaker till detta som till exempel depression, psykos, smärta, låg känsla av tillit till vårdpersonalen samt avsaknad av social stimulering. En person med en demensdiagnos har en begränsad förmåga till att ta in och tolka olika intryck och när individen blir utsatt för flera intryck än denne klarar av att hantera kan denne svara med aggressivitet. Aggression kan vara ett resultat av förklarliga med omedvetna provokationer från omgivningen och personen med demensdiagnos kan uppleva hjälp som ett överfall och därför reagera med aggression. Studier inom området visar att vårdpersonal med högre utbildningsnivå, och större kunskap om demenssjukdomar, bättre kommer att kunna bemöta och kommunicera med personer med demensdiagnos. De personer med lägre utbildning tolkade den demenssjukes beteende som aggressivt, icke samarbetsvilligt och oförutsägbart vilket resulterade i en högre arbetsbörda.

Syftet är att beskriva sjuksköterskans bemötande av aggression från personer med en demensdiagnos i omvårdnadssituationer.

Denna studie är en kvalitativ intervjustudie vilket innebär att ett antal intervjuer kommer att utföras på äldreboenden i Stockholmsregionen. Intervjuerna kommer att spelas in med en ljudbandspelare och då intervjuerna är konfidentiella kommer endast författarna ha tillgång till materialet och intervjuerna kommer att raderas då materialet bearbetats. Deltagandet är frivilligt och den medverkande kan när som helst avbryta sitt deltagande under intervjuens gång.

Kriterierna för denna intervjustudie är att det finns minst en avdelning som är ett demensboende. Sjuksköterskan som intervjuas skall ha arbetat i minst två år, erfarenhet från minst ett demensboende och ha varit med om att möta aggression från en boende på en demensavdelning.

Tidslängden för examensarbetet kommer att vara under perioden augusti fram till början av december.



Jag godkänner härmed att Emma Sundelin och Natalie Ekström får utföra studien ATT  
MÖTA AGGRESSION I ARBETET på ... äldreboende under tidsperioden September-  
December 2011.

---

Ort, datum

---

Namnteckning, Verksamhetschef

---

Namnförtydligande

# Intervjuguide

---

## *Författarnas frågor*

Vad har intervjupersonen för arbetslivserfarenhet?

Vad har intervjupersonen för erfarenheter av aggression från personer med en demenssjukdom?

Har de något preventionsarbete för att minska aggression för personer med en demensdiagnos?

## *Intervjufrågor*

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?

Har du någon vidareutbildning?

Hur länge har du jobbat med demenssjuka personer?

Berätta om en situation som du varit med om när en person med demensdiagnos uppvisat aggression?

Vad gjorde du när han/hon blev aggressiv?

Vad tror du utlöste aggressionen?

Om du idag möter på samma situation, hur skulle du då agera?

Hur ser era rutiner ut för att minska aggression hos personer med en demensdiagnos?

### **BILAGA III**

Namn  
Boende, Datum  
Adress  
Postnummer

Vi heter Emma Sundelin och Natalie Ekström och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5 som ska genomföra ett examensarbete omfattande 15 högskolepoäng. Området som ska studeras berör är hur sjuksköterskor bemöter aggression hos personer med en demensdiagnos. Vi är därför intresserade av att få genomföra intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på er demensavdelning. Sjuksköterskorna som intervjuas skall ha varit färdiga sjuksköterskor i minst två år och under sitt arbete mött aggression från en person med demensdiagnos.

En sammanfattning av arbetet följs på nästa sida.  
Kontakta gärna oss eller vår handledare vid frågor och funderingar kring denna studie.

Med vänlig hälsning

Natalie Ekström  
Sophiahemmet Högskola  
XXXX-XXXXXX  
[natalie.ekstrom@stud.shh.se](mailto:natalie.ekstrom@stud.shh.se)

Emma Sundelin  
Sophiahemmet Högskola  
XXXX-XXXXXX  
[emma.sundelin@stud.shh.se](mailto:emma.sundelin@stud.shh.se)

Handledare  
Britten Jansson  
Sophiahemmet Högskola  
XXXX-XXXXXX

## Sammanfattning av ARBETETS upplägg och innehåll

Arbetets titel

ATT MÖTA AGGRESSION I ARBETET

Med en ökande andel äldre i befolkningen är demenssjukdom ett växande problem i samhället. Enligt Socialstyrelsen finns det idag cirka 150 000 personer med demensdiagnos i Sverige varav åtta procent av alla som är 65 år eller äldre. Demenssjukdomar kan påverka kognition, spatiala förmågor, kommunikativa förmågor, initiativförmågor samt kan ge emotionella och beteendeförändringar. Sjukdomen är inte ett normalt åldersfenomen och för att betecknas som demens måste försämringen ha debuterat i vuxen ålder. Personal som jobbar med personer som har en demenssjukdom kan bli utsatta för aggression vid omvårdnadssituationer och det kan finnas många orsaker till detta som till exempel depression, psykoser, smärta, låg känsla av tillit till vårdpersonalen samt avsaknad av social stimulering. En person med en demensdiagnos har en begränsad förmåga till att ta in och tolka olika intryck och när individen blir utsatt för flera intryck än denne klarar av att hantera kan denne svara med aggressivitet. Aggression kan vara ett resultat av förklarliga med omedvetna provokationer från omgivningen och personen med demensdiagnos kan uppleva hjälp som ett överfall och därför reagera med aggression. Studier inom området visar att vårdpersonal med högre utbildningsnivå, och större kunskap om demenssjukdomar, bättre kommer att kunna bemöta och kommunicera med personer med demensdiagnos. De personer med lägre utbildning tolkade den demenssjukes beteende som aggressivt, icke samarbetsvilligt och oförutsägbart vilket resulterade i en högre arbetsbörda.

Syftet är att beskriva sjuksköterskans bemötande av aggression från personer med en demensdiagnos i omvårdnadssituationer.

Denna studie är en kvalitativ intervjustudie vilket innebär att ett antal intervjuer kommer att utföras på äldreboenden i Stockholmsregionen. Intervjuerna kommer att spelas in med en ljudbandspelare och då intervjuerna är konfidentiella kommer endast författarna ha tillgång till materialet och intervjuerna kommer att raderas då materialet bearbetats. Deltagandet är frivilligt och den medverkande kan när som helst avbryta sitt deltagande under intervjuens gång.

Tidslängden för examensarbetet kommer att vara under perioden augusti fram till början av december.

## **SAMTYCKE**

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:

---

Ort, datum

---

Namn-teckning, Deltagare

---

Namnförtydligande