MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

PROBLEMATISKA BETEENDEN VID DEMENS

ANVÄNDBARA FÖRHÅLLNINGSSÄTT FÖR VÅRDPERSONAL

ANNIKA AXELSSON
HANNA NILSSON

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90
Sjuksköterskeprogrammet
Maj 2008

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

PROBLEMATISKA BETEENDEN VID DEMENS

ANVÄNDBARA FÖRHÅLLNINGSSÄTT FÖR VÅRDPERSONAL

ANNIKA AXELSSON
HANNA NILSSON

Axelsson, A & Nilsson, H. Problematiska beteenden vid demens – Användbara förhållningssätt för vårdpersonal.
Examensarbete i omvårdnad 15 poäng. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle. Utbildningsområde omvårdnad, 2008.

Sveriges befolkning blir allt äldre och i takt med detta ökar andelen personer med demens och deras behov av vård. Svårigheter med att hantera beteendestörningar såsom aggression och agitation hos personer med demens har visat sig vara ett problem för vårdpersonal. Syftet med denna litteraturstudie har varit att sammanställa aktuell vetenskaplig litteratur avseende vad som är viktigt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar problematiska beteenden samt att undersöka vilket stöd vårdpersonalen behöver för att på ett professionellt sätt kunna bemöta dessa personer. En systematisk litteraturstudie genomfördes utefter Goodmans sju forskningssteg (SBU, 1993), där vetenskapliga artiklar hittades efter sökningar i databaserna PubMed och Cinahl. Resultatet redovisar vikten av att som vårdpersonal försöka finna eventuella bakomliggande orsaker till de problematiska beteendena samt att utforma omvårdnad som anpassas till individen. Även faktorer såsom god kommunikation, känslomässig närvaro samt kunskap hos personalen om patientens livshistoria tas upp som viktiga. När det gäller behoven hos personalen för att kunna genomföra detta på bästa sätt utkristalliserade sig områdena handledning och utbildning.

Nyckelord: bemötande, demens, förhållningssätt, omvårdnad, problematiska beteenden, vårdpersonal.

PROBLEMATIC BEHAVIOURS IN DEMENTIA

USEFUL APPROACHES FOR NURSING STAFF

ANNIKA AXELSSON
HANNA NILSSON

Axelsson, A & Nilsson, H. Problematic behaviours in dementia – Useful approaches for nursing staff.
Degree project, 15 Credit points, nursing programme. Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2008.

The inhabitants of Sweden become older and older and following this an increase of the number of people suffering from dementia can be seen. Dementia is a progressive disease and the need for nursing care increases as the disease advances. Difficulties in handling behaviours such as aggression and agitation displayed by people with dementia, has turned out to be a problem for nursing staff. The aim of this study has been to compile literature concerning different useful approaches towards people with dementia, in situations perceived as problematic by nursing staff, and to examine what kind of support the staff need in order to deal with these people in a professional way. A systematic literature review was performed according to Goodman (SBU, 1993) where 13 scientific articles were used after searches in the PubMed and Cinahl databases. The result presents the importance of the nursing staff trying to find underlying reasons for the displayed problematic behaviours and also adjusting the nursing care according to the individual patient. Factors such as good communication, emotional presence and knowledge about the patients' life history are emphasized. When it comes to the needs of the staff, the areas education and systematic guidance arose.

Key words: approach, attitude, dementia, nursing care, nursing staff, problematic behaviours.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 4

BAKGRUND 5
- Diagnos 6
- Olika demenssjukdomar 6
  - Alzheimers sjukdom 6
  - Vaskulär demens 7
  - Frontallobsdemens 7
  - Övriga demenssjukdomar 7
- Behandling 8
- Bemötande 8
- Problematiska beteenden 9
- Etiska dilemman 10
- Teoretisk referensram 11
- Sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv 11

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR 12
- Avgränsning 12
- Definition 12

METOD 12
- Litteratursökning 13
- Analysmetod 13

RESULTAT 14
- Finna eventuella bakomliggande orsaker 14
- God kommunikation 15
- Individuellt utformad omvårdnad 16
- Känslomässig närvaro 18
- Kunskap om patientens livshistoria 18
- Handledning 19
- Utbildning 19

DISKUSSION 20
- Metoddiskussion 20
- Artikeldiskussion 21
- Resultatdiskussion 22

SLUTSATSER 24

REFERENSER 25

BILAGOR 28

INLEDNING

Efter att ha arbetat inom äldreomsorgen har vi uppmärksammat och erfarit att vårdandet av patienter med en demenssjukdom är en svår och ansvarsfull uppgift. Det går inte alltid att säga vad som är rätt eller fel.

De flesta patienter med demens utvecklar någon form av problematiska beteenden vilket kan orsaka ett enormt lidande för patienten och en ökad stress för den ansvarige vårdaren (Desai & Grossberg, 2001). Ibland kan vissa mediciner få patienten att må bättre men det är även viktigt att betona den stora roll personalen har för att denna grupp av patienter ska få en så bra livskvalitet som möjligt.

Hur vårdpersonalen bemöter patienter med demens har visat sig vara betydelsefullt för hur dessa patienter fungerar i sin vardagssituation. En positiv och nära relation kan leda till att patienten fungerar mycket bättre än annars. Två olika vårdare som utför exakt samma uppgift men på olika sätt kan resultera i att bara en av dem får ett lyckat resultat (SBU, 2007).

Vi tror att en förutsättning för professionell omvårdnad och en god relation till patienter med demenssjukdom är att personalen stannar upp och reflekterar över sitt sätt att agera och inte tar för givet att det som alltid har gjorts är det rätta.

BAKGRUND

Sveriges befolkning blir allt äldre och i takt med detta ökar andelen demenssjuka. Demenssjukdomarna är obotliga, långvariga och leder sakta men säkert till omfattande funktionsnedsättning. De påverkar hela livssituationen för både de sjuka och deras närstående (Socialstyrelsen, 2007). Av dem som anses vara medelsvårt till svårt demenda bor de flesta på institution eller har omfattande stöd av en närstående (Gulmann, 2003). Detta är mycket resurskrävande även för samhället. År 2000 beräknades samhällskostnaderna uppgå till 38.4 miljarder kronor. Detta kan jämföras med samhällskostanden för hjärt- och kärlsjukdomar som år 2003 beräknades uppgå till 25.4 miljarder kronor (Socialstyrelsen, 2007).

Kostnaderna idag beräknas till cirka 40 miljarder per år och förväntas öka i och med att befolkningen blir allt äldre (SBU, 2007). För närvarande går ökningen relativt långsamt men efter år 2020, när antalet personer över 80 år ökar kraftigt, kommer en acceleration att ske (diagram 1).

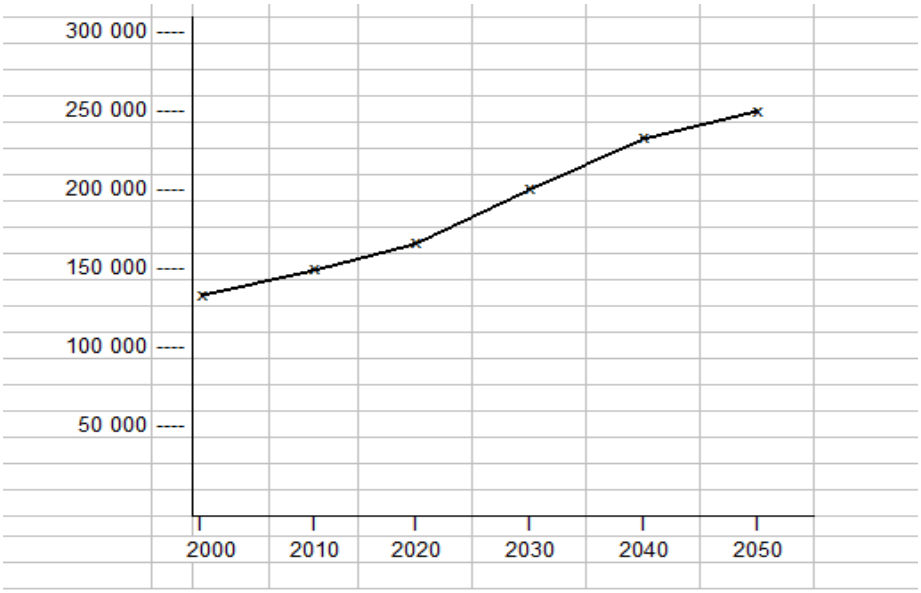

Diagram 1. Prognos för antalet demenda år 2000-2050 (efter figur 2, Socialstyrelsen, 2007).

Internationellt sett beräknas år 2050 en kraftig minskning av både mortalitet och fertilitet leda till att äldre (de över 60 år) för första gången i historien kommer att överstiga antalet barn. Skillnaden i prevalensen för demens världen över är liten (Fratiglioni & Von Strauss, 2007).

Demenssjuka finns inom alla delar av vårdsystemet och kommer dagligen i kontakt med olika kategorier av vårdpersonal. Denna personal ställs ofta inför svåra situationer där det kan var svårt att veta vilket förhållningssätt som är lämpligt. Exempel på beteenden som kan vara svårt att hantera är kommunikationsproblem, aggressivitet och oro (a a).

Diagnos

Demens tillhör gruppen organiska psykiska sjukdomar och är ett syndrom snarare än en enda sjukdom. Det finns flera olika sjukdomar som kan orsaka demens och de har mycket gemensamt i hur de yttrar sig (SBU, 2007).

För att diagnosen demens ska kunna ställas krävs enligt det internationella diagnosklassificeringssystemet ICD-10 bland annat att minnesförmågan ska vara försämrad och att andra kognitiva funktioner ska vara nedsatta i så hög grad att det normala dagliga livet störs. Med kognitiva funktioner menas abstraktionsförmåga, omdöme, tänkande och planering. Personligheten och beteendet ska vara förändrade på minst ett av följande sätt: emotionell labilitet, irritabilitet, apati eller förgrovat socialt beteende. Dessutom krävs att problemen ska ha en varaktighet på mer än 6 månader (Gulmann, 2003).

Demens brukar indelas efter svårighetsgraderna lätt, medelsvår och svår utifrån grad av social förmåga och vårdbehov. Symtom hos patienter i den första kategorin kan vara svåra att upptäcka och dessa har ofta inte fått en diagnos ännu. Försämrad minnes- och koncentrationsförmåga samt nedstämdhet kan vara tidiga tecken som lätt kan förväxlas med normala åldersförändringar. Vid medelsvår demens har patienten tydliga minnesbesvär, eventuellt försämrat språk och psykotiska symtom. Här kan patienten ibland fortfarande bo hemma med mycket stöd. Svår demens innebär en kraftigt nedsatt förmåga både psykiskt och fysiskt där patienten praktiskt taget förlorat all kapacitet att ta hand om sig själv. Afasi, agnosi och olika beteendestörningar såsom ilska och desorientering är vanliga. I detta stadium är det ofta svårt att ens se spår av den ursprungliga personligheten (a a).

Diagnosen ställs genom att en demensutredning görs av en neurolog. Utredningen innehåller följande delar: kartläggning av symtomen, allmän läkarundersökning, intellektuella tester, blodprov och skiktröntgen. Syftet med undersökningarna är att ge en säker diagnos och att se vilken sjukdom som ligger bakom demensen (Åstrand, 2003).

Olika demenssjukdomar

Demens orsakas alltid av en sjukdom och ska inte förväxlas med vanliga åldersförändringar. Symtom uppkommer när viktiga nervceller eller nervbanor skadas och är olika beroende på vilken del av hjärnan som är påverkad (Åstrand, 2003).

Alzheimers sjukdom

Alzheimers är den vanligaste av demenssjukdomarna (diagram 2). Sjukdomen drabbar främst människor över 65 år men kan i enstaka fall debutera redan vid 50 års ålder. Symtomen kommer smygande och förloppet är ofta långsamt. Störningar i långtidsminnet är ett typiskt symtom och även svårigheter att hitta är vanligt. Personligheten är däremot oftast välbevarad länge. Alzheimers utvecklar sig under 5-15 år från de första symtomen till dess att patienten avlider på grund av sin sjukdom. Nervbanor i hjärnbarken och i djupare delar av hjärnan skadas och förtvinar men även nervceller drabbas (Gulmann, 2003). Oftast kan man inte hitta någon orsak till sjukdomen men i ett fåtal fall är den ärftligt betingad (Åstrand, 2003)

Vaskulär demens

Efter Alzheimers sjukdom är vaskulär demens den vanligaste demensformen hos äldre. Sjukdomen uppstår till följd av cirkulationsstörningar och infarkter i hjärnan (Gulmann, 2003). Skadorna kan uppkomma på olika ställen vilket gör att symtomen varierar och ibland kan likna andra demenssjukdomar. I många fall har patienten en relativt välbevarad personlighet vid vaskulär demens (FASS, 2008-02-08). Försämringen sker stegvis, ofta i samband med typiska symtom på stroke, till exempel halvsidig förlamning. Ju större infarkt desto snabbare försämring ses. Ofta ses en liten tillfällig förbättring efter varje infarkt men sällan till tidigare nivå (Åstrand, 2003). En kombination av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens är vanlig (diagram 2).

Frontallobsdemens

Frontallobsdemens är en ovanlig sjukdom som yttrar sig helt annorlunda än de andra demensformerna (Demensförbundet, 2008-02-08). Vanliga symtom är betydande personlighetsförändring och brist på socialt medvetande. Däremot är orienteringsförmåga, detaljminne och språkförståelse ofta välbevarade men drabbade personer har i många fall begränsad sjukdomsinsikt (FASS, 2008-02-08). Sjukdomen beror på skador i pannloberna och tinninglobernas främre del. Hälften av fallen beror på ärftliga faktorer och resten på bland annat skallskada, stroke eller tumör (Gulmann, 2003). Förloppet är smygande med en jämn försämring. Efterhand förlorar patienten den viljestyrda kontrollen över muskler (Åstrand, 2003). I genomsnitt varar sjukdomen mellan 8 och 12 år och slutar med total hjälplöshet (Gulmann, 2003).

Övriga demenssjukdomar

Av övriga demenssjukdomar kan nämnas demens vid Parkinsons sjukdom och Lewi-body demens. Parkinsonpatiener löper i sena stadier av sin sjukdom en risk att utveckla demens. Diagnosen är ofta svår att ställa på grund av deras neurologiska handikapp och vanlig samtida förekomst av depression och förvirring (Malmöhus läns landsting, 1997). Lewi-body demens ger i början symtom som liknar Parkinsons sjukdom. Patienterna växlar mellan perioder av bättre och sämre tillstånd och blir endast marginellt hjälpta av Parkinson-medicinerna (Åstrand, 2003).

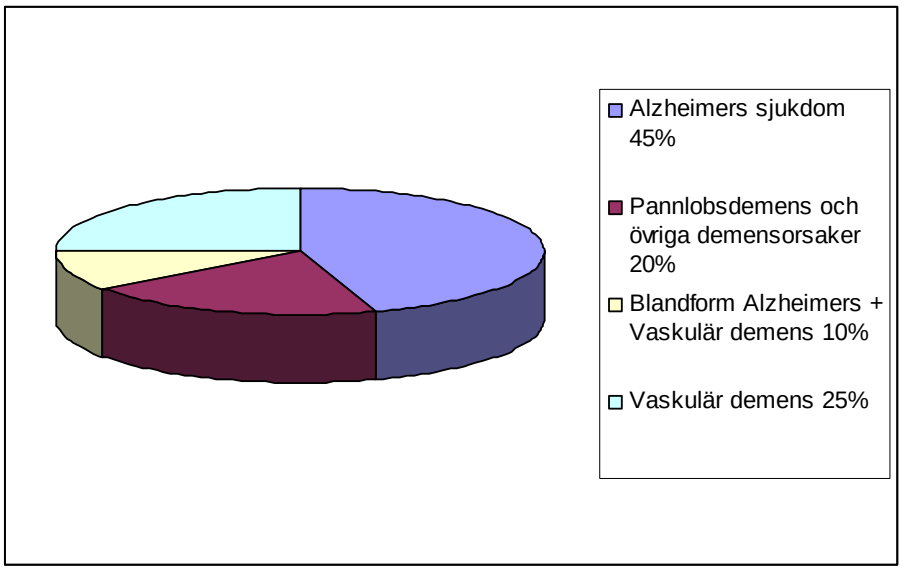

Diagram 2. Efter Åstrand, 2003.

Behandling

Behandling av personer med demens kan delas in i medicinsk och omvårdnadsmässig behandling. Den medicinska behandlingen av grundsjukdomen, så kallad primärbehandling, används vid bland annat Alzheimers sjukdom. Genom att nedbrytningen av signalsubstansen acetylkolin hämmas förbättras den intellektuella funktionen hos ungefär hälften av patienterna. Medicinen påverkar däremot inte själva grundsjukdomen utan ger endast en tillfällig förbättring (Gulmann, 2003).

Sekundärbehandling inriktar sig på att lindra symtom med bland annat bensodiazepiner, antipsykotika och antidepressiva medel (a a). Framför allt depressiva och psykotiska symtom har visat sig kunna lindras med läkemedel. Olika mediciner bör sättas in i så låga doser som möjligt och effekten av en medicin bör inväntas innan en annan sätts in. När det gäller bensodiazepiner rekommenderas att dessa endast används på kort sikt när inget annat hjälper eftersom de är beroendeframkallande och anses medföra en ökad fallrisk (Omelan, 2006). Det har visat sig att medicinsk behandling av beteendemässiga symtom såsom aggressivitet och oro ofta inte har tillräcklig effekt och att medicinerna istället ger biverkningar som överskuggar den blygsamma positiva effekten. Särskilt svårbehandlade har beteenden såsom rymningstendens, högljuddhet, motorisk rastlöshet och oro visat sig vara. För dessa symtom rekommenderas istället omvårdnadsmässiga behandlingsmetoder i första hand.

Trots att forskningen visat på dess i många fall begränsade effekt, används bensodiazepiner som första behandlingsmetod i många fall (Howard et al, 2001). En kombination av flertalet olika läkemedel både avseende den primära och den sekundära behandlingen är inte ovanlig (FASS, 2008-02-08).

Omvårdnadsmässig, psykologisk och pedagogisk behandling inriktar sig både på att förbättra patientens färdigheter och ge mer värdighet i vardagen. Här inkluderas den yttre miljön, aktiviteter och bemötande. Även det sociala utbudet med omsorg för de anhöriga är viktigt för patientens livskvalitet (Gulmann, 2003). Beteendemässiga störningar kan i många fall förbättras genom att en strukturerad vårdplan utarbetas för patienten. Denna utgår ofta från kartläggning av problembeteenden samt bakomliggande faktorer och bör engagera all berörd personal (Howard et al, 2001).

Bemötande

Synen på människor med demenssjukdom har förändrats de senaste decennierna. Före 1970-talet betraktades demenssjuka mer eller mindre som objekt utan personlig identitet. Snarare än som människor med behov av stimulans sågs de nästan som levande döda. Senare förändrades synsättet, så att det rent medicinska perspektivet kom i fokus och kunskap om den fysiska hjärnskadan blev det viktigaste för vårdarna. När psykologer och omvårdnadsforskare började engagera sig i vården av demenssjuka uppmärksammades även patientens känslomässiga behov. Idag ses den demenssjuka personen som en individ som på grund av sin hjärnskada behöver hjälp. Ett större intresse riktas numera mot samspelet mellan patienten och omgivningen. Det handlar om att ta tillvara och stimulera den förmåga som fortfarande finns kvar (SBU, 2007).

Det är en ansvarsfull uppgift att vårda personer med demens. Att vårdaren har förmåga att skapa en god relation är viktigt, men även att ha tillräcklig kunskap och tid är grundläggande (a a). Omvårdnadsbehovet hos patienter med demens är mycket individuellt. För personalen eller den anhörige handlar det mycket om att

försöka sätta sig in i patientens värld och att förstå vad han/hon behöver (Edberg, 2002).

Flera studier har visat att det finns vissa specifika faktorer som kan skapa ett positivt möte mellan personal och patient. Det tonfall och det kroppsspråk som personalen använder sig av kan underlätta kommunikationen när till exempel innebörden i orden som används är svåra för patienten att förstå. Att betona väsentliga ord och tala lugnt kan hjälpa och skapa en trygg atmosfär (a a).

Ofta möts personal och patienter i omvårdnadssituationer där patienten behöver praktisk hjälp. Att personalen då fokuserar på individen och inte bara på uppgiften som ska utföras kan göra att patientens resurser tas tillvara på ett bättre sätt och att situationen upplevs mer positiv av dem båda (a a).

Problematiska beteenden

Demenssjukdomar påverkar inte bara den sjukes beteende utan också hans/hennes sätt att uppleva omgivningen. Symtomen kan göra att det blir svårt att handla på ett sätt som är begripligt för omvärlden. Eftersom förmågan att tolka och handla i förhållande till omgivningen blir nedsatt blir beteendet ofta ”fel” i förhållande till det som betraktas som normalt (Hallberg, 1997).

Ett vedertaget begrepp inom området är ”BPSD” (Behavioural and Psycological Symptoms of Dementia). BPSD är ett samlingbegrepp för beteendemässiga och psykiska symtom som kan ses vid demenssjukdom och kan delas in enligt tabellen nedan (Eriksson et al, 2001).

Tabell 1. Efter Eriksson et al, 2001.

Psykiska symtom	Beteendemässiga symtom
Vanföreställningar	Fysisk aggressivitet
Hallucinationer	Irritabilitet
Nedstämdhet	Vandrande
Sömnsvårigheter	Rastlöshet
Ångest	Agitation
Emotionell labilitet	Gå av och an
Missidentifikationer	Skrikande
	Sexuellt ohämmat beteende
	Gråt
	Svärande
	Viljelöshet
	Skuggande
	Repetitiva handlingar

Paranoida tankar om att personalen stulit eller gömt saker är vanligt förekommande. Andra exempel på vanföreställningar är tankar om att vilja åka hem trots att personen är hemma och att sammanblanda minnen och händelser i vardagen. Med missidentifikation menas situationer där till exempel en vårdare eller anhörig uppfattas som någon annan eller händelser på TV upplevs som verkliga. Exempel på agitation kan vara kraftig oro som kan uttrycka sig på olika sätt (a a).

Något som många vårdare upplever som påfrestande är när patienter uttrycker rastlöshet i form av motorisk oro. Patienten kan följa efter personalen oavbrutet och försöka kontrollera vart han eller hon är på väg. Att vandra omkring till synes

planlöst är vanligt förekommande på framför allt vårdboenden. Ett problem detta kan medföra är att patienten går in i andra vårdtagares rum och på detta sätt hamnar i konflikt. En annan risk med beteendet är rymning. Verbal och fysisk aggressivitet är något många vårdare upplever som svårt. De utsatta är ofta vårdpersonal, mer sällan medpatienter eller anhöriga (Eriksson & Saveman, 2002).

Det så kallade roparbeteendet förekommer framförallt hos personer med grav demens och kan uttrycka sig som höga rop på hjälp eller klagande och skrikande på familjemedlemmar som inte är närvarande. I privata hem är det största problemet för personer med demens ofta orenlighet. Detta beror i många fall på svårigheter att förstå hur hygienartiklar ska användas och oförmåga att på egen hand utföra toa-lettbesök (Gulmann, 2003).

Just hjälp med den personliga hygienen är en vanlig omvårdnadssituation som kan upplevas som svår för både vårdare och patient. Situationen kan upplevas som obehaglig och kränkande för patienten som inte alltid förstår syftet med vad som sker. Detta kan leda till aggressivitet och oro och göra att nästa toalettbesök eller duschtillfälle blir ännu mer problematiskt (Aremyr, 2000).

Svårigheter med att hantera besvärligt uppförande hos patienter med demens har i undersökningar visat sig vara den största orsaken till utbrändhet och depression hos vårdpersonal. I många fall upplevs vårdarbetet som tungt både fysiskt och psykiskt och osäkerhet angående hur problemen ska hanteras kan leda till en känsla av maktlöshet och frustration (Martin-Cook et al, 2003; Eriksson & Saveman, 2002). I vissa fall kan det problematiska uppförandet hos patienten misstolkas och kan istället för att som en del av sjukdomen ses som ett medvetet försök att vara besvärlig eller manipulativ. Detta kan ge upphov till starkt negativa känslor hos personalen och stimulera till ökade problem i framtiden (Martin-Cook et al, 2003). För att bryta detta destruktiva mönster behöver vårdpersonal utveckla verktyg och tillvägagångssätt för att på bästa sätt kunna lösa problemen och underlätta situationen både för patienten och för sig själva (Nazarko, 2006).

Etiska dilemman

Enligt sjuksköterskans kompetensbeskrivning ska ett etiskt förhållningssätt genomsyra samtliga arbetsområden (Socialstyrelsen, 2005). Vad detta innebär är emellertid inte alltid självklart och de som vårdar personer med demens ställs ofta inför svåra situationer. Etiska beslut som tas styrs av personalens egna värderingar och individuella människosyn som i sin tur är beroende av deras tidigare erfarenheter och nuvarande kunskap (SBU, 2007).

Enligt autonomiprincipen har alla rätt till självbestämmande. Patientens integritet och livskvalitet ska stå i fokus (Statens medicinsketiska råd, 1997). Vid demenssjukdom kan det vara svårt att avgöra huruvida patienten är i stånd att själv fatta beslut avseende sin egen vardag och framtid. Om det anses att patienten är alltför sjuk för att ta sådana beslut är frågan vem som ska ta den rollen. Ofta faller det på anhöriga som i många fall får ta svåra beslut med ett stort ansvar vilande sina axlar. Om det inte finns närstående som kan ta ansvaret utses en god man som ska känna patienten tillräckligt väl för att kunna ta dessa beslut (SBU, 2007). Autonomiprincipen kan ibland komma i konflikt med principen att göra gott. Även i vardagliga situationer kan personal bli tvungen att gå emot patientens vilja för att göra det som uppenbart är rätt. Det är då upp till personalen att göra detta på ett sätt som så litet som möjligt kränker patientens integritet (Statens medicinsketiska råd, 1997).

Teoretisk referensram

Som teoretisk ansats valdes Jean Watsons omvårdnadsteori eftersom den betonar det holistiska och humanistiska perspektivet, vilket i studien ansågs relevant. Även att patienten ska ses utifrån både sina fysiska och psykosociala behov sågs som en utgångspunkt som författarna kunde stå bakom (Watson, 1993).

Watson skriver i *"En teori för omvårdnad"* (1993) att människan är en värdefull individ som ska vårdas, respekteras och tas omhand utifrån sin helhet. Varje enskild person är mer än bara summan av sina delar. Sjuksköterskan kan med fördel använda sig av metoder som ger utrymme både för de egna och för patientens subjektiva och personliga tankar och istället för att endast genomföra yttre observationer ska sjuksköterskan försöka sätta sig in i de inre upplevelserna (a a).

Det är viktigt att sjuksköterskan genom att lära känna patienten utvecklar en god relation och ser på denne som en individ med egna tankar och känslor snarare än endast som en patient. Genom att tillgodose patienten med information ska sjuksköterskan verka för att denne själv i största möjliga mån ska ta kontrollen över sin hälsa. Förutom att verka för patientens hälsa ska sjuksköterskan också försöka skapa förutsättningar för inre harmoni och välbefinnande (Watson, 1988).

Sjuksköterskans omvårdnadsperspektiv

Även i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) står att omvårdnad ska ges utifrån ett holistiskt perspektiv. I bemötandet ska sjuksköterskan visa respekt för patientens autonomi och värdighet och även tillvarata närståendes kunskaper och erfarenheter. Stöd och vägledning ska ges i dialog med patienten för att denne ska bli så delaktig som möjligt i sin vård och hänsyn ska i dessa situationer tas till patienter som av någon anledning har svårt att ta till sig information, i detta fall patienter med demens. Viktigt är även att varje enskild patients förmåga bedöms individuellt och att befintliga resurser tas tillvara.

Sjuksköterskan ska ha förmåga att på ett lyhört, empatiskt och respektfullt sätt kommunicera med både patienter och närstående. Även att förvissa sig om att patienten på rätt sätt uppfattat informationen är viktigt (a a).

SYFTE

Syftet med studien har varit att undersöka vad som är viktigt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom som uppvisar problematiska beteenden. Dessutom undersöktes vad som krävs för att vårdpersonal ska kunna bemöta dessa patienter utifrån ett professionellt förhållningssätt.

Avgränsning

I studien inkluderades artiklar som är publicerade från år 2000 och framåt, är publicerade i vetenskapliga tidskrifter och skrivna på engelska. Både kvalitativa och kvantitativa artiklar samt litteratursammanställningar inkluderades.

Definition

Demens är ett samlingsnamn för många olika symtom där hjärnfunktionen på olika sätt har försämrats (Gulmann, 2003). I studien undersöktes detta begrepp i sin helhet och oavsett patientens ålder. *Förhållningssätt* definieras i studien på samma sätt som i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005):

”/…/ den bakomliggande inställning eller anda som ligger till grund för bemötande eller hur man agerar inför en situation eller uppgift.”

Med *vårdpersonal* menas vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. *Problematiska beteenden* definieras i studien som beteendemässiga och psykiska symtom som kan ses vid demenssjukdom och av vårdpersonalen upplevs som problematiska.

METOD

För att besvara frågeställningen genomfördes en systematisk litteraturstudie. Goodmans sju steg för metodisk litteraturinsamling och bearbetning användes som grund och modifierades för att passa syftet (SBU, 1993).

1. Specificera forskningsproblemet
2. Specificera inklusions- och exklusionskriterier
3. Formulera en plan för litteratursökning
4. Genomför litteratursökningen
5. Granska och analysera artiklarna
6. Sammanställ resultat
7. Formulera slutsats

Punkt 1 och 2 besvarades under rubriken Syfte och frågeställningar. När det gäller punkt 3 presenterades en plan för litteratursökningen i projektplanen som föregick detta arbete.

Litteratursökning

Genomförandet av sökningen (punkt 4) presenteras i tabell 2. Både MeSH-termer i PubMed och Headings i Cinahl användes och en sökning med fritext ord genomfördes i Pubmeddatabasen. Sökorden var: *dementia*, *attitude*, *behaviour*, *caregivers*, *nursing*, *nursing care*, *aggression*, *disease management*, *difficulties*, *social behaviour disorder*, *problem patients*. De olika sökningarna kodades för att i efterhand lätt kunna härleda hur respektive använd artikel sökts fram.

*Tabell 2.*Databassökning.

Databas	Söknings-kod	Datum	Söktermer	Limits	Träffar	Granskade abstract	Granskade artiklar	Använda artiklar
Pub Med	P1	080403	"Dementia"[MeSH] and "Attitude"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	569	23	3	**2**
	P2	080403	"Dementia"[MeSH] and "Behaviour"[MeSH] and "Caregivers"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	504	42	4	**0**
	P3	080403	"Dementia"[MeSH] and "Behaviour"[MeSH] and "Nursing"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	153	25	2	**1**
	P4	080406	"Dementia"[MeSH] and "Nursing care"[MeSH]	English, < 10 years	648	32	3	**2**
	P5	080406	"Dementia"[MeSH and "Nursing care"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	463	20	2	**2**
	P6	080406	"Dementia"[MeSH] and "Nursing care"[MeSH] and "Behaviour"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	171	11	3	**2**
	P7	080408	"Dementia"[MeSH] and "Aggression"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	245	12	2	**1**
	P8	080408	"Dementia"[MeSH] and "Disease Management"[MeSH]	English, with abstract, < 10 years	43	3	0	**0**
	P9	080408	"Dementia"[MeSH] and "Nursing care"[MeSH] and "Difficulties" (fritextsökning)	English, with abstract, < 10 years	48	1	1	**1**
Cinahl	Ci1	080407	"Dementia"[Headings] and "Nursing care"[Headings]		34	5	2	**0**
	Ci2	080407	"Dementia"[Headings] and "Social Behaviour Disorder" [Headings]		68	9	4	**1**
	Ci3	080407	"Dementia"[Headings] and "Problem Patients"[Headings]		42	3	3	**1**
Totalt					**2 988**	**186**	**29**	**13**

Analysmetod

När det gäller punkt 5 granskades totalt 186 abstracts och 29 artiklar i sin helhet. Omarbetade versioner av Carlsson & Eimans (2003) bedömningsmallar användes för artikelgranskningen (se bilaga 1-3). För att öka trovärdigheten granskade och kvalitetsbedömde författarna de vetenskapliga artiklarna var för sig, så kallad triangulering (Willman et al 2006). De olika delarna i artiklarna poängsattes utifrån bedömningsmallarna och en diskussion med beslut om gemensam poängsättning följde för respektive artikel. Utifrån poängen räknades sedan ett procenttal av maxpoäng ut och artiklarna delades in i tre olika grader. För att uppnå grad I

krävdes >80%, grad II 70-79% och grad III 60-69%. 11 artiklar uppnådde grad I och användes i studien. Av de 9 artiklar som uppnådde grad II beslutades att 2 stycken skulle användas eftersom de trots den lägre betygsgraden ansågs relevanta för studien. Resterande artiklar med grad II (7 stycken) samt de 9 som endast uppnått grad III valdes bort. Sex av de utvalda artiklarna var kvantitativa, fem var kvalitativa och två var litteraturstudier.

De utvalda artiklarna (bilaga 4) läste författarna sedan igenom ytterligare en gång var för sig för att försöka hitta gemensamma teman. Dessa sammanfördes till kategorier under rubriken Resultat efter att respektive artikel diskuterats igenom gemensamt (punkt 5 och 6). De olika kategorierna blev: *finna eventuella bakomliggande orsaker*, *god kommunikation*, *individuellt utformad omvårdnad*, *känslomässig närvaro*, *kunskap om patientens livshistoria*, *handledning* och *utbildning*. I slutsatsen (punkt 7) har även förslag till vidare forskning skrivits .

RESULTAT

Efter granskning av artiklarna har resultatet delats upp i kategorier utifrån studiens syfte.

Finna eventuella bakomliggande orsaker

I en amerikansk kvantitativ studie som gjordes av Kovach et al (2006) framkom det att det är vanligt att personal inte försöker undersöka orsaken till de störande beteenden som patienter uppvisar innan en eventuell behandlingsmetod sätts in. Även att välja behandlingsmetoder som tidigare visat sig vara ineffektiva var vanligt förekommande. Detta ledde enligt studien inte bara till att behovet patienten försökte uttrycka förblev otillfredsställt, utan skapade också en frustration både hos patienter och personal. Urvalet bestod av 112 patienter med demensdiagnos samt 54 vårdare och studien hade som syfte att undersöka vårdpersonals agerande inför patienter med demens och om patienternas problematiska beteenden utlöstes eller ökade i frekvens beroende på hur vårdpersonalen agerade. Resultatet visade att det finns ett stort behov av en ökad förmåga att identifiera bakomliggande orsaker och att kritiskt granska sitt sätt att bemöta patienter (a a).

Barton et al (2005) beskriver i sin artikel om hantering av störande verbalt beteende hos dementa att det är en nödvändighet att först leta efter bakomliggande orsaker och att beskriva och dokumentera det problematiska beteendet innan någon sorts behandling kan påbörjas. Den engelska litteraturstudien baserades på 36 vetenskapliga artiklar relevanta för området. De bakomliggande orsakerna till högljutt verbalt beteende som kan vara svåra att se vid första anblicken, kan exempelvis vara fysisk sjukdom, otillfredsställda fysiska behov såsom hunger, eller som det föreligger i många fall – odiagnostiserad smärta. Tecken på att en patient lider av smärta utan att kunna förmedla det kan vara icke-verbala signaler såsom tårar, grimaser och ryckningar i kroppen. En grundlig fysisk undersökning bör genomföras och eventuellt kan analgetika ges på försök. Psykisk sjukdom som kräver specifik behandling bör även uteslutas. Både depression och psykos har visat sig vara vanligt förkommande hos patienter på äldreboende men även andra psykiatriska sjukdomar förekommer. Författarna menar även att problematiska beteenden kan ha rent miljömässiga orsaker såsom över- eller understimulering. Ett exempel på överstimulering är det så kallade ”solnedgångssyndromet”. Med detta menas den oro som ofta ses bland patienter sent på eftermiddagen när

besökare kommer och går och personal börjar och slutar. Hos blinda och hörselskadade patienter är understimulering ett vanligt problem där högljuddhet och skrik kan bli ett sätt att försöka fylla behovet av stimulans. Detta kan skapa en ond cirkel där patienten bli ännu mer isolerad eftersom personalen tycker att denne stör för mycket. Innan någon annan behandling påbörjas ska alltså bakomliggande orsaker utredas och åtgärdas (a a).

Även i en amerikansk artikeln skriven av Kunik et al (2003) nämns odiagnostiserad smärta som en viktig bakomliggande orsak till bland annat agitation. Exempelvis urinvägsinfektion visade sig i många fall utlösa problematiska beteenden. Känslomässiga faktorer såsom rädsla, ilska, sorg och svartsjuka beskrivs också som tänkbara utlösande orsaker. Känslorna kan vara kopplade till händelser i verkligheten, exempelvis förlust av en nära anhörig, eller grunda sig i vanföreställningar som för patienten upplevs som verkliga. Studien som låg till grund för artikeln var kvalitativ och utfördes genom att analysera data från sju fokusgrupper bestående av olika kategorier av professionell vårdpersonal, familjemedlemmar och patienter(a a).

Vikten av att förstå vad patienten försöker uttrycka genom sitt till synes besvärliga beteende stöds ytterligare av Skovdahl et al (2002). Författarna menar att en känsla av hjälplöshet ofta kan vara den bakomliggande orsaken och att patienter som känner sig respekterade i mindre utsträckning uppvisar beteendestörningar. Den svenska kvalitativa studien genomfördes genom att intervjua 15 vårdare från 3 olika boenden (a a).

God kommunikation

Att det finns många faktorer som bidrar till försämrad kommunikationsförmåga hos personer med demens redovisas av Perry et al (2005) i deras kvantitativa artikel baserad på data från samtalsgrupper med 8 patienter i USA. Generella demenssymtom såsom minnesproblem och kognitiva svårigheter sammanfaller ofta med vanliga åldersrelaterade problem såsom synförsämring och hörselnedsättning. Den fysiska och sociokulturella miljön på traditionella äldreboenden kan i många fall leda till en passivisering av patienterna. Stora öppna ytor och högljudda radio- och TV-apparater kan göra kommunikationen de äldre emellan näst intill omöjlig. Ofta är personalen fokuserad på patienternas basala fysiska behov såsom mat och hygien och den verbala kommunikationen hamnar i skymundan (Perry et al, 2005).

I samma artikel beskriver författarna 8 olika kommunikationstekniker som kan användas av personal i interaktion med personer med demens.

- ”Förtydligande” (clarifying). Personalen försäkrar sig om att ha förstått vad patienten försökt säga genom att upprepa vad patienten sagt eller ställa frågor.
- ”Utforskande” (exploring). Genom att ställa frågor runt samtalsämnet och utgå från patienten själv, tar personalen reda på patientens erfarenheter och upplevelser.
- ”Ledande” (moderating). Personalen styr samtalet bland annat genom att leda in konversationen på nya samtalsämnen och avleda från känsliga områden.
- ”Bekräftande” (validating). Genom att agera som stöd och ge uppmuntrande kommentarer i samtalet hjälper personalen patienten att känna sig bekräftad.

- ”Undsättande” (rescuing). Om patienten tappar tråden eller har svårt att minnas ord eller fraser assisterar personalen med att fylla i det som fattas.
- ”Förstärkande” (discourse markers). Men små ord och kommentarer såsom *ok* och *aha* låter personalen patienten fortsätta prata och stärker denne.
- ”Förenande” (connecting). Personalen försöker skapa en länk mellan patienten och sig själv eller mellan patienten och en annan boende genom att uppmärksamma gemensamma intressen.
- ”Hjälpande” (assisting). Genom att fråga om patientens fysiska komfort ser personalen till att denne till exempel sitter bekvämt.

Det visade sig att störst engagemang från patienterna uppnåddes när en kombination av de olika teknikerna användes. Ett stödjande och engagerat sätt att konversera från personalens sida visade sig också ge en starkare självkänsla hos patienten (a a). Att som vårdpersonal använda sig av dessa tekniker skulle kunna bidra till att förebygga problematiska beteenden hos personer med demens.

Vikten av att vara tydlig och konsekvent i sitt sätt att kommunicera tas upp av Edberg och Edfors i deras kvalitativa artikel från 2007. Resultatet av deras svenska studie, baserat på intervjuer med 10 vårdare från ett boende, visar att många situationer där patienter uppvisar problematiska beteenden kan lösas om personalen har förmågan att prata med patienten och på detta sätt reda ut vad som hänt. Behovet av tydlighet i oacceptabla situationer och att personal var konsekventa i sitt agerande ingav en känsla av trygghet hos patienterna (a a).

Vikten av att vara konsekvent i sitt agerande stöds av Pulsford & Duxbury (2006). De menar att inkonsekvent agerande från personal vid exempelvis aggressivitet hos patienten kan leda till att beteendet blir ännu svårare att hantera i framtiden. Resultatet framkom från deras litteraturstudie baserad på 71 vetenskapliga artiklar (a a).

Även kroppsspråket är en viktig del av kommunikationen. Om det är samspelt med den verbala kommunikationen kan det bidra till att förstärka det personalen försöker förmedla och på detta sätt få patienten att lättare förstå budskapet och även inge en känsla av lugn och välbefinnande. Detta tas upp av Davison et al i deras australiensiska studie från 2006, där det även rekommenderas att personal alltid kommunicerar utifrån ord som patienten förstår för att undvika missförstånd som skulle kunna leda till problematiska beteenden. Studien, med kvantitativ utformning, utfördes genom att utföra olika individuella psykosociala interventioner på 31 patienter som inte tidigare svarat på medicinsk behandling och därför blivit skickade till en psykogeriatrisk specialenhet för behandling av sina beteendestörningar (a a).

Individuellt utformad omvårdnad

Varje patient är unik och agerar olika beroende på faktorer i sin omgivning. Vem som tolkar situationen och hur den tolkas är subjektivt för betraktaren och man bör komma ihåg att beteenden som av personal uppfattas som besvärliga i en situation kan vara helt relevanta i en annan. Att hävda att en patients uppträdande är besvärligt kan ibland ha mer att göra med personens egna känslor och värderingar än det som patienten verkligen uppvisar (Edberg & Hallberg, 2001).

Att ge omvårdnad på ett flexibelt sätt, anpassat till patienten är ett tema som är återkommande i litteraturen. Pulsford & Duxbury (2006) skriver i sin litteratur-

studie om den personcentrerade omvårdnaden (the person-centred approach). Författarna har genom att tolka diverse litteraturstudier sammanställt olika sätt att hantera aggressiva beteenden hos patienter med demens, utifrån individuellt inriktad omvårdnad. Ett viktigt verktyg i detta arbete är enligt studien att utarbeta individuella omvårdnadsplaner där vårdpersonalen ser till att hitta ett sätt att utföra den dagliga omvårdnaden utan att provocera fram aggressiva beteenden hos patienten. Även att hitta aktiviteter som passar individen för att stimulera och öka välbefinnandet ses som viktiga delar i processen (a a).

Den personcentrerade kunskapen tas även upp i Rasin & Kautz artikel (2007) där vikten av att personalen har en bred kunskap om patientens psykosociala behov beskrivs. Personal ska även ha kunskap om att patienters behov av auto-nomi, respekt, värdighet och självkänsla inte minskar med åren eller på grund av nedsatt kognitiv förmåga. Artikeln baserades på en kvalitativ studie där data analyserades från 5 fokusgrupper bestående av 23 vårdare från fem äldreboenden i USA (a a).

Positiva resultat framkom av Edberg & Hallbergs svenska kvantitativa interventionsstudie (2001) där det på en experimentavdelning, bestående av 11 patienter, under ett år infördes individuellt utformad omvårdnad. Dessutom erhöll personalen systematisk klinisk handledning. Resultaten jämfördes med en kontrollavdelning, också den med 11 patienter, där konventionell omvårdnad utfördes. Efter ett år hade de besvärliga beteendena ökat på kontrollavdelningen, vilket var förväntat med tanke på att demens är en progressiv sjukdom som försämras över tid. Utifrån detta förväntades det även i experimentgruppen ske en viss försämring men istället visade resultatet en signifikant reduktion av frekvensen besvärliga beteenden (a a).

Vikten av en god och nära relation mellan personal och patient tas upp av Kunik et al (2003). Genom att känna patienten väl och vara medveten om dennes begränsningar kan personalen undvika situationer där för höga krav ställs. Att förvänta sig att en patient fortfarande ska kunna utföra något som han eller hon förlorat förmågan att göra skapar frustration för både patient och personal.

Just balansen mellan krav och resurser knyter Skovdahl et al (2002) an till i deras artikel. Personalen bör anpassa kravnivån efter individen och ändra denna i takt med att sjukdomen förvärras. Detta leder enligt författarna till att fler positiva situationer skapas och att patienten upplever en känsla av kontroll och säkerhet. Tendensen att patienten uppvisar aggressivt beteende minskar därmed (a a).

Att hjälpa en person med hygienen är en intim och känslig uppgift som ställer stora krav på vårdarens beteende. Målinriktat och uppgiftsorienterat uppträdande hos personalen anses provocera fram negativa känslor hos patienten och öka förekomsten av agitation och aggression. Konkreta exempel på individuellt utformad omvårdnad är de två olika bad- duschtekniker, ”person-centered showering” och ”the towel bath”, vars effekter undersöks i en randomiserad kontrollerad studie av Sloane et al från 2004. Genom den amerikanska studien ville författarna se huruvida metoderna jämförda med en konventionell duschmetod kan bidra till att minska agitation, aggression och obehag hos patienten. 73 patienter boende på 15 olika äldreboenden, samt 37 av deras vårdare, deltog i studien. Den första tekniken, ”person-centered showering”, fokuserar på individens bekvämlighet och preferenser. Här ses beteendemässiga symtom som ett tecken på otillfredsställda behov. Vårdaren försöker anpassa sitt sätt att kommunicera efter patientens demensgrad och i så hög grad som möjligt ändra den fysiska miljön efter patien-

tens önskemål. Exempel på detta kan vara att ge valmöjligheter, att täcka över kroppsdelar man inte duschar och att använda hygienartiklar som anhöriga rekommenderar. Den andra tekniken, ”the towel bath”, innebär att patienten ligger i sängen och blir avtvättad med hjälp av varmt vatten, två badlakan, två handdukar och tvål som inte behöver sköljas bort. Patienten är täckt av handduk under hela badet och vårdaren tvättar av patienten med en lätt masserande teknik. Resultatet av studien visade att nivåerna av aggression och agitation minskade signifikant i de båda experimentgrupperna men inte i kontrollgruppen. I experimentgrupperna förbättrades även hudens kondition och hygien.

Vikten av flexibilitet i utformandet av omvårdnaden betonas av Edberg & Edfors (2007). Förmågan att anpassa sig efter vad patienten har behov av i den aktuella situationen och att kunna improvisera ses också som viktigt.

Känslomässig närvaro

Att ha en nära relation personal och patient emellan lyfts av Edberg & Edfors (2007) fram som en grundläggande faktor i god omvårdnad av personer med frontallobsdemens. Detta gör det lättare för patienten att bygga upp förtroende för vårdaren och ger en positiv atmosfär på avdelningen. Samtidigt innebär det för personalen en balansgång mellan att vara personlig och fortfarande professionell. Risken är dock att relationen misstolkas av patienten vilket kan leda till känslomässig förvirring och ibland till och med till att patienten blir förälskad i sin vårdare.

Humor och skratt kan bidra till att atmosfären förbättras och att vardagen blir positivare för både patient och personal (a a).

Att som personal bemöta patienter med empati och känslighet är också en viktig del av omvårdnaden av patienter med demens (Kovach, 2006).

Kunskap om patientens livshistoria

Studier har visat att personal som har kunskap om patientens livshistoria visar mer empati och har bättre förmåga att skapa ett genuint förhållande. Det kan hjälpa personalen i utvecklingen av individuell omvårdnad och på detta sätt minska förekomsten av problematiska beteenden såsom aggressivitet. Ett problem som kan uppkomma är att patienter i många fall inte själva kan ge detaljerad information om deras förflutna och att de därför ses som otillförlitliga av personal. I bristen på kunskap tenderar personalen att själva fylla i det som saknas och felaktiga slutsatser dras om hur patientens liv har sett ut. Detta resulterar ofta i en ganska innehållsfattig och förutsägbar historia där de verkligt karaktäristiska detaljerna från personens liv saknas (Egan et al, 2007).

I den amerikanska artikeln av Egan et al (2007) beskrivs resultatet från en kvalitativ studie där syftet bland annat var att undersöka huruvida ökad kunskap hos personalen om patientens livshistoria minskar problematiska beteenden. Personal intervjuade familjemedlemmar till fyra patienter för att få fram fakta avseende bland annat anhöriga, tidigare boende, arbetslivserfarenheter och kända karaktäristiska egenskaper. Patientens livshistoria delgavs sedan all personal som tillgodosåg patientens omvårdnad. Personalen intervjuades både före och efter att de fått ta del av patientens livshistoria, angående deras observationer av patientens beteende. Resultatet visade en minskad aggressivitet hos patienterna. Kvaliteten på omvårdnaden förbättrades också och personalen rapporterade att deras syn på

patienterna förändrats och att de nu i större utsträckning såg dem som individer med unika karaktäristiska egenskaper (a a).

Vikten av att känna till patientens livshistoria stöds av Rasin & Kautz (2007). Deltagarna i deras kvalitativa studie uttryckte att de kunde se ett samband mellan patientens livshistoria och de symtom som uppvisades i dennes demenssjukdom. De använde sig av kunskapen om patienternas förflutna för att förutse deras behov och på detta sätt förebygga negativa beteenden.

Positiva resultat efter implementering av omvårdnadsmetoden ”emotion-oriented care” sågs i en holländsk studie av Finnema et al från 2005. Metoden innebär att personalen försöker förbättra de känslomässiga och sociala funktionerna hos patienterna bland annat genom att uppmärksammas deras livshistoria och erfarenheter och att anknyta dessa till upplevelser i nuet. Den kvantitativa studien innefattade 194 patienter från 14 äldreboenden samt 124 av deras vårdare. Patienter med mild till medelsvår demens visade en förbättring avseende ångestnivåer och grad av missnöje och en del av personalen uppvisade sänkta stressnivåer.

Handledning

Kontinuerlig handledning i grupp kan förbättra vårdpersonalens tolkning av och inställning till patienter som uppvisar besvärliga beteenden. Edberg & Hallberg presenterar i sin studie från 2001 positiva resultat efter att systematisk klinisk handledning införts.

De positiva resultaten av handledning stöds även av Davison et al (2006). I studien, som gav positiva resultat avseende minskad aggression och agitation hos patienterna, genomfördes en kombination av flera olika individuella psykosociala interventioner för patienter med demens som uppvisat svårbehandlade beteendemässiga symtom. En av interventionerna innebar att personalen kontinuerligt fick träffa behandlande läkare, diskutera patienten i fråga och även uttrycka vad de upplevt som problematiskt i omvårdnaden.

I Edberg & Edfors studie från 2007 uttryckte vårdpersonalen att systematisk handledning var en förutsättning för att de skulle kunna upprätthålla en hög kvalitet på omvårdnaden. De kände att arbetet ofta var känslomässigt påfrestande och att handledningsträffarna var lämpliga tillfällen att få utlopp för känslor av frustration och samtidigt få stöd från sina kollegor.

Detta behov av systematiskt stöd uttrycks även av Skovdahl et al (2002). I artikeln beskrivs att personalen anser att stöd i form av vägledning, återkoppling och bekräftelse är nödvändigt när det gäller att kunna hantera besvärliga situationer.

Utbildning

Det har visat sig att personal inom demensvården har en utbildningsnivån som varierar kraftigt och inte alltid är tillräcklig. Den erfarenhet som personalen besitter efter många års arbete med personer med demens ger en kunskap som är ovärderlig när det gäller att hantera dessa patienter. Att identifiera denna kunskap kan ge en viktig grund för att utbilda vårdpersonal (Rasin & Kautz, 2007). I Rasin & Kautz kvalitativa intervjustudie från 2007 undersöktes den kunskap och de strategier som omvårdnadspersonal använde sig av i arbetet med personer med demens. Resultatet visade på två kategorier av kunskap hos deltagarna. Den ena var beteendecentrerad och fokuserade på de strategier som personalen behöver för att kunna hantera olika beteenden och uppföranden. Den andra var personcentre-

rad och fokuserade på behov hos patienten som uppvisade beteendemässiga symtom.

Behovet av att utbilda vårdpersonal i evidensbaserade behandlingsmetoder för att hantera beteendemässiga störningar hos personer med demens har visat sig vara stort. Ineffektiva metoder som aldrig utvärderas används regelmässigt trots att just utvärdering är fundamentalt i vårdprocessen (Kovach et al, 2006).

Att även rutinerad vårdpersonal kan ha nytta av utbildning uttrycks i artikeln av Kunik et al (2003). Också kortare vidareutbildningstillfällen på mindre än en timme åt gången kan bidra till en ökad medvetenhet och förståelse hos personalen.

Vikten av utbildning av vårdpersonal är återkommande inom litteraturen (Barton et al, 2005, Davison et al, 2006).

DISKUSSION

Nedan följer diskussionen indelad i tre delar; metoddiskussion, artikeldiskussion samt resultatdiskussion

Metoddiskussion

Som verktyg i studien valdes Goodmans sju steg för litteraturinsamling och bearbetning. Metoden ansågs vara användbar men förenklades för att passa studiens nivå och omfattning. För artikelgranskning ansågs Carlsson & Eimans (2003) bedömningsmallar vara lämpliga. Efter en viss omarbetning för att passa syftet visade de sig praktiska och enkla att använda.

I projektplanen som föregick arbetet planerades att sökningar skulle genomföras i databaserna PubMed, Cinahl och Cochrane. Efter att abstracten från artiklarna från PubMed och Cinahl granskats bedömdes emellertid underlaget vara tillräckligt stort för studiens omfattning. Dessutom fanns en tidsram att hålla sig inom vilket också var en anledning att inte söka vidare i ytterligare databaser. Detta kan ha inneburit att eventuella användbara artiklar missats. I projektplanen planerades att följande sökord skulle användas: *dementia, care, relation, communication, nursing staff, attitude, ethics, encounter, difficulties* och *strategies*. Efter identifiering av MeSH-termer i PubMed och Headings i Cinahl (ämnesord) begränsades möjligheterna eftersom en del av dessa sökord inte gick att använda som ämnesord. Inledande sökningar resulterade i att ett färre antal ämnesord än vad som från början var tänkt kunde användas. Då sökningarna ändå gav ett omfattande antal träffar ansågs sökorden tillräckliga. Limits innehållande följande villkor applicerades i PubMed för att ytterligare precisera sökningen: artiklar med abstracts, publicerade de senaste 10 åren och skrivna på engelska. Anledningen till att endast artiklar med abstracts inkluderades var en strävan att underlätta urvalet av relevant material till granskningsprocessen. Att endast inkludera artiklar från de senaste 10 åren var ett sätt att garantera att underlaget var aktuellt.

Utöver sökningarna med ämnesord genomfördes en fritextsökning med ordet *difficulties* i kombination med MeSH-termerna *dementia* och *nursing care* (se sökning P9). Detta gjordes på grund av att ordet *difficulties* ansågs vara relevant men inte fanns som MeSH-term.

Medvetet söktes både kvalitativa och kvantitativa artiklar samt litteratursammanställningar för att få en bredd i resultatet. Detta visade sig i ett senare skede vara en god metod för att uppnå ett resultat ur ett brett perspektiv. Nackdelen med denna sökningsstrategi var att de olika artiklarna inte alltid blev fullt jämförbara sinsemellan. Det var dessutom stundtals problematiskt att hitta gemensamma teman när studierna utförts efter skilda forskningsmetoder.

Efter att 186 abstracts hade granskats exkluderades de artiklar som inte ansågs relevanta. De 29 artiklarna som blev kvar granskades och kvalitetsbedömdes av författarna var för sig för att sedan poängsättas och graderas. Efter detta följde en diskussion författarna emellan och i de fall där oenighet uppstod lästes artiklarna igen och ett gemensamt beslut togs. Av de 13 använda artiklarna är endast 2 funna i Cinahl. Orsaken till detta är att majoriteten av de artiklar som granskades därifrån inte ansågs uppfylla kraven för en vetenskaplig artikel rent formatmässigt, trots att de innehållsmässigt var relevanta för studien. Dessutom gav sökningarna i Cinahl inte lika många träffar som sökningarna i PubMed.

Artikeldiskussion

De 13 inkluderade artiklarna ansågs alla relevanta för det valda syftet. Som tidigare beskrivits var sex kvantitativa, fem kvalitativa och två var litteraturstudier. Anledningen till detta var en önskan att kunna ta del, dels av djupet i kvalitativa studier med upplevelser hos enskilda vårdare, dels av utvärderade behandlingsmetoder i kvantitativa studier. Värdefullt ansågs också den samlade kunskapen i litteratursammanställningar vara. Gemensamt för de kvantitativa studierna var att de testade olika typer av interventioner som i de flesta fall jämfördes med kontrollgrupper. Syftet med detta var att utvärdera effekten av interventionerna och på detta sätt hitta tekniker som skulle kunna användas i arbetet med patienter med demens. De kvalitativa studierna genomfördes med intervjuer eller fokusgrupper som datainsamlingsmetod där deltagarna i olika omfattning delgav sina erfarenheter. Här försöktes det på olika sätt belysa eller undersöka beteendemässiga symtom hos personer med demens i interaktion med personalen. De två litteraturstudierna syftade till att utmynna i resultat som skulle kunna vara till hjälp i arbetet med demenspatienter.

Den geografiska spridningen på inkluderade studier anser författarna vara relativt god för ett arbete i denna storlek. Artiklarna kommer från fem länder men de flesta är hämtade från USA.

Samtliga artiklar innehöll enligt författarna både styrkor och svaghet. Nedan presenteras de som ansågs mest betydelsefulla.

En artikel som författarna ansåg användbar i det praktiska arbetet med demenspatienter som uppvisar verbalt störande beteende var Barton et als litteraturstudie från 2005. Den presenterar en guide som steg för steg kan användas av personal i praktiken. Den andra inkluderade litteraturstudien (Pulsford & Duxbury, 2006) ansågs inte lika lättläst och fick på grund av bristande egenkritik en lägre betygsgrad av författarna.

Att kunna kommunicera med patienter på ett bra sätt är en förutsättning för god omvårdnad. Detta diskuteras i artikeln av Perry et al (2005) och är en av anledningarna till att denna artikel inkluderades i studien trots att den inte utgår från problematiska beteenden hos personer med demens. Inte heller artikeln skriven av Rasin & Kautz (2007) utgår från problematiska beteenden hos personer med demens. Den handlar om den kunskap och de strategier som omvårdnadspersonal

använder sig av i arbetet med personer med demens och ansågs därför också vara relevant för studien.

Edberg & Hallbergs kvalitativa artikel från år 2001 fick gott betyg efter granskningen och ansågs både hålla hög kvalitet och vara välskriven. Resultatet bör emellertid, som författarna till artikeln själva tar upp, tolkas med försiktighet. Det finns flera hot mot den interna validiteten. Bland annat grundar sig resultatet på ett relativt litet urval där 8 av de totalt 22 deltagarna avled under studiens gång. Att vårdpersonalen själva genomförde datainsamlingen och rapporterade om upplevda besvärliga beteenden är ytterligare en anledning till att se på resultatet med försiktighet. Trots detta tyder studien på att individuellt utformad omvårdnad och systematisk handledning är användbara verktyg inom hantering av problematiska beteenden.

Den kvalitativa artikeln av Edberg & Edfors från 2007 är inriktad endast på frontallobsdemens. Artikeln inkluderades trots detta eftersom många av symtomen vid frontallobsdemens är gemensamma med andra demenstyper.

Vikten av handledning för vårdpersonal stöds av Davison et al i deras artikel från 2006. Ett flertal olika psykosociala interventioner har använts i studien och handledning var en av dem. Eftersom interventionerna inte jämfördes sinsemellan utan användes parallellt under studiens gång är det omöjligt att utläsa effekten av respektive intervention. Orsaken till att artikeln trots detta valdes att inkluderas var antagandet att alla dessa interventioner mer eller mindre bidragit till det positiva resultatet. Att författarna inte själva tagit upp detta som egenkritik kan ses som en svaghet i deras arbete. Att studien saknade kontrollgrupp kan anses vara en ytterligare svaghet. Detta är emellertid något som tas upp av författarna själva i diskussionen.

Betydelsen av kunskap hos personal om patienters livshistoria har undersökts av Egan et al (2007). I studien intervjuades familjemedlemmar angående patienters förflutna. Som författarna i denna studie själva tar upp i diskussionen kan det vara en känslig uppgift att forska i andra människors familjehistoria. Det finns en risk att informationen blir vinklad utifrån informantens intressen och är även beroende av tolkningen hos den som sammanställer datan. Dessutom kan det i vissa fall vara tveksamt om alla minnen och detaljer är positiva att bli påminda om för patienten. Innan patientens livshistoria delgavs till all personal på boendet fick den ansvariga anhöriga godkänna det sammanskrivna materialet. Detta lägger stort ansvar på att den anhöriga verkligen företräder patientens intressen och att deras relation är tillräckligt god för att ett sådant beslut ska kunna tas.

I den holländska studien av Finnema et al (2005), där en positiv effekt av omvårdnadsmetoden ”emotion-oriented care” framkom, deltog 194 patienter från 14 olika äldreboenden runt om i Holland. Dessutom deltog 124 av deras vårdare. Det stora urvalet bidrar till att ge tyngd åt studiens resultat. Det bör även tilläggas att samtliga 269 demensboende i Holland tillfrågades om de ville delta, vilket kan ses som en ytterligare styrka.

Resultatdiskussion

Som beskrivs i bakgrunden har vissa läkemedel visat effekt på framför allt depressiva och psykotiska symtom hos personer med demenssjukdom. I studien har emellertid fokus lagts på att undersöka omvårdnadsmässiga behandlingsstrategier eftersom de medicinska i många fall visat sig vara bristfälliga. Dessutom ansågs dessa vara mer relevanta för sjuksköterskans område.

För att omvårdnaden ska kunna bli så god som möjligt krävs att personalen har både kunskap och tid. Behovet av kunskap styrks i resultatet under kategorin Utbildning. Den i många fall bristfälliga utbildningsnivån och avsaknaden av kritiskt tänkande är något som tas upp som ett stort problem av Kovach et al (2006). Detta är ett bekymmer som borde få mer uppmärksamhet och prioriteras inom vården av personer med demens.

Att aggression hos personer med demens upplevs som ett problem för vårdpersonal är ett återkommande tema i litteraturen. Flera olika studier har visat att framför allt individuellt utformad omvårdnad ger signifikanta positiva effekter på aggressionsnivåer hos personer med demens (Edberg & Hallberg, 2001), (Pulsford & Duxbury, 2006), (Sloane et al, 2004). Även kunskap hos personalen avseende patientens livshistoria (Egan et al, 2007) och god kommunikation (Davison, 2006) har visat ge positiva resultat då det gäller aggression.

Mycket av det som nämns av Jean Watson i hennes omvårdnadsteori går att koppla till de resultat som framkommit i studien. Watson (1988) betonar vikten av att sjuksköterskan ska se och behandla patienten som en individ med egna tankar och känslor vilket kan liknas vid den individuellt utformade omvårdnaden som ett flertal av artiklarna i studien berör. Edberg & Hallberg (2001) beskriver i sin artikel patienten som en unik individ som bör behandlas utifrån sina speciella behov så att hans/hennes vardag förbättras. Förmågan att ge omvårdnad på ett flexibelt sätt, anpassat till patienten, stöds även av Pulsford & Duxbury (2006). Watson hävdar att det är av stor betydelse att sjuksköterskan och patienten utvecklar en god relation för att omvårdnaden ska kunna bli optimal (1988). Även Kunik et al (2003) betonar i sin artikel hur viktigt det är med en god relation mellan personal och patient.

Precis som beskrivs i sjuksköterskans kompetensbeskrivning (Socialstyrelsen, 2005) anser Watson att omvårdnad ska ges utifrån ett holistiskt perspektiv där både människans fysiska och psykiska behov tillgodoses. Denna holistiska människosyn kan tolkas som ett bakomliggande synsätt som genomsyrar hela resultatet i studien och dess inkluderade artiklar. I kompetensbeskrivningen, som utgör ramen för sjuksköterskans omvårdnadsarbete, står att närståendes kunskaper och erfarenheter skall tas tillvara. Detta stämmer väl överens med de studier som redovisats i resultatet angående vikten av kunskap om patientens livshistoria. Eftersom patienter med demens i många fall inte själva kan ge detaljerad information om sitt förflutna spelar anhöriga här en viktig roll som informationskälla.

Att ha förmågan att på ett bra sätt kommunicera med både patienter och närstående tas även upp som viktigt i sjuksköterskans kompetensbeskrivning. Utöver detta måste sjuksköterskan förvissa sig om att patienten på rätt sätt uppfattat och tagit till sig informationen. Detta är viktigt för att bibehålla så mycket av patientens autonomi som möjligt (SBU, 2007). Svårigheter som personalen kan stöta på i dessa situationer är något Perry et al tar upp i sin artikel från 2005, där även användbara tekniker för kommunikation med personer med demens redovisas. Dessa olika kommunikationstekniker skulle kunna användas som verktyg för sjuksköterskor för att uppfylla de krav som ställs i kompetensbeskrivningen.

SLUTSATSER

Det råder det en okunskap angående hur problematiska beteenden hos patienter med demens ska hanteras på bästa sätt, detta trots att det faktiskt finns metoder som visat sig vara effektiva. Kontinuerlig utbildning i dessa metoder samt tillfällen för personal att ventilera sina känslor och diskutera igenom problematiska situationer är grundläggande åtgärder som måste införas uppifrån. Ytterligare forskning inom området och en praktisk guide till personal avseende de senaste evidensbaserade forskningsresultaten inom området hade också varit önskvärt.

REFERENSER

Aremyr, G (2000) *Varför vägrar Asta duscha?* Stockholm: Liber AB

Barton, S et al (2005) The management of inappropriate vocalisaton in dementia: a hierarchial approach. *International approach of geriatric psychiatry, 20,* 1180-1186

Carlsson, S & Eiman, M (2003) *Evidensbaserad omvårdnad – studiematerial*. Rapport nr 2. Malmö Högskola: Hälsa & Samhälle

Davison, T et al (2006) An individualized psycosocial approach for ”treatment resistant” bevioral symtoms of dementia among aged care residents. *International psycogeriatrics, 19:5,* 859-873

Demensförbundet, >www.demensforbundet.se< 2008-02-08.

Desai, A & Grossberg, G (2001) Recognition and management of behavioral disturbances in dementia. *Primary care companion journal of clinical psychiatry, 3(3),* 93-109

Edberg, A-K (2002) *Att möta personer med demens.* Lund: Studentlitteratur

Edberg, A-K & Edfors, E (2007) Nursing care for people with frontal-lobe dementia – difficulties and possibilities. *International psycogeriatrics, 20:2,* 361-374

Edberg, A-K & Hallberg, I (2001) Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. *International journal of nursing studies, 38,* 271-285

Egan, M et al (2007) Caring for residents with dementia and impact of life history knowledge. *Journal of gerontological nursing, 33(2),* 24-30

Eriksson, C & Saveman, B-I (2002) Nurses’ experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian journal of caring science, 16,* 79-85

Eriksson, S et al (2001) *BPSD i ett nordiskt perspektiv.* Sollentuna: Janssen-Cilag AB

Finnema, E et al (2005) The effect of integrated emotion-oriented care versus usual care on elderly persons with dementia in the nursing home and on nursing assistants: a randomized clinical trial. *International journal of geriatric psychiatry, 20,* 330-343

Fratiglioni, L & Von Strauss, E (2007) *Multisjuklighet och demens – vad kan förebyggas?* Vällingby: Statens folkhälsoinstitut R 2006:26

FASS, Åldrandets sjukdomar, >www.fass.se/LIF/lakarbok/artikel.jsp?articleID=5635< 2008-02-08.

Gulmann, N-C (2003) *Gerontopsykiatri.* Lund: Studentlitteratur

Hallberg, I R (1997) *Problematiska beteenden hos demensdrabbade.* Stockholm: Liber AB

Howard, R et al (2001) Guidelines for the management of agitation in dementia. *International journal of geriatric psychiatry, 16,* 714-717.

Kovach, C et al (2006) Behaviors of nursing home residents with dementia – examining nurse responses. *Journal of geronological nursing, 32(6),* 13-21.

Kunik, M et al (2003) Disruptive behaviour in dementia – a qualitative study to promote understanding and improve treatment. *Alzheimer's care quaterly, 4(2),* 125-136

Malmöhus läns landsting (1997) *Vårdprogram demenstillstånd.* Lund: AB Danagårds Grafiska

Martin-Cook, K et al (2003) Caregiver attribution and resentment in dementia care. *American journal of Alzheimer's disease and other dementias, vol 8, no 6,* 366-374.

Nazarko, L (2006) How to manage challenging behaviour. *Nursing & Residential care, vol 8, no 3,* 134-136

Omelan, C (2006) Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Canadian family physician, 52,* 191-199

Perry, J et al (2005) Nurse patient communication in dementia – improving the odds. *Journal of geronological nursing, 31(4),* 43-52

Pulsford, D & Duxbury, J (2006) Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 13,* 611-618

Rasin, J & Kautz, D (2007) Knowing the resident with dementia – perspectives of assisted living facility caregivers. *Journal of gerontological nursing, 33(9),* 30-36

SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (1993*) Literature Searching and Evidence Interpretation*. (Research report no 119E). Stockholm: Nordsteds Tryckeri AB

SBU, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (2007*) Vård av personer med demenssjukdom*. (ISBN 978-91-85413-14-0). Falköping: Elanders

Skovdahl, K et al (2002) Different attitudes when handling aggressive behaviour in dementia – narratives from two caregiver groups. *Aging & Mental health, 7(4),* 277-286

Sloane, P et al (2004) Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing associated aggression, agitation and discomfort in nursing home residents with dementia: a randomized, controlled trial. *American geriatrics society, vol 52, no 11,* 1795-1804

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.* Artikelnr 2005-105-1

Socialstyrelsen (2007) *Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005.* Artikelnr 2007-123-32

Statens medicinsketiska råd (1997) *Etiska vägmärken I: Etik – en introduktion* Stockholm: Fritzes

Watson, J (1988) *Nursing: human science and human care, a theory of nursing,* New York: National league for nursing

Watson, J (1993) *En teori för omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur

Willman, A et al (2006) *Evidensbaserad omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur

Åstrand, R (2003) *Den lilla boken om demens.* Kristianstad: Bohlins Grafiska

BILAGOR

Bilaga 1: Bedömningsmall för litteratursammanställning

Bilaga 2: Bedömningsmall för kvantitativ studie

Bilaga 3: Bedömningsmall för kvalitativ studie

Bilaga 4: Matris över inkluderade artiklar, granskningsresultat

Examensarbete i omvårdnad
Nivå 61-90
Sjuksköterskeprogrammet
Maj 2008

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö

Bilaga 1 Bedömningsmall för litteratursammanställning

Författare:_____

Titel:_____

Poängsättning:	0	1	2	3
Abstrakt • Innehåller syfte, metod och resultat = 3p	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod • Passande metodval	Ej angivet	Ej relevant	Delvis relevant	Relevant
• Metodbeskrivning (repeterbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
• Litteratursökning	Ej beskriven	Knapphändig	Medel	Utförlig
• Vetenskaplig kvalitet på ingående studier	Ej bedömd	Låg	Medel	God
Resultat • Frågeställning besvarad	Nej	Delvis	Ja	-
• Resultatredovisning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion • Ogrundade slutsatser	Finns	Saknas	-	-
• Egenkritik och diskussion om felkällor	Saknas	Låg	God	-
• Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Poäng	**p**	**p**	**p**	**p**

RESULTAT		
Total poäng (max 32p)	**Procent av max**	**Gradering** Grad I: 80-100%, Grad II: 70-79% Grad III: 60-69%
p	**%**	

Efter Carlsson & Eiman (2003). Omarbetad av författarna.

Bilaga 2 Bedömningsmall för kvantitativ studie

Författare:_____

Titel:_____

Poängsättning:	0	1	2	3
Abstrakt • Innehåller syfte, metod och resultat = 3p	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod • Passande metodval	Ej angivet	Ej relevant	Delvis relevant	Relevant
• Metodbeskrivning (repeterbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
• Urval – antal, beskrivning representativitet	Ej acceptabelt	Knapphändigt	Medel	Utförligt
• Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	< 5%
• Etiska aspekter	Ej angivna	Angivna	-	-
Resultat • Frågeställning besvarad	Nej	Ja	-	-
• Resultatredovisning (signifikans)	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
• Confounders	Ej kontrollerat	Kontrollerat	-	-
Diskussion • Problemanknytning	Saknas	Otydligt	Medel	Tydligt
• Egenkritik och diskussion av felkällor	Saknas	Låg	Medel	God
• Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Poäng	**p**	**P**	**p**	**p**

RESULTAT		
Total poäng (max 36p)	**Procent av max**	**Gradering** Grad I: 80-100%, Grad II: 70-79% Grad III: 60-69%
P	**%**	

Efter Carlsson & Eiman (2003). Omarbetad av författarna.

Bilaga 3 Bedömningsmall för kvalitativ studie

Författare:_____

Titel:_____

Poängsättning:	0	1	2	3
Abstrakt • Innehåller syfte, metod och resultat = 3p	Saknas	1/3	2/3	Samtliga
Introduktion	Saknas	Knapphändig	Medel	Välskriven
Syfte	Ej angivet	Otydligt	Medel	Tydligt
Metod • Passande metodval	Ej angivet	Ej relevant	Relevant	-
• Metodbeskrivning (repeterbarhet möjlig)	Ej angiven	Knapphändig	Medel	Utförlig
• Urval – antal, beskrivning, representativitet	Ej acceptabelt	Knapphändigt	Medel	Utförligt
• Bortfall	Ej angivet	> 20%	5-20%	< 5%
• Etiska aspekter	Ej angivna	Otydliga	Angivna	-
Resultat • Frågeställning besvarad	Nej	Otydligt utformat	Delvis	Ja
• Resultatredovisning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
Diskussion • Problemanknytning	Saknas	Otydlig	Medel	Tydlig
• Egenkritik och diskussion av felkällor	Saknas	Låg	Medel	God
• Anknytning till tidigare forskning	Saknas	Låg	Medel	God
Poäng	**p**	**P**	**p**	**p**

RESULTAT		
Total poäng (max 37p)	**Procent av max**	**Gradering** Grad I: 80-100%, Grad II: 70-79% Grad III: 60-69%
p	**%**	

Efter Carlsson & Eiman (2003). Omarbetad av författarna.

Bilaga 4 – Matris över inkluderade artiklar, granskningsresultat

Författare, år och land	Sökning skod*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Barton, S et al (2005), UK	Ci3	Litteraturstudie	Att systematiskt undersöka vad som finns skrivet i litteraturen angående de problem som störande verbalt beteende hos personer med demens medför. Även att skapa en guide till hur man som vårdpersonal genom olika interventioner ska hantera dessa situationer på bästa sätt.	Författarna har genom sökningar i Medline-databasen funnit relevanta artiklar.	Totalt 36 artiklar användes.	Resultatet av studien visade att interventioner vid störande verbalt beteende inte bara är begränsade till användning av läkemedel. En guide bestående av nio steg utarbetades, för användning av personal inom demensvården.	I
Davison, T (2006), Australien	P6	Kvantitativ	Att utvärdera effekten av individuella psykosociala interventioner för personer med demens som uppvisar svårbehandlade beteendemässiga symtom.	Individuella psykosociala interventioner genomfördes under en genomsnittlig period på 90 dagar. Interventionerna inkluderade ett flertal olika komponenter som användes mer eller mindre i de olika fallen. Exempel på komponenter var: personligt stöd till vårdpersonalen av behandlande läkare, personalutbildning i exempelvis kommunikation, stimulanskontroll för patienter, distraktionsmetoder för patienter och aktivitetsanpassning för patienter. Data avseende svårighetsgrad på beteende, antal läkarkonsultationer för patienten och arbetsbelastning samlades in både före och efter interventionerna.	Patienter med demens som inte svarat på medicinsk behandling och därför blivit skickade till en psykogeriatrisk specialenhet för behandling av beteendestörningar. 31 patienter med demensdiagnos, boende på 23 olika äldreboenden och en vårdpersonal per patient.	En blygsam men signifikant förbättring sågs avseende patientens aggressionsnivå. Detta ledde till ett minskat behov av läkarkonsultationer och att alla deltagare kunde bo kvar på sina respektive boenden trots ökad grad av demens. Personalens arbetsbelastning minskade också.	I

Författare, år och land	Sökningsk od*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Edberg, A-K & Edfors, E, (2007), Sverige	P9	Kvalitativ	Att belysa svårigheter och möjligheter som kan finnas i omvårdnaden av patienter med frontallobsdemens.	Intervjuer med vårdpersonal genomfördes vid ett tillfälle. Den transkriberade datan analyserades med hjälp av latent och manifest innehållsanalys.	10 vårdare från ett vårdboende	Resultatet indelades i svårigheter och möjligheter i omvårdnaden av patienter med frontallobsdemens. Svårigheterna var bland annat relaterade till patientens brist på omdöme, patientens reducerade förmåga i att hantera sina fysiska behov samt obalans mellan vila och aktivitet. Möjligheterna i omvårdnaden sågs i relation till vårdpersonalens förmåga till ett professionellt möte med patienten. Detta kunde ske om vårdpersonalen var flexibla, konkreta, tydliga och lugna i sitt agerande med patienten samt hade förmåga i att utveckla en positiv atmosfär. Att visa förtroende och utföra aktiviteter tillsammans med patienterna var också av betydelse. För att upprätthålla personalens engagemang var fortlöpande feedback ett viktigt verktyg.	I

Författare, år och land	Sökningsk od*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Edberg, A-K & Hallberg, I, (2001), Sverige	P1	Kvantitativ	Att undersöka förekomsten av beteenden som enligt vårdpersonalen anses besvärliga och påfrestande hos personer med omfattande demenssjukdom.	På en experimentavdelning infördes under ett år stöd i att individuellt utforma omvårdnad utifrån varje patients enskilda behov samt systematisk klinisk handledning. Experimentavdelningen jämfördes med en kontrollavdelning där vården bedrevs som vanligt. Strukturerade intervjuer gjordes med patientens utsedda vårdare på respektive avdelning precis innan interventionen samt efter 6 och 12 månader.	Totalt 22 patienter.	Resultatet visade att det i experimentgruppen fanns en signifikant reduktion av frekvensen besvärliga beteenden medan kontrollgruppen saknade detta. Antalet patienter som var isolerade på sina rum och som sökte personalens uppmärksamhet minskade också under interventionen.	I
Egan, M et al, (2007), USA	P5	Kvalitativ	Att undersöka huruvida ökad kunskap om patientens livshistoria minskar problematiska beteenden hos patienter och om den ökade kunskapen ändrar personalens uppfattning om patienten. Samt att se om faktainsamlingsprocessen upplevs acceptabel av patientens anhöriga och av personalen.	Familjemedlemmar till patienten intervjuades för att få fram patientens livshistoria avseende födelseort, familj, uppväxt, tidigare boende, utbildning, arbetslivserfarenheter, livserfarenheter och kända karaktäristiska egenskaper. Informationen sammanfattades för att sedan godkännas av beslutsfattande familjemedlem. Patientens livshistoria delgavs sedan all personal som tillgodosåg omvårdnad av patienten. Personalen intervjuades både före och efter att de fått ta del av patientens livshistoria angående deras observationer av patientens beteende	4 patienter.	Resultatet visar evidens på en minskad aggressivitet hos patienter, vars vårdare fått ökad kunskap om deras livshistoria. En del av personalen visade även en ökad empati för de patienter de fått ökad kunskap om.	I

Författare, år och land	Sökningsk od*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Finnema, E et al (2005), Holland	P1	Kvantitativ	Att undersöka effekten av omvårdnadsmetoden ”emotion-oriented care” på personer med demens samt deras vårdare.	En randomiserad klinisk studie genomfördes med en experimentgrupp och en matchad kontrollgrupp. Personalen i experimentgruppen utbildades i omvårdnadsmetoden ”emotion-oriented care”. Metoden innebär att man som personal försöker förbättra de känslomässiga och sociala funktionerna hos patienten genom att hjälpa dem med att hantera deras nedsatta kognitiva, emotionella och sociala förmåga bland annat genom att patientens livshistoria och erfarenheter uppmärksammas och att man försöker knyta dessa till upplevelser i nuet. Tyngd läggs också vid att identifiera och stärka patientens individuella resurser. Den nya vårdmetoden genomfördes under 9 månader i experimentgruppen och mätningar gjordes avseende beteendemässiga symtom och vårdbehov både före, under och efter interventionen. Resultaten jämfördes med en matchad kontrollgrupp där konventionell vård givits.	Totalt deltog 194 patienter med demensdiagnos från 14 äldreboenden samt 124 av deras vårdare.	Gynnsamma resultat för ”emotion-oriented care” hittades för patienter med mild till medelsvår demens avseende ångestnivå och grad av missnöje. En del av personalen i experimentgruppen uppvisade sänkta stressnivåer.	I

Författare, år och land	Sökningsk od*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Kovach, C (2006), USA	P4	Kvantitativ	Att undersöka vårdpersonals agerande inför personer med demens som uppvisar återkommande beteendemässiga symtom och om dessa beteenden utlöses eller ökar i frekvens beroende på hur vårdpersonalen agerar. Syftet är även att utvärdera effekten av STI (Serial Trial Intervention), en systematisk teknik för att utvärdera och förhålla sig till svårbehandlade beteenden hos dementa.	Två grupper, en experimentgrupp där STI användes efter utbildning av personal samt en kontrollgrupp, undersöktes under en 20-dagarsperiod. Vårdpersonal i båda grupperna förde dagbok över patienternas problembeteenden, vilka bedömningar som gjorts relaterat till dessa, utförda behandlingar, samt i vilken utsträckning beteendena försvann. Den insamlade datan analyserades med innehållsanalys.	112 patienter med demensdiagnos samt 54 vårdare från 14 äldreboenden.	Vårdpersonalens sätt att reagera på patienters beteendemässiga symtom delades in i 4 kategorier: ”avvisande”, ”statiskt”, ”reaktivt” och ”mångsidigt”. Gemensamt för båda grupperna var att det var vanligt att inte försöka undersöka orsaken till de störande beteendena innan eventuell behandlingsmetod valdes och att ofta välja behandlingsmetoder som tidigare visat sig vara ineffektiva. Den sista kategorin – ”mångsidigt” visade emellertid vara den mest effektiva metoden och denna använde sig personalen i experimentgruppen av i större utsträckning än i kontrollgruppen.	II

Författare, år och land	Sökning skod*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Kunik, M et al (2003), USA	Ci2	Kvalitativ	Syftet var att genom kvalitativ metod undersöka opassande beteenden hos personer med demens. Detta underlag ska sedan kunna användas för att kunna utveckla ett verktyg för vårdpersonal för att kunna förebygga dessa beteenden.	Sju fokusgrupper användes för datainsamlingen. Fokusgrupperna bestod av olika kategorier av professionell vårdpersonal, familjemedlemmar och patienter, uppdelade på olika tillfällen. En semistrukturerad frågeguide användes för att skapa en diskussion mellan deltagarna. Varje möte spelades in på video och transkriberades efteråt.	Läkare, undersköterskor, sjuksköterskor, vårdpersonal, hemsjukvårdare, familjemedlemmar och patienter med en mildare form av demens uppdelade i olika fokusgrupper. Antal saknas.	Resultatet visar att det ligger både påverkbara och opåverkbara faktorer bakom opassande beteenden hos personer med demens. Dessa delas in i tre grupper; faktorer relaterade till patienten, personalen och miljön.	I
Perry, J et al (2005), USA	P4	Kvantitativ	Att beskriva olika tekniker för kommunikation som används av vårdpersonal i mötet med patienter med demens samt att utvärdera effekten av dessa tekniker.	Man lät patienter, under ledning av två av forskarna, träffas i en samtalsgrupp en gång i veckan under 10 veckor. Deltagarna fick utrymme att samtala fritt och interagera med varandra inom ramarna för olika samtalsämnen. Ledarna använde sig av olika kommunikationstekniker de själva funnit användbara i arbetet med dementa personer. De transkriberade mötena analyserades sedan av forskarna.	8 patienter med diagnosen svår demens från ett äldreboende deltog i samtalsgruppen	8 olika kommunikationstekniker användes av gruppledarna: ”förtydligande”, ”utforskande”, ”ledande”, ”bekräftande”, ”undsättande”, ”förstärkande”, ”förenande” och ”hjälpande”. Det visade sig att störst engagemang från patienterna uppnåddes när en kombination av de olika teknikerna användes. Ett stödjande och engagerat sätt att konversera från personalens sida visade sig ge en till synes starkare självkänsla hos patienterna.	I

Författare, år och land	Sökning skod*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Pulsford, D & Duxbury, J (2006), UK	P3	Litteraturstudie	Att undersöka vad som finns skrivet i litteraturen avseende aggression hos personer med demens på vårdboenden. Syftet var även att plocka fram riktlinjer för omvårdnad och att ge vägledning inför framtida forskning.	Sökningar genomfördes i databaserna Cinahl, Medline och Psychlit med olika söktermer.	71 vetenskapliga artiklar användes i studien.	Strategier för att hantera aggression hos patienter med demens delades in i fyra kategorier: den farmakologiska/fysiska metoden, miljöns betydelse, inriktning på beteendeförändring och person-centrerat tillvägagångssätt.	II
Raisin, J & Kautz, D, (2007), USA	P5	Kvalitativ	Syftet var att undersöka den kunskap och de strategier som omvårdnadspersonal använder sig av i arbetet med äldre personer med demens i både små och stora inrättningar.	Fem fokusgrupper representerade både små och stora vårdinrättningar. Varje fokusgrupp genomgick en semi-strukturerad intervju. Interaktion mellan deltagarna i gruppen uppmuntrades.	23 vårdare från 5 äldreboenden.	Resultatet visade på två kategorier av kunskap hos deltagarna. Den ena var beteendecentrerad och fokuserade på de strategier som personalen behöver för att hantera olika beteenden och uppföranden. Den andra var personcentrerad och fokuserade på behov hos patienten som uppvisade beteendemässiga symtom.	I

Författare, år och land	Sökning skod*	Typ av studie	Syfte	Metod	Urval/ Deltagare	Resultat	Grad
Skovdahl, K et al (2002), Sverige	P7	Kvalitativ	Att undersöka vårdpersonals uppfattning om och attityd inför BPSD (se sid 2) och hur de hanterar dessa symtom.	Intervjuer genomfördes med vårdpersonal för att identifiera deras känslor, åsikter, erfarenheter och funderingar kring interaktion med patienter som uppvisar problematiska beteenden. Den transkriberade datan analyserades utifrån en fenomenologisk-hermeneutisk metod.	15 vårdare från 3 olika boenden indelade i två grupper.	Deltagarna uttryckte ett behov för balans mellan krav och kompetensnivå både för de själva och för patienterna. De betonade även vikten av stöd från ledningen i det dagliga arbetet. De ansåg att patienter som kände sig uppskattade och respekterade visade mindre problematiska beteenden och att försöka förstå den bakomliggande orsaken till beteendena ofta underlättar situationen.	I
Sloane, P et al (2004), USA	P6	Kvantitativ	Att undersöka effektiviteten av två olika bad/duschtekniker - ”person-centered showering” och ”the towel-bath” samt att se huruvida metoderna jämfört med en konventionell duschmetod kan bidra till att minska agitation, aggression och obehag hos patienten.	En randomiserad kontrollerad studie med en kontrollgrupp och två experimentgrupper. Personalen i de två experimentgrupperna utbildades i de två nya metoderna och alla badtillfällen under två veckors tid vidoefilmades i alla tre grupper. Beteendemässiga symtom samt olust hos patienterna mättes och även eventuell förändring i hudkondition och hudrenlighet	73 boende på 15 olika äldreboenden ingick i studien. De hade alla diagnosen medelsvår till svår demens, samt hade dokumenterade problem vid duschning. 37 av deras vårdare ingick också i studien.	Resultatet visade att nivåerna av aggression och agitation minskade signifikant i de båda experimentgrupperna men inte i kontrollgruppen. I experimentgrupperna förbättrades även hudkonditionen och hygienen.	I