

Anonym

# «Hvordan kan sykepleier forebygge utagerende atferd og aggresjon hos pasienter med demens på sykehjem?»

»

7358 ord  
Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Mai 2021



Anonym

# **«Hvordan kan sykepleier forebygge utagerende atferd og aggresjon hos pasienter med demens på sykehjem?»**

7358 ord

Litteraturbachelor

Bacheloroppgave i Sykepleie

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie



Kunnskap for en bedre verden





# Sammendrag

Bakgrunn: I dag er det 101 000 personer i Norge med en demenssykdom. Dette tallet vil dobles innen 2050 da levealderen øker. Omtrent 80% av pasienter på sykehjem har demens. Omtrent 90% av personer med demenssykdom vil utvikle nevropsykiatriske symptomer, slik som atferdsforstyrrelser, angst, depresjon og agitasjon, i løpet av sykdomsforløpet. Pasienter med nevropsykiatriske symptomer kan være de mest utfordrende pasientene man møter på sykehjem.

Hensikt: Å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan forebygge utagerende og aggressiv atferd hos pasienter med demens på sykehjem. På bakgrunn av at pasienter med nevropsykiatriske symptomer kan være de mest utfordrende pasientene å møte i demensomsorgen, er det ønskelig å studere måter man kan forebygge utagerende atferd før den inntreffer.

Metode: Studien er en systematisk litteraturstudie. Tidligere forskning har blitt anvendt i oppgaven. Oppgaven består av 8 forskningsartikler, 4 kvalitative og 4 kvantitative.

Resultater: Det fremkom to hovedfunn. 1) «Kartlegging av utløsende faktorer til utagering» og 2) «Kommunikasjon og personorientert tilnærming». Innen kartlegging av utløsende årsaker kom det frem som viktig å kartlegge årsaker til og i hvilke situasjoner utagering forekom. Innen kommunikasjon og personorientert tilnærming framkom det som effektivt å utøve en individualisert omsorgstilnærming som fremmet pasientens egne ressurser. Viktigheten av å se pasienten som et eget unikt individ var et hovedfunn.

Konklusjon: Utagerende atferd hos pasienter med demens kan være vanskelig å forebygge. Funnene viser viktigheten ved å kartlegge utløsende og bakenforliggende årsaker. Personsentrerte tilnæringsmåter er å preferere ved forebygging av aggresjon.

Nøkkelord: Sykehjem, demens, aggresjon, utagerende atferd, forebygge

# Abstract

**Background:** Today there are 101 000 people in Norway living with a form of dementia. This number will double by 2050 as life expectancy increases. About 80% of patients in nursing homes have dementia. Approximately 90% of people with dementia will develop neuropsychiatric symptoms, such as behavioral disorders, anxiety, depression and agitation, during the course of the disease. Patients with neuropsychiatric symptoms may be the most challenging patients encountered in nursing homes.

**Purpose:** To gain increased knowledge about how nursing can prevent outgoing and aggressive behavior in patients with dementia in nursing homes. Given that patients with neuropsychiatric symptoms may be the most challenging to encounter in dementia care, it is desirable to study ways to prevent aggressive behavior before it occurs.

**Method:** The study is a systematic literature study. Previous research has been used in the thesis. The thesis consists of 8 research articles, 4 qualitative and 4 quantitative.

**Results:** The two main findings was important. 1) «Mapping of triggering factors for aggressive behavior» and 2) «Communication and person-oriented approach». Within mapping of triggering causes, it emerged as important to map the causes of and in which situations aggressive behavior occurs. Within communication and a person-oriented approach, it appeared as effective to exercise individualized care that promoted the patient's own resources. It was important to see the patient as a unique individual.

**Conclusion:** Aggressive behavior in patients with dementia can be difficult to prevent. The findings show the importance of mapping triggering and underlying causes. Person-centered approaches are preferred in the prevention of aggression.

**Keywords:** Nursing home, dementia, aggression, outgoing behavior, prevention

## **Innholdsfortegnelse**

1.	Innledning.....	5
1.1	Innledning til tema .....	5
1.2	Teori.....	6
1.2.1	Demens.....	6
1.2.2	Aggressiv og utagerende atferd hos pasienter med demens .....	6
1.2.3	Kommunikasjon.....	7
1.3.3	Omsorg .....	8
1.3	Formål og problemstilling .....	9
2.	Metode .....	10
2.1	Beskrivelse av metode .....	10
2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	10
2.3	Søkehistorikk og søkestrategi .....	10
2.3.1	Søkehistorikk Cinahl: .....	11
2.3.2	Søkehistorikk PubMed: .....	11
2.3.3	Søkehistorikk MedLine.....	12
2.4	Vurdering av utvalgte artikler .....	12
2.4.1	Kvalitetsvurdering .....	12
2.4.2	Etiske avveininger .....	12
2.5	Analyse.....	13
2.6	Søketabell .....	14
3.	Resultater .....	17
3.1	Artikkelmatrise .....	17
3.1.1	- Artikkelmatrise .....	17
3.2	Resultater i fritekst.....	21
3.2.1	Kartlegging av utløsende faktorer til utagering .....	21
3.2.2	Kommunikasjon og personorientert tilnærming .....	22
4.	Diskusjon .....	24
4.1	Resultatdiskusjon .....	24
4.1.1	Forebygging av aggresjon i stellesituasjoner .....	24
4.1.2	Tilnærming og personsentrert omsorg .....	25
4.1.3	Forståelse av atferden .....	26
4.1.4	Kommunikasjon og relasjon .....	27
4.2	Implikasjoner for sykepleie/praksis.....	27
4.3	Metodediskusjon – styrker og svakheter .....	28
4.4	Konklusjon .....	30
	Referanser.....	31



# 1. Innledning

Dette kapitlet inneholder en introduksjon til temaet med aktuell bakgrunnskunnskap, en teoridel og formålet med oppgaven samt problemstilling.

## 1.1 Innledning til tema

I dag lever omtrent 101 000 personer i Norge med en demenssykdom. Innen år 2050 forventes det en dobling i dette tallet grunnet økt levealder. Personer med demens lever kortere enn befolkningen ellers, da sykdommen blir verre med tiden. Demenssykdom er den vanligste årsaken til innleggelse og langvarig opphold på sykehjem og omtrent 80% av personer på sykehjem har demens. Demenssykdom er en stor utfordring og påkjenning for de som rammes, pårørende og helsepersonell (Folkehelseinstituttet, 2021).

En demenssykdom viser seg forskjellig fra individ til individ. Det som er felles for sykdommen er at den vil påvirke eget selvbilde, relasjon til andre mennesker og følelsen av redusert mestring i hverdagen. Et godt helsetilbud må derfor bistå mennesker med demens med å dekke de behovene de har. Mange med demens opplever å miste tilhørigheten og opplever å føle seg utenfor det som skjer rundt en. Mange kan føle at den grunnleggende tryggheten i livet og hverdagen blir borte. I starten av en demenssykdom kan individet føle på usikkerhet rundt egen dømmekraft, frustrasjon og føle at noe er galt. Dette kan medføre stor frykt og usikkerhet for fremtiden. Man kan føle på manglende mestringsfølelse og dermed trekke seg unna aktiviteter og sosial omgang. Verdigheten kan bli svekket da man kan føle redusert medvirkning i eget liv (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Demenssykdom kan føre til stor lidelse hos individet da tapet av kognitive og motoriske evner kan føre til tilleggssymptomer som depresjon og angst, samt atferdssymptomer som verbal og motorisk uro og aggresjon (Folkehelseinstituttet, 2021). Det er de menneskene med verbal og motorisk uro samt aggresjon som oppleves som de mest utfordrende pasientene for helsepersonell i demensomsorgen (Helsedirektoratet, 2019).

## 1.2 Teori

### 1.2.1 Demens

Demens brukes ofte om langvarige, generelle svekkelser av kognitive evner som har vart vanligvis mer enn 6 måneder. Det mest fremtredende ved tilstanden er hukommelsessvikt. Pasienter med demens har i tillegg ofte nevropsykiatriske forstyrrelser som kan vises i form av aggresjon, depresjon og angst. Den underliggende årsaken til demens kan ha ulike forklaringer, men det mest vanlige er generelt tap av nevroner i hjernebarken, noe som kan skyldes Alzheimers sykdom (Wyller, 2019). Omtrent 60% av personer med demens har Alzheimers sykdom i bunn. En annen årsak til demens er cerebrovaskulær sykdom, noe som fører til små og store hjerneslag. Omtrent 15-20% av alle mennesker med demens har en slik form for demens og den kalles vaskulær demens (Helsedirektoratet, 2019).

I det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 er demens definert som et syndrom som skyldes sykdom etter skade på hjernen. Ifølge ICD-10 er følgende kriterier definisjonen på demens: Pasienten må ha svekket hukommelse, især for nyere data. I tillegg må en ha svikt i andre kognitive funksjoner slik som planlegging, dømmekraft, abstraksjon og tenkning. Ved mild grad av demens vil evnen til å klare seg i dagliglivet være påvirket. Ved moderat grad av demens kan man ikke klare seg uten bistand fra andre. Ved alvorlig grad av demens vil det være behov for kontinuerlig tilsyn og pleie. Andre kriterier er at pasienten må ha klar bevissthet og sviktende emosjonell kontroll, sosial atferd eller motivasjon. Man må ha minst ett av følgende symptomer: Apati, irritabilitet, unyansert sosial atferd eller emosjonell labilitet. Tilstanden må ha vart i minst seks måneder (Engedal & Haugen, 2018).

### 1.2.2 Aggressiv og utagerende atferd hos pasienter med demens

Ifølge Cloak & Khalili (2020) omtales pasienter med atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens ofte med forkortelsen APSD, også kjent som nevropsykiatriske symptomer. Symptomene vises ofte gjennom agitasjon, avvikende motorisk oppførsel, angst, apati, irritabilitet, depresjon og aggresjon. Det viser til at over 90% av pasienter med demenssykdom, vil utvikle enten en eller flere av symptomene innen APSD gjennom sykdomsforløpet. APSD er assosiert med redusert livskvalitet, noe som inkluderer sorg hos individet og pårørende, langvarig innleggelse i helsetjenesten, økte helsekostnader og misbruk av medikamenter.

Agitasjon er et nevropsykiatrisk symptom på demens og beskrives ofte som en tilstand med indre spenning og ytre uro. Man kan se den ytre uroen gjennom bevegelser eller lyder. Man kan også kalle agitasjon som forstyrret atferd, atferdsproblemer eller utagerende atferd. Man kan dele agitasjon i fire kategorier: aggressiv fysisk agitasjon, ikke-aggressiv fysisk agitasjon, aggressiv verbal/vokal agitasjon og ikke-aggressiv verbal/vokal agitasjon. Agitasjon er et av de mest forekomne symptomene ved demens, og sees ofte lenger ut i sykdomsforløpet. Årsaken til agitasjon er trolig skader i fremre deler av hjernen. Det kan blant annet omhandle endret nivå av signalstoffer eller sviktende cellefunksjon og celledød (Engedal & Haugen, 2018).

Ifølge Engedal & Haugen (2018) kan agitasjon sees som et uttrykk for et udekket behov. Det kan gjelde åpenbare ting slik som at pasienten fryser, men også mer subtile former slik som over- eller understimuli. Man bør alltid vurdere pasientens fysiske forhold, for eksempel smerter, obstipasjon eller bivirkninger av et legemiddel. Miljømessige forhold, slik som uro og bråk, kan utløse agitasjon. Agitasjon kan føre til aggressiv atferd. Ifølge

Engedal & Haugen (2004) kan aggressiv atferd foreståes på to måter: Angrepsaggressivitet og forsvarsaggressivitet. Angrepsaggressivitet kan sees ved aggressiv atferd uten noen synlig triggende årsak. Her kan demenssykdommen i seg selv være utløsende årsak. Forsvarsaggressivitet vises ofte i situasjoner hvor pasienten blir trigget eller føler at situasjonen er vanskelig. Slik type aggressiv atferd sees oftest i samhandling med pasienten og personer i miljøet. Årsaken kan være at pasientens privatliv krenkes, at pasienten misforstår situasjonen eller hva som blir sagt, gjenopplever en tidligere hendelse eller opplever følelser som frustrasjon, skam eller angst.

### **1.2.3 Kommunikasjon**

Kommunikasjon kan beskrives som utveksling av meningsfylte tegn eller ord mellom en eller flere personer (Eide & Eide, 2017).

Ifølge Eide & Eide (2017) er god kommunikasjon personorientert. Det vil si at man ser personen bak «pasienten», altså en person med erfaringer, mål, ressurser og muligheter, verdier, prioriteringer og ønsker. Man må se personen som et unikt individ. Fire viktige elementer i personorientert kommunikasjon er:

- Pasientens perspektiv må anerkjennes
- Pasientens psykososiale kontekst må forståes
- Man må jobbe for å utarbeide en felles forståelse som stemmer med pasientens verdier
- Man må bistå pasienten til å utøve selvbestemmelse og ta kontroll over egen situasjon slik at man deler makt med pleieren

Som helsepersonell må man være bevisst sin nonverbale kommunikasjon. Man kan beskrive god nonverbal kommunikasjon som en ferdighet sykepleier anvender i samspill med pasienten. Nonverbal kommunikasjon kan ofte være tydeligere enn verbal kommunikasjon. Man kan vise god nonverbal kommunikasjon gjennom å ha en vennlig og rolig stemme, et smil, en bekymret rynke og et ansiktsuttrykk som viser at man er lyttende og anerkjennende. Den viktigste funksjonen er muligens å møte den andre på en bekreftende og omsorgsfull måte gjennom å skape tillit slik at den andre parten føler seg trygg (Eide & Eide, 2017).

Når det gjelder kommunikasjon med pasienter med demens kan det være vanskelig å vite hvilken tilnærming man skal bruke. Nyere studier i Eide & Eide (2017) viser at man bør unngå å realitetsorientere pasienten da hans «virkelighetsforståelse» ikke vil bli klarere av den grunn. Dersom man stiller spørsmål ved pasientens hukommelse eller korrigerer det han sier kan dette øke pasientens forvirring og uro, og dermed resultere i utagering. Det vil heller være bedre for personen å føle at han blir lyttet til. En kommunikasjonsmetode som er svært nyttig og effektiv for å forebygge aggresjon er å ta pasienten tilbake til fortiden og snakke om livshistorie. Her kan man anvende reminisensintervensjon for å fremkalle positive minner (Eide & Eide, 2017).

Et kjernebegrep i kommunikasjon med eldre med demens er bekreftelse. Man må kommunisere til pasienten på en informerende og hjelpende måte, og dermed bistå med å orientere seg i en ellers kaotisk verden. Å inneha gode nonverbale kommunikasjonsevner er nyttig og viktig i kommunikasjon med mennesker som har manglende kognitive evner. Nonverbal kommunikasjon med pasienter med demens vil være nyttig og muligens bedre for pasienten dersom en sliter med å uttrykke seg verbalt. Man kan også anta at god nonverbal kommunikasjon er gunstig i intime pleiesituasjoner da man utstråler trygghet og på den måten kan redusere uro (Eide & Eide, 2017).

### **1.3.3 Omsorg**

Basert på Kari Martinsens omsorgsfilosofi vil omsorg, nestekjærlighet og moral være sammenvevet. Omsorg som et moralsk begrep er ifølge Kari Martinsen knyttet til et prinsipp om at alle relasjoner og mellommenneskelige forhold er preget av makt og avhengighet, og vårt ansvar for å ivareta de svake. I denne oppgaven er målgruppen pasienter med demenssykdom, noe som gjør dem syke og hjelpetrengende, og derfor blir det moralske aspektet svært relevant. Som sykepleier vil det være et mål å utføre og virkeliggjøre omsorg gjennom tiltak og handlinger. Omsorgsbegrepet bygger på etikk og begrunnelse, noe som er vesentlig for vår sykepleiefaglige vurdering av en situasjon for å vite hva som vil være det beste for pasienten. Begrepet omsorg kjennetegnes ved at relasjoner bygger på gjensidighet, fellesskap og solidaritet. Når en person har en sykdom eller lidelse som gjør at en ikke klarer å dekke egne behov, fører dette til økt avhengighet av andre. På bakgrunn av dette må sykepleien og omsorgen gis ut ifra pasientens behov for pleie, omsorg og behov. Man må ha en forståelse av pasientens behov for å kunne yte omsorg (Austgard, 2010).

### 1.3 Formål og problemstilling

Oppgavens formål er å undersøke hvordan sykepleier kan forebygge utagerende atferd og utagering hos pasienter med demens på sykehjem. Innen tiltak er det valgt å fokusere på kartlegging av hvorfor pasienten er utagerende og psykososiale tiltak i form kommunikasjon og personsentrert tilnærming med pasienten.

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan kan sykepleier forebygge utagerende atferd og aggresjon hos pasienter med demens på sykehjem?»

## 2. Metode

Dette kapittelet skal gjøre rede oppgavens metode. Det inkluderer en metodebeskrivelse, inklusjons- og eksklusjonskriterier, søkehistorikk/søkestrategi, artikkelvurdering og en analyse.

### 2.1 Beskrivelse av metode

Opgavens metode er systematisk litteraturstudie. Ifølge Forsberg & Wengström (2015) er forutsetningene for en systematisk litteraturstudie at den består av et godt utvalg studier som besvarer en klart formulert problemstilling. For å kunne oppnå dette må man kvalitetssikre artikler gjennom å identifisere, vurdere og analysere relevant forskning på emnet. En systematisk litteraturstudie baserer seg på tidligere forskning utført på aktuelt emne.

Først ble det valgt et tema basert på ulike prøvesøk i februar 2021. Teamet som ble valgt var forebygging av aggresjon i demensomsorgen. Etter ulike søk ble temaet spisset ved å ekskludere medikamentell forebygging. I prosjektbeskrivelsen ble det utarbeidet en videre plan for arbeidet med frister og delmål. Litteraturen i oppgaven består av 8 forskningsartikler, teori som omhandler emnet og artikler i form av nettressurser og fagartikler.

### 2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Artiklene kunne ikke være eldre enn 2011
- Artiklene måtte være skrevet på engelsk, norsk, svensk eller dansk
- Artiklene måtte omfatte pasienter med demens på sykehjem
- Artiklene måtte omhandle pasienter med aggresjonsproblematikk
- Ikke-medikamentelle intervensjoner
- Sykepleieperspektiv
- Artiklene måtte være fagfellevurderte og etisk godkjente
- Artiklene må være fra Amerika, Europa eller Australia

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som omhandlet sykehjem eller hjemmesykepleie
- Artikler som omhandler medikamentell behandling av pasienter med demens
- Artikler fra ikke-vestlige land

### 2.3 Søkehistorikk og søkestrategi

For å gjøre søkeprosessen enklere ble det utarbeidet et PICO-skjema. Ifølge Forsberg & Wengström (2015) er PICO-skjema en strukturert metode der man identifiserer gode søkeord, basert på problemstillingen, og dermed har en god søkestrategi når man søker i bibliografiske databaser. Tabelldelen «comparison/sammenlikne» ble utelatt da datamaterialet ikke skal sammenliknes.

P: Population/Patient/ Hvem?	I: Intervention/ Hva?	C: Comparison/ Sammenlikne?	O: Outcome/ Utfall, Resultat
------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	------------------------------------

Dementia	Violent behaviour		Prevention
Nurse/Caregiver	Aggression		Management
Nursing home/Care home/Institution/Residential care	Aggressive behavior		Coping strategies
	Agitation		Non-pharmacological interventions
	Pain		Good care
			Interventions/Nursing interventions

Databasene som hovedsakelig ble brukt for å lete etter artikler var MedLine, PubMed og Cinahl. Det ble brukt følgende søkeord som basesøk: «Dementia» og «Aggression/aggressive behaviour/agitation». Det ble ofte for mange treff i databasene, og de ble da innsnevret ved bruk av andre søkeord referert i PICO-tabellen. Årsaken til et høyt antall søk og kun 1 inkludert artikkel er fordi mange artikler som har blitt lest ikke har vært aktuelle, har vært oversiktsartikler, ikke vært originalforskning og ikke møtt oppgavens inklusjonskriterier, og derfor blitt ekskludert. Alle søk har hatt en avgrensning på 5 eller 10 år. I Cinahl ble «peer review» brukt som avgrensning. Alle søkeord har blitt satt sammen ved bruk av «AND» og det viser til en kombinasjon av søkeord som brukes for å få et smalere resultat ifølge Forsberg & Wengström (2015).

### 2.3.1 Søkehistorikk Cinahl:

Det første søket ble utført 20.04.21 (Se tabell 2.1) ved bruk av søkeordene «dementia», «aggressive behavior», «agitation» og «prevention». Søket ga 12 treff. Overskrifter, 6 abstracts og 3 studier ble lest. 1 artikkel ble inkludert.

Det ble utført et søk i Cinahl 13.05 (Se tabell 2.1). Søket inneholdt søkeordene «dementia», «agitation» og «nursing interventions». Søket ga 45 treff. Overskrifter, 18 abstracts og 6 studier ble lest. 1 artikkel ble inkludert.

### 2.3.2 Søkehistorikk PubMed:

Det ble utført et søk i pubmed 22.04.21 (Se tabell 2.1). Søket inkluderte søkeordene «Pain», «Dementia», «Aggression» og «Nursing homes». Søket ga 22 treff. Overskrifter, 5 abstracts og 2 studier ble lest. 1 artikkel ble inkludert.

29.04 ble det utført to søk i pubmed (Se tabell 2.1). Det første søket inkluderte søkeordene «Dementia», «Violent behaviour», «Management». Søket ga 9 treff. Overskrifter, 3 abstracts og 2 studier ble lest. 1 artikkel ble inkludert. Det andre søket besto av søkeordene «Agitation», «Dementia», «Good care» og «Institution». Søket ga 20 treff. Overskrifter, 9 abstracts og 4 studier ble lest. 1 artikkel ble inkludert.

Det ble utført et søk 29.04 i pubmed (Se tabell 2.1). Søket inkluderte søkeordene «Nursing home», «Caregiver», «Coping strategies» og «Aggression». Søket ga 1 treff. Studien ble lest og inkludert i oppgaven.

Et søk ble utført 01.05 i pubmed (Se tabell 2.1). Søket besto av søkeordene «Aggressive behaviour», «Dementia» og «Residential care». Søket ga 27 treff. Overskrifter, 11 abstracts og 5 studier ble lest. 1 artikkel ble inkludert.

### **2.3.3 Søkehistorikk MedLine**

13.05 ble det utført et søk i MedLine (Se tabell 2.1). Søket inneholdt søkeordene «Nonpharmacological interventions», «Agitation» og «Managing». Søket ga 4 treff. Overskrifter og 1 studie ble lest. 1 artikkel ble inkludert.

Totalt ble 24 artikler lest i fulltekst. Av de 8 inkluderte artiklene er 4 kvalitative og 4 kvantitative.

## **2.4 Vurdering av utvalgte artikler**

### **2.4.1 Kvalitetsvurdering**

Artiklene er kvalitetssikret da det var et krav at inkluderte forskningsartikler skulle være fagfellevurderte og utgitt i et vitenskapelig tidsskrift. Artiklene skulle være rangert til nivå 1 eller 2. Ifølge NSD (2021) er publiseringskanaler som har fått nivå 1 eller 2 godkjente vitenskapelig publiseringskanaler. For at artikler skal klassifiseres som nivå 1 eller 2 må publikasjonen presentere ny innsikt, ha etterprøvbare resultater, være i et språk som gjør den mulig å lese for andre forskere og være i en publiseringskanal som utfører fagfellevurdering. Nivå 2 er det høyeste nivået. Syv av artiklene er publisert i en publiseringskanal rangert nivå 1 og en av artiklene er publisert i en publiseringskanal rangert nivå 2.

Ifølge Forsberg & Wengström (2015) er det viktig å lese studier på en kritisk måte. De peker ut tre spørsmål man skal stille mens man leser en artikkel:

- Hva er formålet med undersøkelsen?
- Hvilke resultater ble oppnådd?
- Er resultatene gyldige?

Ved å stille disse spørsmålene jevnt gjennom oppgaven, og samtidig kritisk vurdere artiklene opp mot sjekklisten utarbeidet av Helsebiblioteket (2016) er inkluderte artikler relevant for oppgaven. For å vurdere artiklenes kvalitet ble resultatene analysert og vurdert for å se om de svarte tydelig på studiens problemstilling. For å kunne få en god oversikt i artiklene ble kun artikler oppbygd etter IMRAD-struktur inkludert i oppgaven. IMRAD er forkortelsen for introduksjon, metode, resultat og diskusjon (Forsberg & Wengström, 2015).

### **2.4.2 Etske avveininger**

Det er et krav for alle vitenskapelige studier at det utføres etiske avveininger (Forsberg & Wengström, 2015). På regjeringen sine nettsider kan man finne «lov om behandling av etikk og redelighet i forskning» (Regjeringen, 2005-2006). Her er det relevant å trekke fram helsinkideklarasjonen som inneholder etiske prinsipper for medisinsk faglig forskning som inkluderer mennesker. Her fremvises det anbefalte retningslinjer og hensikten er å ivareta de etiske sidene av forskningen. Loven går ut på å sikre at hensynet til sårbare individer blir ivaretatt, dokumentasjon, informert og godkjent samtykke og vurdere forskningsmålet opp mot belastningen for deltakerne i prosjektet. Et viktig hovedbudskap er at individets velferd skal gå foran samfunnets interesser og vitenskapen.

Inkluderte artikler i oppgaven er fagfellevurdert og har dokumenterte etiske hensyn.



## 2.5 Analyse

Ifølge Forsberg & Wengström (2015) kjennetegnes en innholdsanalyse at forskeren klassifiserer data på en systematisk måte. Hensikten er å lette arbeidet og dermed kunne identifisere mønstre og temaer i dataene, som senere skal kunne beskrive et spesifikt tema.

Oppgavens innholdsanalyse er utarbeidet ved bruk av Forsberg & Wengström (2015) sin femtrinnsmodell for innholdsanalyse. Steg 5 vil fremvises i resultat og diskusjonsdel.

Steg. 1: Den første fasen består av å lese datamaterialet gjentatte ganger så man blir godt kjent med materialet (Forsberg & Wengström, 2015). Inkluderte artikler har blitt lest gjentatte ganger. Deretter har artiklene blitt vurdert kritisk mot problemstillingen. For å få en oversikt over artiklenes resultater, ble de skrevet ned og deretter sammenlignet for å sikre et godt svar på problemstillingen.

Steg. 2: Den andre fasen gjelder å forstå hva artiklene faktisk handler om. Her er det lurt å merke seg nøkkelord som sees i teksten, for eksempel: demens, aggresjon, forebygge, smerter. Da kan man finne artikkelens hovedpunkter (Forsberg & Wengström, 2015). Artiklene ble lest grundig på nytt. Denne gangen var fokuset å finne nøkkelord og hovedpunkter i artiklene. Deretter ble funnene tematisert. Da ble det enklere å finne likheter og ulikheter ved artiklene. Ved å tematisere funnene slik fikk man en bedre oversikt over artiklenes resultater og om de kunne knyttes direkte til problemstillingen.

Steg. 3: I den tredje fasen skal man kategorisere relevante funn i artiklene (Forsberg & Wengström, 2015). Det fremkom 2 kategorier man kunne samle nøkkelfunn i: Bakenforliggende årsaker og sykepleier-pasient forhold.

Steg. 4: I den fjerde fasen ønsker man å samle kategoriene i overordnede hovedtemaer (Forsberg & Wengström, 2015). Basert på kategoriene overfor kan funnene samles innad i 2 temaer: «Kartlegging av utløsende faktorer til utagering» og «kommunikasjon og personorientert tilnærming».

Følgende tabell viser utarbeidelsen av kategorier fra steg 2, 3 og 4.

<b>Steg 2:</b>	<b>Steg 3:</b>	<b>Steg 4:</b>
Krenkelse av privatliv, utfordringer i intimpleie og stellesituasjoner, miljøfaktorer, smerter, opplevelse av egen kognitiv svikt	Bakenforliggende årsaker	Kartlegging av utløsende faktorer til utagering
Riktig tid og tempo, kommunikasjon, relasjon	Sykepleier-pasient forhold	Kommunikasjon og personorientert tilnærming

## 2.6 Søketablell

Database	Dato	Søk	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	20.04.21	S1.	Dementia		67116	
		S2.	Aggressive behavior		9389	
		S3.	Agitation		3758	
		S4.	Prevention		334378	
		S5.	S1 and S2 and S3 and S4		25	
		S6.		År 2011-2021, peer review	12	1 (A)
PubMed	22.04.21	S1.	Pain		882888	
		S2.	Dementia		226081	
		S3.	Aggression		239284	
		S4.	Nursing homes		50738	
		S5.	1 and 2 and 3 and 4		28	
		S6.		År 2011-2021	22	1 (B)
Pubmed	28.04.21	S1.	Dementia		226081	
		S2.	Violent behaviour		11499	
		S3.	Management		3222560	
		S4.	S1 and S2 and S3		27	
		S5.		År 2011-2021	9	1 (C)
Pubmed	28.04.21	S1.	Agitation		23325	
		S2.	Dementia		226081	
		S3.	Good care		103131	
		S4.	Institution		6103753	
		S5.	S1 and S2 and S3 and S4		31	
		S6.		År 2011-2021	20	1 (D)
Pubmed	29.04.21	S1.	Nursing home		95451	
		S2.	Caregiver		89634	
		S3.	Coping strategies		27582	
		S4.	Aggression		239325	

		S5.	S1 and S2 and S3 and S4		1	
		S6.		År 2011-2021	1	1(E)
Pubmed	01.05.21	S1.	Aggressive behaviour		58572	
		S2.	Dementia		226281	
		S3.	Residential care		14242	
		S4.	S1 and S2 and S3		45	
				År 2011-2021	27	1 (F)
MedLine	13.05.21	S1.	Nonpharmacological Interventions		812	
		S2.	Agitation		19926	
		S3.	Managing		98812	
		S4.	S1 and S2 and S3		4	
				År 2011-2021	4	1 (G)
Cinahl	13.05.21	S1.	Nursing interventions		9197	
		S2.	Agitation		3774	
		S3.	Dementia		38021	
		S4.	S1 and S2 and S3		45	
		S5.		År 2011-2021, peer review	45	1 (H)

#### Inkluderte artikler:

- A. Morgan, R. O., Sail, K. R., Snow, A. L., Davila, J. A., Fouladi, N. N. & Kunik, M. E. (2013). *Modeling Causes of Aggressive Behavior in Patients With Dementia*. *Gerontologist*, 53(5), 738–747. <https://doi.org/10.1093/geront/gns129>
- B. Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. (2015). *Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia: Minimum Data Set 3.0 Analysis*. *Nursing research*, 64(4), 256–263. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000099>
- C. Isaksson, U., Graneheim, U.H., Åström, S. & Karlsson, S. (2011). *Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations*. *Aging & mental health*, 15(5), 573–579. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600>
- D. Helleberg, K.M. & Hauge, S. (2014). *"Like a dance": performing good care for persons with dementia living in institutions*. *Nursing research and practice*, 2014, 905972. <https://doi.org/10.1155/2014/905972>
- E. Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. & Halfens, R.J. (2011). *Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with*

*residents' aggression: a qualitative study*. Journal of clinical nursing, 20(17-18), 2469–2478. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x>

- F. Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S. (2012). *Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study*. Journal of psychiatric and mental health nursing, 20(9), 792–800. <https://doi.org/10.1111/jpm.12018>
- G. Janzen, S., Zecevic, A. A., Kloseck, M. & Orange, J. B. (2013). *Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia*. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 28(5), 524–532. <https://doi.org/10.1177/1533317513494444>
- H. Oppikofer, S. & Geschwindner, H. (2014). *Nursing interventions in cases of agitation and dementia*. Dementia (14713012), 13(3), 306–317. <https://doi.org/10.1177/1471301212461110>

I.

## 3. Resultater

Dette kapittelet skal presentere resultater fra artiklene. Den første delen vil presentere de mest sentrale funnene i matriser. Den andre delen skal fremvise resultatene tematisk i fritekst og belyse temaene «Kartlegging av utløsende faktorer til utagering» og «Kommunikasjon og personorientert tilnærming».

### 3.1 Artikkelmatrise

#### 3.1.1 - Artikkelmatrise

Referanse	Hensikt, problemstilling og forsknings-spørsmål	Metode	Resultat	Kommentar og relevans for problemstilling
<b>A)</b> Morgan, R. O., Sail, K. R., Snow, A. L., Davila, J. A., Fouladi, N. N. & Kunik, M. E. (2013). <i>Modeling Causes of Aggressive Behavior in Patients With Dementia</i> . Gerontologist, 53(5), 738–747. <a href="https://doi.org/10.1093/geront/gns129">https://doi.org/10.1093/geront/gns129</a>	Hensikten med studien er å undersøke faktorer som kan ha sammenheng med utvikling av aggresjon hos pasienter med demens.	Studien har et kvantitativt design og er utført i Amerika. Deltakerne var 171 ikke-aggressive pasienter over 60 år som hadde nyoppdaget demens. Pasientene og deres omsorgsgivere ble vurdert regelmessig i 25 måneder.	Pasienter som opplever høyere nivåer av omsorgsbyrde, smerter, dårlig forhold til omsorgsperson og økende ikke-aggressiv fysisk uro står i fare for aggresjon.	Artikkelen er relevant for problemstillingen da den belyser årsakssammenhenger til hvorfor enkelte pasienter med demens utvikler aggressiv oppførsel.
<b>B)</b> Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. (2015). <i>Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia: Minimum Data Set 3.0 Analysis</i> .	Hensikten med studien var å undersøke sammenhengen mellom smerter og aggressiv atferd hos pasienter på	Studien har et kvantitativt design og ble utført i Amerika. Forskningsmateriale besto av sykehjemsbeboere som var	Hos de sykehjemsbeboerne som ikke kunne selvrappørtere smerter grunnet alvorlig demens så man en tydelig sammenheng mellom smerter og verbal samt fysisk	Artikkelen har relevans for problemstillingen da den tar opp en mulig årsak til aggresjon hos pasienter med demens. I tillegg viser

<p>Nursing research, 64(4), 256–263.  <a href="https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000099">https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000099</a></p>	<p>sykehjem. I tillegg ønsket de å måle graden av aggresjon hos pasienter som kunne selvrapporerte smerter og hos de som ikke kunne det.</p>	<p>eldre enn 65 år og med endemessyke. Totalt deltok 71227 i studien.</p>	<p>aggresjon. Hos de som kunne selvrapporerte smerter så man en sammenheng mellom smerter og verbal aggresjon.</p>	<p>den viktigheten av å kartlegge smerter som tiltak for å forebygge aggresjon.</p>
<p><b>C)</b> Isaksson, U., Graneheim, U.H., Åström, S. &amp; Karlsson, S. (2011). <i>Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations</i>. Aging &amp; mental health, 15(5), 573–579.  <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600">https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600</a></p>	<p>Studien ønsker å studere hvilke omsorgssituasjoner og beboeregenskaper som fører til fysisk utfordrende oppførsel og hvordan sykepleiere kan håndtere oppførselen.</p>	<p>Studien er kvantitativ og utført i Sverige. Studien består av 40 sykehjem og 309 beboere med demens. Data ble innsamlet gjennom intervjuer.</p>	<p>Tre faktorer var assosiert med fysisk utagering: Mannlig kjønn, antipsykotisk behandling og manglende kognitive evner. Fysisk utagering skjedde hovedsakelig i stellesituasjoner med intimpleie. Situasjonen ble håndtert med symptomorientert tilnærming.</p>	<p>Artikkelen er relevant da den kartlegger en situasjon hvor utagering ofte oppstår.</p>
<p><b>D)</b> Helleberg, K.M. &amp; Hauge, S. (2014). <i>"Like a dance": performing good care for persons with dementia living in institutions</i>. Nursing research and practice, 2014, 905972.  <a href="https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600">https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600</a></p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive helsepersonellens forståelse av høykvalitets praksis hos utagerende pasienter med demens på sykehjem.</p>	<p>Studien er kvalitativ og utført i Norge. Åtte helsepersonell ble rekruttert fra to sykehjem og informasjon ble innhentet gjennom individuelle intervjuer.</p>	<p>Analysene avdekket tre hovedfunn som kunne beskrive god pleie:  a) å finne: identifisere pasientens personlige egenskaper, tilstand og behov.  b) å følge: å velge riktig tidspunkt og tempo tilpasset</p>	<p>Artikkelen viser tre hovedfunn som kan bidra med å forebygge utagering hos pasienter med demens.</p>

<a href="#">0.1155/2014/905972</a>			pasientens følsomhet. c) å lede: å være i forkant, forberedt på at pasientens sinnstilstand kunne endres og å kunne møte dette.	
<b>E)</b> Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. & Halfens, R.J. (2011). <i>Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study</i> . Journal of clinical nursing, 20(17-18), 2469-2478. <a href="https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x">https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x</a>	Studien ønsket å utforske helsepersonell's perspektiv på forhold og situasjoner der beboere viste aggressiv oppførsel og praktiske strategier for å håndtere slik atferd.	Studien er kvalitativ og utført i Sveits. Studien er basert på fem fokusgruppeintervjuer med 30 deltakere som jobbet på et sykehjem.	Analysen ga tre hovedtemaer med undertemaer. 1) Pleiernes forklaringer for aggressiv atferd 2) Hvordan man skal håndtere beboerne. 3) Selvbeskyttelse og hvordan man kan håndtere situasjonen.	Artikkelen er relevant for problemstillingen da den tar opp både årsaker til aggressiv atferd og hvordan man kan forebygge og håndtere atferden.
<b>F)</b> Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M. & Sykes, S. (2012). <i>Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study</i> . Journal of psychiatric and mental health nursing, 20(9), 792-800. <a href="https://doi.org/10.1111/jpm.12018">https://doi.org/10.1111/jpm.12018</a>	Hensikten med studien var å undersøke synspunktene til sykepleiere og pårørende angående årsaker til og de mest effektive tiltakene å svare på aggressiv atferd hos pasienter med demens.	Studien er kvalitativ og utført i England. Data ble hentet inn gjennom intervju av sykepleiere og pårørende i 4 sykehjem. Det ble brukt en-til-en intervjuer for de ansatte og fokusgrupper for pårørende.	Resultatene viser at sykepleierne benytter en personsentrert tilnærming til pasientomsorg. De brukte ikke tvang, viste medfølelse og var rolige. De utløsende faktorene for aggresjon var frustrasjon over tap av kognitive og motoriske evner, å trenge hjelp til pleie og mangel på privatliv.	Oppgaven er relevant for problemstillingen da den viser utløsende faktorer til aggresjon og hvordan sykepleiere kan forebygge og håndtere slik atferd.

<p><b>G)</b> Janzen, S., Zecevic, A. A., Klobeck, M. &amp; Orange, J. B. (2013). <i>Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia</i>. American Journal of Alzheimer's Disease &amp; Other Dementias, 28(5), 524–532. <a href="https://doi.org/10.1177/1533317513494444">https://doi.org/10.1177/1533317513494444</a></p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke helsepersonellens oppfatning av den nåværende bruken av ikke-medikamentelle tiltak for å redusere uro hos eldre med demens.</p>	<p>Studien er kvalitativ og utført i Amerika. 44 helsepersonell fra 5 sykehjem deltok. Data ble samlet inn fra intervjuer og fokusgrupper.</p>	<p>Uro oppsto oftest i stellesituasjoner, måltider, vaktskifte og på kveldstid. Utløsende faktorer var miljøfaktorer, fysiske behov og redusert evne til å kommunisere behov. Pleiere opplevde det vanskelig å inkludere ikke-medikamentelle tiltak da de opplevde mangel på tid, manglende evner og kortvarig effekt på tiltaket.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen da den belyser situasjoner og årsaker til utagering.</p>
<p><b>H)</b> Oppikofer, S. &amp; Geschwindner, H. (2014). <i>Nursing interventions in cases of agitation and dementia</i>. Dementia (14713012), 13(3), 306–317. <a href="https://doi.org/10.1177/1471301212461110">https://doi.org/10.1177/1471301212461110</a></p>	<p>Studien hadde to formål. 1) Vurdere og sammenlikne forekomst og omstendigheter for uro. 2) Å se på tiltak for å forhindre uro ved bruk av sykepleierintervensjoner.</p>	<p>Studien er kvantitativ og utført i Sveits. 1002 Sykepleierintervensjoner ble målt over en periode på 11 uker på to sykehjem.</p>	<p>Nesten halvparten av tilfellene med uro skjedde når pasienten var alene. Det var sjelden uro når pasienter var engasjert i aktiviteter. De mest vellykkede sykepleierintervensjonene var å unngå støy, følge til toalettet, kommunikasjon, gå tur, tilby/ administrere drikke.</p>	<p>Studien er relevant for problemstillingen da den viser årsaker til uro slik at man enklere kan forebygge.</p>



## 3.2 Resultater i fritekst

Sitater referert i teksten er oversatt fra engelsk til norsk.

### 3.2.1 Kartlegging av utløsende faktorer til utagering

Ifølge Isaksson, Graneheim, Åström & Karlsson (2011), Helleberg & Hauge (2014), Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfnes (2011), Janzen, Zecevic, Klooseck & Orange (2013) og Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes (2012) var det viktig å kunne identifisere hvorfor pasientene reagerte med aggresjon og på den måten bli kjent med triggere og årsaker. En av de vanligste situasjonene med aggresjon var i intime pleiesituasjoner, spesielt under vask, stell og påkledning. Dette kan sees i sammenheng med invadering av pasientens privatliv og krenkelse av pasienten. Andre bakenforliggende årsaker kan være ubehag eller smerter.

Ifølge Isaksson et al (2011), Helleberg & Hauge (2014), Zeller et al (2011) og Duxbury et al (2012) kunne man se at pasienter som opplevde tap av kognitiv funksjon reagerte med frustrasjon og aggresjon. Dette opplevdes som frustrerende og overveldende for pasienten. Man kunne også identifisere at de pasientene som hadde manglende evner til å forstå, redusert evne til å uttrykke behov og vanskeligheter med verbal kommunikasjon reagerte med aggresjon. En sykepleier i studien utført av Zeller et al (2011) nevnte:

*«Jeg la merke til at beboeren tidligere kunne utføre disse aktivitetene selv uten problemer. En dag fikk han det ikke til lenger og da slo det han at noe var galt. Denne situasjonen trigget han til å reagere med aggresjon» (Zeller et al, 2011).*

Ifølge Janzen et al (2013), Morgan, Sail, Snow, Davila, Fouladi & Kunik (2013) og Ahn, Garvan & Lyon (2015) kan man tydelig se smerter som en årsak til utagering hos pasienter med demens. Studien utført av Ahn et al (2015) viser at de pasientene som hadde manglende evner til å kommunisere og selvrapportere smerter, var smerter assosiert med både verbal og motorisk uro. Men, hos de pasientene med demens som kunne selvrapportere smerter så man kun verbal aggresjon. Studien av Morgan et al (2013) viser at pasienter med demens som hadde smerter, følte de var en omsorgsbyrde og hadde dårlig pleier-pasient forhold over tid hadde økt risiko for aggresjon.

Studiene utført av Helleberg & Hauge (2014) og Zeller et al (2011) viser viktigheten av at sykepleier klarer å se pasienten. Et hovedpunkt var å identifisere og kartlegge pasientens personlige egenskaper, tilstand og generelle behov. Sykepleierne som deltok i studien uttrykte viktigheten av å få så mye kunnskap og informasjon om pasienten som mulig, i tillegg til pasientens livshistorie. Det ble understreket verdien av å se hvert enkelt individs personlighetstrekk og behandle pasientene på avdelingen som enkeltindivider. Et annet hovedfunn var at sykepleierne måtte forstå og sette seg inn i pasientens tilstand her og nå. På bakgrunn av pasientens nåværende situasjon kunne de implementere god pleie til riktig tid og i riktig tempo basert ut ifra pasientens tilstand. Dersom pasienten motsatte seg hjelp til stell så var ikke det riktig tid å bistå personen med stell. Da kunne man heller prøve igjen senere istedenfor å presse pasienten.

Studien av Isaksson et al (2011) og Duxbury et al (2012), Janzen et al (2013) og Oppikofer & Geschwindner (2014) viser at miljøfaktorer spiller en viktig rolle for utagering hos pasienter med demens. Bråk og uro var svært fremprovoserende, spesielt i

stellesituasjoner eller under måltid. Aggresjonen kunne komme av overstimulering av pasientens sanser og manglende evner til å uttrykke seg verbalt.

Stress hos sykepleier kunne være en utløsende faktor for aggresjon ifølge studiene utført av Zeller et al (2011), Isaksson et al (2011) og Duxbury et al (2012). Manglende tid var ofte bakenforliggende årsak til stress. Sykepleierens stress kunne gå på bekostning av pasienten og tidspresset gjorde det vanskeligere å tilpasse seg pasientens behov og ønsker. Stress rundt pasienten kunne føre til utrygghet, overstimuli og manglende evner til å følge med, noe som kunne resultere i aggresjon. En sykepleier i studien sa:

*«Når jeg har tidspress på meg og gjerne vil fortsette med det jeg gjør, merker jeg at når ting går for fort blir det ingen god situasjon for pasienten. Jeg må rett og slett ta meg god tid, ellers blir det verre og umulig å få det til»* (Zeller et al, 2011).

### **3.2.2 Kommunikasjon og personorientert tilnærming**

Studiene utført av Duxbury et al (2012), Zeller et al (2011), Oppikofer & Geschwindner (2014) og Helleberg & Hauge (2014) viser at en tilnærming med personorientert omsorg kunne redusere utagerende atferd. I tillegg vil en slik tilnærming gi positive opplevelser for pasientene. For å bruke personorientert tilnærming var det viktig å kjenne pasienten, hans bakgrunn og reaksjonsmønstre. I studiene ser man verdien av god kommunikasjon med pasienten for å forhindre utagerende atferd. Når helsepersonell kunne se at en pasient begynte å bli urolig var det viktig at sykepleier forholdt seg rolig. En sykepleier sa:

*«Det som er viktig er at vi husker at de er individer. De har alle sin egen personlighet, de har alle hatt et liv, enten et godt liv eller et dårlig liv, vi skal ikke dømme dem for deres aggresjon. Vi kan være i deres sko en dag»* (Duxbury et al, 2012).

Studien utført av Helleberg & Hauge (2014) og Duxbury et al (2012) viser hvor viktig det er å kjenne til pasientens nonverbale kommunikasjon, slik som ansiktsuttrykk, bevegelser, lyder og mimikk. Da kunne sykepleieren vurdere pasientens sinnstilstand og egne tiltak basert på dette. Dette førte til at sykepleier kunne bedømme om hun måtte trekke seg tilbake, holde litt avstand, vente med å utføre handlingen og sensitivitet. Dersom man kjente pasientens nonverbale kommunikasjon, kunne sykepleier benytte seg av gylne øyeblikk og god kommunikasjon til rett tid. Det kom fram i studiene at alt handlet om rett handling til rett tid og sted.

Ifølge Helleberg & Hauge (2014) er det grunn til å tro at ansattes kommunikasjon og holdninger til pasienter med demens, deres kunnskap om sykdommen og miljøbehandling er viktig for å forhindre forekomsten av uro. Det var viktig at sykepleier utviste empati og kunne lede pasienten i ens kaotiske hverdag. Sykepleierne snakket om ansvaret av å være i front for å hjelpe pasientene med å opprettholde orden og kontroll i livet. Når sykepleier bisto pasienten med å gi følelsen av kontroll over eget liv førte det til at pasienten motsatte seg hjelp i mindre grad. Da kunne sykepleieren benytte øyeblikket til å skape en relasjon til pasienten.

I studien utført av Duxbury et al (2012) uttrykker både sykepleiere og pårørende at de selv kan være med på å trigge aggressiv atferd gjennom måten de kommuniserer på. De sier de kunne ha en tendens til å diskutere med pasienten når han ble aggressiv istedenfor å roe ned eller trekke seg unna. Det kom fram at de ofte kunne svare pasienten med «det har du allerede sagt eller det har du allerede spurt meg om», dette førte til at pasienten ble frustrert over tap av sine egne kognitive evner. Man kan finne

samme resultat i studien utført av Zeller et al (2011). Her vises det til at sykepleiere som jobber under press og utviser stress, viser manglende omtanke og frykter beboerne, trigger aggresjon hos pasientene. Sykepleierne følte de ikke fikk utvist nok omtanke og omsorg til pasientene da de jobbet under press. I tillegg kunne sykepleierne frykte enkelte av pasientene og dermed ta avstand fra de, noe som førte til frustrasjon blant pasientene. En sykepleier sa:

*«Jeg var redd for han. Jeg kom inn i rommet og følte meg usikker, og jeg tenkte at han også følte det da han truet meg og slo ut med armen. Jeg var veldig redd for han. Jeg sa knapt et ord og jeg fulgte konstant med når jeg vasket han da jeg var redd han skulle slå. Og han enset det» (Zeller et al, 2011).*

## 4. Diskusjon

Dette kapittelet presenterer en resultatdiskusjon som drøfter forskningsresultater mot problemstillingen, implikasjoner for sykepleie og en metodediskusjon som belyser styrker og svakheter i oppgaven. Kapittelet avsluttes med en konklusjon.

### 4.1 Resultatdiskusjon

#### 4.1.1 Forebygging av aggresjon i stellesituasjoner

Ifølge Isaksson et al (2011), Helleberg & Hauge (2014), Zeller et al (2011), Janzen et al (2013) og Duxbury et al (2012) var den vanligste årsaken til utagering hos pasienter med demens sett i sammenheng med stellesituasjoner. Utagering skjedde oftest i intime pleiesituasjoner, under morgenstell, vask og påkledning. Aggresjonen kunne sees i sammenheng med invadering av pasientens privatliv og følelsen av å bli krenket. Ifølge Zeller et al (2011) og Helleberg & Hauge (2014) passet sykepleierne på å vurdere pasientens tilstand her og nå. Dette førte til at de kunne gjennomføre god pleie til riktig tid og sted i rett tempo. Dersom pasienten motsatte seg stell, prøvde de heller igjen senere og på den måten forebygget de aggresjon under stellet.

Ifølge Engedal & Haugen (2004) kan man ofte se agitasjon og utagerende atferd i situasjoner med intimpleie da pasienten ofte kan føle seg truet, krenket og sårbar. Denne atferden kan sees på som et forsvar fra pasienten og kalles derfor forsvarsaggressivitet. Forsvarsaggressivitet vises ofte i situasjoner som føles vanskelig for pasienten. Utagerende atferd kan derfor forstås ved at pasienten føler seg krenket, skamfull, hans intimsfære overskrides eller han misforstår situasjonen.

Ifølge Brodtkorb (2016) er stellet en arena der pasienten er avhengig av sykepleieren for å få utført kroppsvask og påkledning, spesielt hvis den eldre er fysisk redusert. Dette gjør at muligheten for å krenke pasienten er til stede og at skjevhet i maktforholdet kan oppstå. Det kan sees på som en utfordring for helsepersonell å ivareta pasientens integritet i en slik situasjon. Desto mer sammensatt hjelpebehov, jo større og mer komplekst vil et stell bli.

Så, hvordan kan sykepleier forebygge utagerende og aggressiv atferd hos pasienter med demens i en stellesituasjon? Ifølge Brodtkorb (2016) er det viktig å huske at et stell også har en omsorgsdimensjon. Det betyr at pleieren må utføre tiltak slik at de gjenspeiler respekt og omtanke for pasienten. Man bør ta seg god tid og ønske å etablere et samarbeidsforhold med pasienten, i stedet for å overkjøre for å bli fortrest mulig ferdig med handlingen. Pasienter med demens kan ha vanskeligheter for å kommunisere og uttrykke behov. I en slik situasjon vil det være nødvendig at sykepleier utøver omsorg, innlevelse og viser at hun har tid.

Brodtkorb (2016) uttrykker videre viktigheten av å ikke se på pasientens kropp som et objekt da dette kan føre til uheldige samhandlingsmønstre. Man må være oppmerksom på pasientens reaksjoner og opplevelser. På denne måten utfører man et godt stell der pasienten blir ivaretatt som et helt menneske. Tilnæringsmåten må være individuell og personsentrert. Dette forutsetter at hjelperen har kunnskap om pasientens tidligere liv og om pasienten her og nå. Det vil være viktig å vite om pasientens tidligere vaner innen hygiene. Hvordan forhold har pasienten til eget velvære? Har pasienten tidligere lagt inn

god tid for å stelle seg? Ved å ha kunnskap om tidligere vaner, kan sykepleieren utføre et stell som hjelper pasienten til å opprettholde en følelse av identitet, mening og sammenheng.

Pleiere kan ofte se på stell som en oppgave som skal gjennomføres og helst på kortest mulig tid. Derfor er ofte situasjonen preget av at pleieren leder pasienten gjennom stellet, enten ved å utføre de praktiske oppgavene for pasienten eller ved å presse pasienten til å utføre oppgavene på egenhånd. Pleiere utfører ofte et stell slik de selv har planlagt det og er derfor lite var for pasientens reaksjoner og opplevelser. Et slikt stell kan kalles formåls- og oppgavesentrert stell og mangler omsorgsdimensjonen. Derimot, vil et person- og situasjonssentrert stell ivareta pasientens behov og ønsker. I et slikt stell er pleieren mer observant for pasientens opplevelser, uttrykk og hva han føler. Pleieren har også i en slik situasjon utarbeidet en plan, men denne planen tar utgangspunkt i kunnskap om pasienten og tidligere erfaringer. Man lar pasientens signaler underveis være førende for utformingen av stellet. Dette forutsetter at pleieren har oppmerksomheten rettet mot pasienten, tar seg god tid og er observant for uttrykk (Brodtkorb, 2016).

Basert på egen erfaring fra sykehjempraksis har jeg observert en rekke ulike stell. Blant annet tenker jeg at sykepleiere som jobber under et arbeidsforhold som er preget av rutiner, har fått et mer avslappet forhold til kropp og nakenhet. Fra erfaring virker det som sykepleiere ofte glemmer at nakenhet og avkledning kan oppleves krenkende, skamfullt og pinlig. Stellet har sin rutine og ting skjer litt for fort for pasienten, slik at han reagerer med aggresjon. Denne erfaringen underbygges av Brodtkorb (2016) som sier at aggresjon under et stell kan være et uttrykk for at pasienten ikke forstår hva som skjer da ting skjer for fort, de føler seg invadert og mister kontrollen. Man må respektere pasientens intimsfære ved å dekke til pasienten og la pasienten få bidra dersom en mestrer det selv. Dette vil dessuten gi pasienten økt grad av autonomi.

#### **4.1.2 Tilnærming og personsentrert omsorg**

Studier av Duxbury et al (2012), Zeller et al (2011), Oppikofer & Geschwindner (2014) og Helleberg & Hauge (2014) viser til at tiltak basert på personsentrerte tilnæringsmåter og omsorg er essensielt for å forebygge aggresjon. En slik tilnærming vil gi pasienten en positiv opplevelse av situasjonen. For å kunne utføre personsentrert omsorg er det viktig å kjenne til pasienten, hans bakgrunn og reaksjonsmønstre. I tillegg vil det være nyttig å kjenne til hva pasienten liker å gjøre og snakke om.

Ifølge Rokstad & Røsvik (2018) er personsentrert omsorg den tilnærmingen man foretrekker i behandling og omsorg for pasienter med demens. Man skal se personen som den er og ha kunnskap om pasientens livshistorie, personlighet, helsetilstand og vaner. Man må ha fokus på hvordan verden kan oppleves for pasienter med kognitiv svikt og bistå personen til å ivareta egne ressurser. En viktig del av personsentrert omsorg er å sørge for at pasienten får mulighet til å ivareta sin identitet, oppleve tilhørighet, få støtte og gi opplevelse av mening. Sykepleierens fokus bør være å bistå pasienten til å opprettholde sin egen subjektive mening av verdi.

Målet med personsentrert tilnærming er at pasienten skal oppleve å bli møtt som et unikt individ og bli sett som personen bak sykdommen. Dermed skal relasjonen mellom pleieren og pasienten være basert på likeverd og gjensidighet. Tilnærmingens formål er å styrke pasientens verdi og derav forebygge lidelse og opplevelse av tap (Rokstad & Røsvik, 2018). Ifølge Kirkevold (2016) er opplevelse av verdighet sterkt knyttet sammen

med personsentrert tilnærming. Man må ivareta pasientens verdighet gjennom å anerkjenne pasientens erfaringer, synspunkter og verdier. Pasienter ønsker å bli anerkjent som et helt menneske og et unikt individ med egne ønsker, mål og behov. Derfor er det viktig at sykepleier bruker tid på å bli kjent med pasienten, finne ut hvordan han har vært og hvordan han er nå.

Ifølge Kari Martinsen må personer møtes som enkeltindivider. For å kunne yte omsorgsfull og god sykepleie må man ta utgangspunkt i at utfordrende atferd må sees i sammenheng med personlighet og sosiale forhold. For å utøve en slik omsorg er det nødvendig at sykepleier samler informasjon om pasienten og lærer han å kjenne (Austgard, 2010).

I sykehjempraksis erfarte jeg at en personsentrert tilnæringsmåte var svært effektivt for å danne en relasjon til pasienten. En slik tilnæringsmåte anerkjenner pasienten som et unikt individ ved å vise at man er empatisk lyttende, anerkjenner pasientens verdier og er interessert i å høre om tidligere liv.

#### **4.1.3 Forståelse av atferden**

Ifølge Isaksson et al (2011), Helleberg & Hauge (2014), Zeller et al (2011), (Janzen et al (2013) og Duxbury et al (2012) var det viktig å kunne identifisere hvorfor pasienter reagerte med aggresjon og på den måten bli kjent med triggere og årsaker.

Ifølge Helleberg & Hauge (2014) er kartlegging av utløsende og bakenforliggende årsaker en viktig del av sykepleiers ansvar. Studien viser at aggresjon muligens kan ha andre årsaker enn demenssykdommen. Studier viser at mangel på privatliv, egen opplevelse av tap av kognitiv funksjon, smerteproblematikk, bruk av medikamenter, manglende evner til å kommunisere og miljøfaktorer kan være bakenforliggende årsaker til aggresjon (Zeller et al, 2011), (Duxbury et al, 2012), (Helleberg & Hauge, 2014), (Isaksson et al, 2011), (Janzen et al, 2013), (Morgan et al, 2013) og (Ahn et al, 2015) og (Oppikofer, 2014).

Ifølge Kirkevold (2018) oppstår det ofte situasjoner hvor pasienter med demens reagerer med utførende atferd. Ved å legge alt fokuset på symptomene, slik som den utfordrende atferden, vil det være en fare for at kun symptomene blir behandlet og ikke de bakenforliggende årsakene. Derfor bør sykepleier vurdere situasjonen og finne ut hva som kan være den utløsende årsaken og i hvilke situasjoner symptomene oppstår. Man skal ikke skyldes på demenssykdommen, men heller se på miljøfaktorer eller samhandling rundt pasienten for å finne den utløsende årsaken. Kirkevold (2018) understøtter studiene ved at det kan finnes andre årsaker enn demenssykdommen til utfordrende atferd.

Så, hvordan kan sykepleier forebygge utagerende atferd hos pasienter med demens? Ifølge Kirkevold (2018) gjelder det å være føre var. Man kan forebygge utagerende atferd ved god kartlegging og organisering. Man bør ha et miljø på sykehjemmet som utfører personsentrert omsorg og et personale med kunnskap om tilnærmingen. Det første man bør tilstrebe er å forstå pasientens atferd. Da vil det være nødvendig å få svar på følgende spørsmål: Hva består atferden i, hvor ofte inntreffer atferden, i hvilke situasjoner oppstår atferden, er det hendelser som utløser atferden og er det noen sammenheng i atferden. Deretter vil det være nødvendig å observere pasienten og kartlegge. Ved å utføre en slik analyse vil man ofte få forståelse av de utløsende faktorene, slik som smerter, udekkede behov, angst, ensomhet, depresjon og miljøfaktorer.

Kari Martinsen uttrykker at dersom sykepleier skal kunne opptre omsorgsfullt må en ha forståelse for pasientens sykdom og atferd. Dersom man betegner atferd som vanskelig eller problematisk vil man plassere problemene hos pasienten, i stedet for å se på bakenforliggende årsaker (Austgard, 2010).

#### **4.1.4 Kommunikasjon og relasjon**

Ifølge Helleberg & Hauge (2014) er sykepleierens kommunikasjon og holdninger til pasienter viktig for å forebygge aggresjon. Det var viktig at sykepleier utviste empati og var en leder for pasienten i ens kaotiske hverdag. Når sykepleier bisto pasienten med å gi følelsen av økt kontroll over eget liv førte det til at pasienten motsatte seg hjelp i mindre grad. På denne måten kunne sykepleier danne en relasjon med pasienten. Studien utført av Duxbury et al (2012) viste at både sykepleiere og pårørende kunne trigge utagerende atferd hos pasienten med demens. Studiene av Helleberg & Hauge (2014) og Duxbury et al (2012) viste viktigheten av nonverbale kommunikasjonsferdigheter. Dersom man hadde kunnskap om pasientens nonverbale kommunikasjon, kunne man vurdere handlinger på bakgrunn av dette. Dette førte til at sykepleierne kunne utføre handlinger til riktig tid, sted og i riktig tempo.

God helsefremmende og personorientert kommunikasjon med eldre er ifølge Eide & Eide (2017) å ikke se den eldre utelukkende som gammel, syk og hjelpetrengende, men som et unikt enkeltindivid med interesser, ønsker, muligheter og ressurser. Dette krever at sykepleier må ha en oppmerksom tilstedeværelse. Ved å være til stede får man kunnskap om pasientens interesser, hva som gjør en glad og hva en liker slik at man på bakgrunn av denne kunnskapen kan danne en relasjon med pasienten. Eide & Eide (2017) trekker videre frem at å fortelle spontane livshistorier vil være et godt hjelpemiddel for å danne en relasjon. Ved å snakke om pasientens fortid viser man interesse samtidig som man innhenter nødvendig kunnskap til å utarbeide en forståelse av pasienten. I kommunikasjon med pasienter med demens vil det være viktig at sykepleier er bevisst sin non verbale kommunikasjon. Sykepleier må vise at hun er til stede gjennom kroppsholdning, mimikk, lyder og ansiktsuttrykk.

Utagerende pasienter med demens vil ha en realitetssvikt, noe som kan gjøre det utfordrende i kommunikasjonen. Hvordan skal sykepleieren møte pasienter med realitetssvikt for å forhindre utagering? Ifølge Eide & Eide (2017) bør man unngå å realitetsorientere. Studien av Duxbury et al (2012) viser at når personalet og pårørende realitetsorienterer og diskuterer med pasienten vil dette trigge til utagering. Dette støtter Eide og Eide (2017) som sier at det beste for pasienten er opplevelsen av å bli lyttet til. Dersom en pasient vil hjem til mor som er død, vil det ikke gjøre pasientens virkelighet mer virkelig ved å si at hun døde for 30 år. Dette vil kun føre til økt sorg for pasienten. Man kan heller spørre «Kan du fortelle meg litt mer om moren din?». På denne måten tar man pasienten tilbake til en virkelighet som har vært virkelig. Dette vil være en reminisensintervensjon som har som formål å fremkalle positive minner.

## **4.2 Implikasjoner for sykepleie/praksis**

Demensomsorgen vil bli utfordrende i årene fremover grunnet et økt antall eldre. Som forslag til videre arbeid på området vil det være aktuelt å utføre mer forskning med sykepleieperspektiv. I søket etter forskningsartikler ble det funnet flest artikler med pårørendeperspektiv. Dette vil være aktuelt da sykepleiere vil møte et større antall eldre med demens i årene fremover. Kompetansen på feltet bør tilstrebes, noe som innebærer større kunnskap om sykdommen, utløsende og bakenforliggende årsaker, kunnskap om og bruk av personsentrerte tilnæringsmetoder og kommunikasjonsferdigheter. På

bakgrunn av resultater fra forskningsartiklene virker det som at sykepleiere frykter og er redd for pasienter med demens med aggresjonsproblematikk. Dette kan føre til ekskludering av en gruppe pasienter på sykehjem. Dette bør unngås og derfor trenger sykepleiere økt kunnskap om sykdommen og forebyggingsteknikker.

### 4.3 Metodediskusjon – styrker og svakheter

Opgaven ønsker å belyse hva sykepleier kan gjøre for å forebygge aggresjon hos pasienter med demens og det ble derfor valgt et sykepleieperspektiv. Samtidig var det viktig å belyse pasientens perspektiv og følelser for å kunne svare på problemstillingen. Oppgavens formål er å forebygge et problem og da ønsker man gjerne å måle effekt av tiltak. Da prefereres gjerne kvantitativ forskning i form av randomisert kontrollert studie (Forsberg & Wengström, 2015). Men, siden forskningsobjektet også bør studeres subjektivt, da aggresjon er en følelse, bør man også inkludere kvalitativ forskning da denne metoden baserer seg på opplevelser. Derfor ble både kvantitative og kvalitative studier preferert og inkludert i oppgaven. Dette kan ha ført til en bredere forståelse av problemstillingen, noe som kan anses som en styrke.

Artikler etter 2010 var et eksklusjonskriterie da det var et ønske at oppgaven skulle baseres på nyere forskning. Det var ønskelig å kun ha artikler som ikke var eldre enn 5 år, men dette var vanskelig å finne. Det anses likevel som en styrke at inkluderte artikler ikke er eldre enn 10 år og derav av nyere forskning. Det kan også ansees som en styrke at inkluderte artikler kommer fra Amerika og Europa, da resultatene kan relateres til det norske helsesystemet. Et av inklusjonskriteriene var at studiene måtte omhandle pasienter på sykehjem. Studien utført av Morgan et al (2013) omhandlet ikke pasienter på sykehjem, derimot hjemmeboende. Likevel ble studien inkludert da den var relevant for å belyse problemstillingen.

Artiklene i oppgaven er nøye lest og vurdert for å unngå misforståelse av relevante funn. På den måten er resultatene godt gjort rede for og basert på reelle funn. Inkluderte artikler er skrevet på engelsk og har derfor blitt oversatt. Oversettelsesarbeidet er utført med kritiske vurderinger av teksten for å få en korrekt oversettelse av innholdet. Dersom det har oppstått fremmedord har det blitt brukt ordbok. Det er henvisning til kilder i oppgaven og det er ikke tatt egen ære for forfatterens funn. Kildehenvisningen følger APA-stil. Det er likevel valgt å ikke referere til sidetall i teksten, da dette kan gjøre teksten mer rotete og mindre oversiktlig.

Det ble totalt lest 24 artikler, 16 artikler ekskludert og 8 artikler inkludert. Årsaken til at tallet på leste artikler ble høyt var at noen abstrakter var uklare og derfor måtte leses i fulltekst, samt at det var ønskelig å lese flere artikler for å kunne gjøre god research. Årsaken til at artikler ble ekskludert var fordi de ikke passet oppgavens inklusjonskriterier, at artikkelen ikke var originalforskning, ikke var relevant for problemstillingen, ikke var fra vestlige land eller ikke hadde ønskelig struktur.

PICO-skjemaet i oppgaven inneholder en del søkeord og kan derfor fremstå som uorganisert. Det kan ansees som en styrke at det har blitt utført mange søk, men også som en svakhet da det har vært stor variasjon i søkeordene og sammensetningen av disse. Variasjonene skyldes irrelevante treff på artikler og derfor et behov for flere søk. Det kan også anses som en svakhet for oppgaven at «BPSD» og «neuropsychiatric symptoms» ikke har blitt brukt som søkeord. Årsaken til at BPSD ble utelatt fra start var fordi oppgaven skulle omhandle alle pasienter med demens med aggresjonsproblematikk, og ikke kun BPSD som er en alvorlig grad av atferdsproblematikk. I ettertid har det blitt



sett at man kunne inkludert dette søkeordet da det ga relevante treff. En annen svakhet kan være manglende erfaring med å skrive slike oppgaver. For å få økt forståelse av litteraturstudium har boken av Forsberg & Wengström (2015) vært til god hjelp.

## 4.4 Konklusjon

Oppgavens hensikt var å få økt kunnskap om hvordan sykepleier kan forebygge aggresjon og utagerende atferd hos pasienter med demens på sykehjem.

Funn i forskningsartikler viser at utfordrende atferd kan være vanskelig å forebygge og møte. En forutsetning er kompetanse, ressurser, kunnskap om sykdommen og den enkelte pasient. For å kunne forstå pasienten viser resultatene nødvendigheten av å kartlegge bakenforliggende årsaker slik at disse blir behandlet, og ikke bare symptomene. For å kunne forebygge utagerende atferd vil kartlegging være essensielt for videre behandling.

Funnene viser tydelig at personsentrerte tilnæringsmåter bør benyttes slik at man kan se og behandle pasienten som et unikt individ. Kommunikasjon vektlegges, da spesielt nonverbale kommunikasjonsevner, som er særlig viktig i samhandling med denne pasientgruppen. Sykepleier må ha gode kommunikasjonsferdigheter og gode holdninger. Ved å ha en relasjon til pasienten og kunnskap om ens atferd skal sykepleier kunne forebygge aggresjon ved å kjenne til pasientens signaler. Dette gjør at sykepleier kan gjennomføre god pleie og gode samtaler til riktig sted og riktig tid i rett tempo. Å møte pasienten med demens med en personsentrert og profesjonell tilnærming er svært viktig. Forutsetningen er økt kompetanse og fagkunnskap på området, noe som vil bidra til at sykepleiere vil føle seg tryggere i møte med utagerende pasienter med demens.

# Referanser

- Ahn, H., Garvan, C. & Lyon, D. (2015). Pain and Aggression in Nursing Home Residents With Dementia: Minimum Data Set 3.0 Analysis. *Nursing research*, 64(4), 256–263.  
<https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000099>
- Austgard, K. (2010). *Omsorgsfilosofi i praksis – å tenke med filosofen Kari Martinsen i sykepleien*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.
- Brodtkorb, K. (2016). *Stellet – mulighetenes arena*. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. *Geriatriske sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Cloak, N. & Al Khalili, Y. (2020). *Behavioral And Psychological Symptoms In Dementia*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Duxbury, J., Pulsford, D., Hadi, M., & Sykes, S. (2012). *Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study*. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(9), 792–800.  
<https://doi.org/10.1111/jpm.12018>
- Eide, H., & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2018). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Oslo: Aldring og helse nasjonal kompetansetjeneste.
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2004). *Demens – fakta og utfordringer*. Oslo: Nasjonal kompetansesenter for aldersdemens.
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Demens*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Bokforlaget Natur & Kultur.
- Helleberg, K.M. & Hauge, S. (2014). *"Like a dance": performing good care for persons with dementia living in institutions*. *Nursing research and practice*, 2014, 905972.  
<https://doi.org/10.1155/2014/905972>
- Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*. Hentet fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Helsedirektoratet. (2019). *Om demens*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens/om-demens>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2020*. Hentet fra: [https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan\\_2020.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf)
- Isaksson, U., Graneheim, U.H., Åström, S. & Karlsson, S. (2011). Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & mental health*, 15(5), 573–579.  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.556600>

Janzen, S., Zecevic, A. A., Kloseck, M. & Orange, J. B. (2013). Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 28(5), 524–532.

<https://doi.org/10.1177/1533317513494444>

Kirkevold, M. (2016). *Personsentrert og individualisert sykepleie*. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. *Geriatriske sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2016). *Den gamles integritet*. Kirkevold, M., Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H. *Geriatriske sykepleie – god omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Morgan, R. O., Sail, K. R., Snow, A. L., Davila, J. A., Fouladi, N. N. & Kunik, M. E. (2013). Modeling Causes of Aggressive Behavior in Patients With Dementia. *Gerontologist*, 53(5), 738–747. <https://doi.org/10.1093/geront/gns129>

NSD – norsk senter for forskningsdata. (2021). *Register over vitenskapelige publiseringskanaler*. Hentet fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

Oppikofer, S. & Geschwindner, H. (2014). Nursing interventions in cases of agitation and dementia. *Dementia* (14713012), 13(3), 306–317.

<https://doi.org/10.1177/1471301212461110>

Regjeringen. (2005-2006). *Ot.prp. nr. 58 (2005-2006). Om lov om behandling av etikk og redelighet i forskning*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/otprp-nr-58-2005-2006-/id187808/?ch=3>

Rokstad, A.M.M. & Røsvik, J. (2018). *Personsentrert omsorg*. Engedal, K. & Hauge, P.K (red). *Demens – sykdommer, diagnostikk og behandling*. Oslo: Aldring og helse nasjonal kompetansetjeneste.

Wyller, V. (2019). *Syk*. Oslo: Cappelen damm AS.

Zeller, A., Dassen, T., Kok, G., Needham, I. & Halfens, R.J. (2011). *Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study*. *Journal of clinical nursing*, 20(17-18), 2469–2478.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x>

