

Bacheloroppgave

SY301813 Sykepleie VI Del 2

Sykepleieres erfaringer i møte med utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem/Nurses experience in encounter with agitated behavior in patients suffering from dementia living in nursing homes

Kandidatnummer: 2525 og 2520

Totalt antall sider inkludert forsiden: 37

Antall ord: 8412

Innlevert Ålesund, 15.05.2015

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

| Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6: | | |
|--|---|-------------------------------------|
| 1. | Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. | Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§30 og 31. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens studieforskrift §30 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider | <input checked="" type="checkbox"/> |

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15

Veileder: Hovedveileder: Solveig Giske Biveileder: Torill Osvik Ryste

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiÅ med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato: 15.05.2015

Sammendrag/Summary

Bakgrunn: Demens er en folkesykdom, og over 70 000 nordmenn lever i dag med demens. Om lag 80 prosent av alle som bor i norske sykehjem har en demenslidelse. Adferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdom. Symptomene er hyppig forekommende og har stor betydning for pasientens livskvalitet og kan være krevende for helsepersonell.

Hensikt: Å få økt kunnskap om hvilke erfaringer sykepleiere har i møte med utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem.

Metode: En systematisk litteraturstudie. Det ble anvendt en innholdsanalyse ut ifra 8 forskningsartikler, der 6 var kvalitative og 2 kvantitative.

Resultater: To hovedkategorier framkom: 1) Identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til utagering 2) Individuell tilnærming og kommunikasjon.

Konklusjon: I møte med utagerende atferd hos pasienter med demens, bør en individuell tilnæringsmåte anvendes. Evne til god kommunikasjon og kunnskap om årsakssammenhenger samt behov for kompetanse fremkom som sentralt i utøvelsen av sykepleie til disse pasientene.

Nøkkelord: Sykepleier, demens, sykehjem, voldelig oppførsel, utagering, aggresjon, utagerende oppførsel, håndtering, tilnærming, redusere, forebygge, intervensjoner.

Background: Dementia is a widespread public health issue and, today, over 70 000 Norwegians are living with dementia. An estimation of 80% of residents in Norwegian nursing home facilities suffer from a dementia disorder. Behavioral disturbances and psychological symptoms of dementia are possibly of the utmost distressing symptoms accompanying the disorder. The symptoms are frequently occurring and have great impact on the quality of life of the patient, as well as being challenging for health personnel.

Purpose: To increase knowledge of the experiences nurses and health care personnel have when encountering excessively disruptive, unrestrained behavior by patients suffering from dementia.

Method: A systematic literary study. A content-analysis based on 8 research articles, out of which 6 were qualitative and 2 were quantitative, was applied.

Results: Two main categories emerged: 1) identifying underlying and triggering causes of agitated behavior, and 2) Individual approach and communication.

Conclusion: During encounters with agitated behavior by patients suffering from dementia, an individual approach should be applied. Ability to conduct well established communication and knowledge of causations, as well as need for competence, emerged as central in the execution of providing nursing care for these patients.

Keywords: nurse, dementia, nursing home, violent behavior, agitation, aggression, agitated behavior, management, approach, reduce, prevention, interventions.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1.0 Innledning..... | 1 |
| 1.1 Begrunnelse av valg av tema og problemstilling..... | 1 |
| 1.2 Oppgavens hensikt..... | 2 |
| 1.3 Begrepsavklaringer..... | 2 |
| 1.4 Avgrensninger og presisering..... | 2 |
| 1.5 Videre oppbygging av oppgaven | 3 |
| 2.0 Teorikapittel..... | 4 |
| 2.1 Demens..... | 4 |
| 2.2 Aggressiv og utagerende atferd..... | 5 |
| 2.3 Kommunikasjon..... | 6 |
| 2.4 Travelbees sykepleieteori..... | 7 |
| 3.0 Metodekapittel..... | 9 |
| 3.1 Datasamling | 9 |
| 3.1.1 Søkestrategi..... | 9 |
| 3.1.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier..... | 10 |
| 3.1.3 Søkehistorikk..... | 10 |
| 3.1.4 Kvalitetssikring..... | 12 |
| 3.1.5 Etsiske avveininger..... | 12 |
| 3.2 Analyse..... | 13 |
| 4.0 Resultat..... | 15 |
| 4.1 Identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til utagering..... | 15 |
| 4.2 Individuell tilnærming og kommunikasjon..... | 16 |
| 5.0 Diskusjon..... | 19 |
| 5.1 Metodediskusjon..... | 19 |
| 5.2 Resultatdiskusjon..... | 21 |
| 5.2.1 Forståelse og imøtekommelse av utagerende atferd i stellsituasjoner..... | 21 |
| 5.2.2 Tilnærming og individuell omsorg..... | 23 |
| 5.2.3 Å kjenne årsakene..... | 24 |
| 5.2.4 Kommunikasjon og samhandling..... | 25 |
| 5.2.4 Behovet for kompetanse..... | 26 |
| 6.0 Konklusjon..... | 28 |

Litteraturhenvisning

Vedlegg 1 Søkehistorikk

Vedlegg 2 PIO-skjema

Vedlegg 3 Kvalitetsikringsskjema

Vedlegg 4 Litteraturmatrise

1.0 Innledning

I dette kapittelet begrunnes valg av tema, oppgavens hensikt og problemstilling, begrepsavklaringer, avgrensninger og videre oppbygging av oppgaven.

1.1 Begrunnelse og valg av tema

Temaet for oppgaven er personer med demens med utagerende atferd. Temaet er valgt på bakgrunn av tidligere erfaringer fra praksis, og ønske om mer kunnskap om hvordan sykepleiere møter disse utfordringene.

I følge Helse- og omsorgsdepartementet (2015) har i dag om lag 80 prosent av alle som bor i norske sykehjem en demenslidelse. Demens er den vanligste årsaken til innleggelse og langvarig opphold i sykehjem. Demens er en folkesykdom, og over 70 000 nordmenn lever i dag med demens. Ettersom det blir stadig flere eldre i befolkningen, blir det flere som får demens. Demenssykdommene er sjeldne hos 40- og 50-åringene (ca 3000), men øker i forekomst fra 65-70 års alder, og finnes hos 15-20 prosent av alle over 75 år. En av de største omsorgsutfordringene vi står overfor som følge av økt levealder og endret alderssammensetning i befolkningen, er at tallet på mennesker med ulike demenslidelser sannsynligvis vil bli fordoblet i løpet av 35 år (ibid).

Kunnskap og kompetanse hos sykepleiere som arbeider med denne pasientgruppen, er en viktig forutsetning for å sikre kvaliteten på behandling, pleie- og omsorgstilbudet. Pleie- og hjelpetrengende eldre er den største gruppen som behandles i sykehjem (Norsk sykepleierforbund 2013). Det er på flere områder for lite kunnskap om årsaker, sykdomsutvikling, behandlingsformer og organisering og tilrettelegging av tjenester til personer med demens. Sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten står daglig i vanskelige situasjoner som krever kunnskap om god praksis, bevissthet om egne verdier og holdninger, og at de har arenaer for veiledning, refleksjon og erfaringsutveksling (Helse- og omsorgsdepartementet 2015).

I følge Selbæk (2005), er atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens er trolig de mest belastende symptomene ved demenssykdom. De er hyppig forekommende og har avgjørende betydning for pasientens livskvalitet og er belastende for sykepleiere (ibid).

1.2 Oppgavens hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven var å få økt kunnskap om hvilke erfaringer sykepleier har i møte med utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem.

Det er utarbeidet følgende problemstilling:

“Hvilke erfaringer har sykepleiere i møte med utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem?”

1.3 Begrepsavklaringer

Demens: Engedal og Haugen (2004), beskriver demens slik: En ervervet hjerneorganisk sykdom hos en eldre person. Sykdommen kjennetegnes ved svekket mental kapasitet og medfører svikt i psykologiske prosesser som hukommelse, oppmerksomhet, læring, tenkning og kommunikasjon. Den kognitive svikten fører til sviktende evne til å klare dagliglivets aktiviteter. Endret atferd er vanlig. Tilstanden er kronisk og kan ikke kureres og forverres seg ofte over tid.

Utagering: Ifølge Malt (2009) defineres utagering som: Tendens til å leve ut indre konflikter, impulser eller affekter uten å ta hensyn til situasjon og de konsekvenser væremåten kan ha for andre. Begrepet brukes vanligvis i negativ betydning. Utagering kan skje når personer er under stort indre press, men det kan også være del av en psykisk lidelse.

1.4 Avgrensninger og presisering

I følge Berentsen (2010), er begrepet demens er en fellesbetegnelse for en rekke typer demenssykdommer, der de mest vanlige demenstypene er Alzheimers sykdom, Vaskulær demens, demens med Lewy-legeme og Frontotemporal demens. Symptom av utfordrende atferd, forekommer blant alle typer demens før eller senere i sykdomsforløpet (ibid), derfor er det i oppgaven ikke fokusert på enkelttyper, men demens som en samlediagnose.

Det er valgt et sykepleierperspektiv for å få innsikt i sykepleieres erfaringer i møte med utagerende atferd. Mye av litteraturen, både artikler og bøker, bruker begreper som helsepersonell, pleiepersonell, omsorgsgivere og ansatte. Det er i hovedsak valgt å bruke sykepleier/sykepleiere på bakgrunn av at artiklene har sykepleiere i utvalget og fordi oppgaven er sykepleierrettet. Med sykepleieres erfaringer menes hvordan sykepleiere opplever interaksjoner med pasienter, situasjoner med utagering og hvilke hensyn som må vektlegges i forhold til denne type atferd. Oppgaven er rettet mot pasienter som viser utagerende atferd fordi det ønskes å få mer kunnskap om utfordringer knyttet til dette. Det er valgt å fokusere på sykehjem, fordi over 80 prosent av pasienter i sykehjem har en demenslidelse.

1.5 Videre oppbygging av oppgaven

I kapittel 2.0 presenteres relevant og aktuell teori. I metodedel, kapittel 3.0, gjøres det rede for metoden som er brukt for å innhente nyere forskning. Her presenteres datasamlinger under søkestrategi, søkehistorikk, etiske vurderinger, kvalitetsvurdering og analyse. Videre vil det i kapittel 4.0, fremlegges sentrale funn som svarer på oppgavens problemstilling. I kapittel 5.0 presenteres først metodediskusjon, deretter resultatdiskusjon. Her blir sentrale funn blir gjort rede for og satt i sammenheng med teori. Avslutningsvis vil det i kapittel 6.0 legges frem en kort konklusjon, der hovedfunn og konsekvenser for praksis beskrives- samt forslag til videre forskning.

2.0 Teoribakgrunn

I dette kapittelet presenteres relevant teori sett i lys av problemstilling og resultat. Temaene demens, aggressiv og utagerende atferd, kommunikasjon og Travelbees sykepleieteori legges her frem.

2.1 Demens

I følge Engedal og Haugen (2004), er demens er en fellesbetegnelse på en rekke sykdommer i hjernen. Årsaken til demens knyttes til sykdommer og skader relatert til områder i hjernen som bearbeider informasjon. Hippokampus, talamus og storhjernens tinningslapper, samt områdene i nærheten av den tredje hjerneventrikkelen er slike områder. Større skader i andre deler av hjernen kan også medføre demens, spesielt skader i isselappene og pannelappene. Symptomene ved demens deles inn i tre kategorier; motoriske, kognitive og atferdsmessige symptomer. De motoriske symptomene sees som muskelstyringsproblemer og inkontinens. Atferdsmessige symptomer kan for eksempel være mistenksomhet, rastløshet, passivitet, irritabilitet, aggresjon og vrangforestillinger. Ved svikt i de kognitive funksjonene ser man ofte svekket evne til problemløsning, redusert oppmerksomhet, dårlig hukommelse, handlingssvikt og språkproblemer (ibid).

Det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 har følgende kriterier i definisjonen på demens: Personen har svekket hukommelse, især for nyere data og svikt av andre kognitive funksjoner som dømmekraft, planlegging, tenkning, evne til abstraksjon (Berentsen 2010). Ved mild grad av demens, virker svekkelsen inn på evnen til å klare seg i dagliglivet. Ved moderat grad av demens, kan ikke personen klare seg uten hjelp fra andre og ved alvorlig grad av demens, trenger personen kontinuerlig tilsyn og pleie. Personen må ha klar bevissthet og sviktende emosjonell kontroll, motivasjon, eller sosial atferd, og ha minst ett av følgende symptomer; emosjonell labilitet, irritabilitet, apati eller unyansert sosial atferd. Symptomene må ha vart i seks måneder eller mer.

Forekomsten av demens øker med stigende alder. I aldersgruppen 65-74 år er forekomsten bare 2-3 %, mens den er 15 % i aldersgruppen over 75 år og 35 % i aldersgruppen 90 år og over (ibid).

Vi kjenner i dag ikke til legemidler som kan kurere disse sykdommene. Det går ikke an å reversere de hjerneorganiske skadene som har oppstått (Engedal og Haugen 2004). Det

finnes dog medikamenter som kan bremse sykdomsutviklingen for en tid. Formålet med de mest utbredte medisinske behandlingene, er å øke hjernens innhold av Acetylcholin ved å hemme enzymet som nedbryter signalstoffet. En annen mulighet er å påvirke en annen naturlig forekommende neurotransmitter, glutamat. Symptomer av sykdommen, som søvnevansker, aggressivitet, angst og vrangforestillinger kan kreve behandling (Rogvi-Hansen 2010).

2.2 Aggressiv og utagerende atferd

Ulike demenstyper har sine særtrekk når det gjelder hvilke symptomer som er mest fremtredende, og varierer etter hva slags demens det dreier seg om, hvilken del av hjernen som er skadet, samt ut i fra miljøfaktorer, sosiale faktorer og personlige mestringsstrategier (Berentsen 2010). Atferdsmessige og psykiske symptomer med demens (APSD) viser seg hos mange før eller senere i sykdomsforløpet. Symptomene viser seg i form av irritabilitet, apati og unyansert atferd. Disse symptomene kan ha mange forklaringer, og hvert av symptomene skal medføre at personale reflekterer over hva som ligger til grunn. Personalet skal også finne gode metoder for å redusere symptomene. Irritabel eller aggressiv atferd viser seg hyppigst hos de med demenssykdom som gir skader på frontallappene i hjernen. Det kommer av at pasienten mangler evnen til kritisk sans og til impuls kontroll, men at atferden hos andre kan oppstå i forbindelse med demensutviklingen (ibid).

Irritabel og aggressiv atferd defineres av de fleste som vanskelig eller utfordrende atferd hos personer med demens. Slik atferd er definitivt vanskelig å forholde seg til og årsakene er ytterst komplekse (Engedal og Haugen 2004). Ulike faktorer som grad og type av demens, personlighetstype, delirium ved sykdom, manglende forståelse av egen svikt, sviktende samhandling mellom pasient og miljø, miljøfaktorer pasientene lever under og angst spiller en rolle (ibid). Ved utagerende atferd der pasienten viser aggressivitet, snakker man gjerne om to typer angrep, angrepsaggressivitet –og forsvarsaggressivitet (Engedal og Haugen 2004). Angrepsaggressivitet, vil si aggressiv atferd uten noen synbar foranledning. Det kan tyde på at det er demenssykdommen i seg selv som er årsaken. Forsvarsaggressivitet derimot, kommer i kjølvannet av hendelser eller vanskelige situasjoner som pasienten er kommet opp i. Det ses hyppigst i samhandling med pasienten og personer i miljøet. Det kan skyldes at pasientens intimsfære overskrides, at han

misforstår den aktuelle situasjonen, eller at han føler seg frustrert, såret, krenket eller skamfull, eller gjenopplever en tidligere hendelse. Angst kan ofte ligge i bunn (ibid).

2.3 kommunikasjon

I sin enkleste form kan kommunikasjon defineres som utveksling av meningsfulle tegn mellom to eller flere parter (Eide og Eide 2007:17).

Nonverbal kommunikasjon er ifølge Eide og Eide (2007) en profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Den viktigste funksjonen er kanskje å møte den andre på en bekreftende, oppmuntrende og bestyrkende måte og gjennom det skape den trygghet og tillit som den andre trenger for å kunne åpne seg, dele tanker og følelser. Slik kan nonverbal kommunikasjon være et viktig hjelpemiddel til å bygge opp en relasjon, skape motivasjon og stimulere den andre til å bruke sine ressurser så godt som mulig (ibid). Videre sier Eide og Eide (2007) at gode nonverbale kommunikasjonsferdigheter er spesielt viktig i arbeid med pasienter som har reduserte eller ikke fullt utviklede kognitive evner. I kommunikasjon med personer med demens vil det nonverbale være særlig viktig fordi det ville kunne ha forholdsvis sterkere gjennomslag enn det verbale. Også i relasjoner der hjelperen er i direkte kontakt med pasientens kropp og pasienten er mer intimt berørt er det grunn til å anta at det nonverbale er særlig viktig (ibid).

Eide og Eide (2007), sier at tegn og signaler – enten de er verbale eller nonverbale – ofte er sammensatte, og må fortolkes. Selv om pasienters nonverbale tegn er tydelig, vet en ikke med sikkerhet hva de uttrykker. Det samme gjelder sykepleierens tegn. Selv om de er verbale, må også de fortolkes. Avhengig av signalene og hvordan vi tolker disse, kan møtet med den andre oppleves på svært ulike måter – som godt, ubehagelig, sårende, irriterende, inspirerende osv. (ibid). Den andres signaler og vår fortolkning av disse skaper grunnlag for nærhet og avstand, tillit og mistillit, samarbeid og konflikt. Ulike personer kan reagere svært ulikt på de samme signalene. Selv om signalene er tydelige, vet vi sjeldent med sikkerhet hva de uttrykker eller hva de er ment å uttrykke, og nonverbalt akkompagnement kan ordene ny betydning (Eide og Eide 2007).

For eksempel kan kroppsberøring være et sterkt ladet form for nonverbal kommunikasjon. Når kommunikasjon er redusert, som hos pasienter med demens, er det mer naturlig å røre ved den andre under samtaler. Berøring har flere funksjoner, som blant annet å formidle

kontakt, sympati og omsorg, å gjøre oppmerksom på at en vil innlede en samtale og å holde på oppmerksomheten under samtalen. Pasienter reagerer forskjellig på berøring, og det gjelder å være var den andres reaksjoner, og ikke trenge seg på. For eldre med demens vil kroppskontakt alltid være et viktig og nødvendig kommunikasjonsmiddel. Mye tyder på at jo mindre kognitivt den andre kommuniserer, jo viktigere kan berøring være (ibid). Videre påpeker Eide og Eide (2007) at det er mye en ikke vet om hvordan vi best kan kommunisere med personer med demens og andre former for kognitiv svikt. I arbeidet med personer med svekkede kognitive evner pålegger det hjelperne særlig relasjonsetisk ansvar. Bekreftende kommunikasjon og anerkjennelse anses som særlig viktig, gjerne i den form som kalles validering (ibid).

2.4 Travelbees sykepleieteori

Travelbees teori er bygd på en eksistensiell filosofi. Det kommer frem i begrepene hun velger for å fremheve sykepleiens ansvar og karakter. Teoriens viktigste begreper er mennesker som individ, lidelse, mening, menneske-til-menneske-forhold og kommunikasjon. Travelbee tar utgangspunkt i at mennesker er et enestående, uerstattelig individ – et engang-eksisterende-vesen i denne verden, lik, men også ulik hver eneste person som noen gang har levd eller noen gang vil leve» (Travelbee i Kirkevold 2001: 114).

Lidelse er ifølge Travelbee en fundamental fellesmenneskelig erfaring. Lidelse kan oppstå når mennesket opplever ulike typer tap, nedsatt egenverd eller å bli adskilt fra andre. Lidelse er ofte knyttet til sykdom, som kan føre til tap av kroppslig, åndelig eller emosjonell integritet. Lidelse er knyttet til det som betyr noe i livet for den enkelte person (Kirkevold 2001). Om opplevelsen av mening, sier Travelbee at det å føle seg nødvendig for noe eller noen gir livet betydning. Mennesket kan imidlertid trenge hjelp til å finne mening i tilværelsens ulike livserfaringer. Det er dette som er sykepleierens viktigste hensikt. Sykepleierens hensikt oppnås ved å etablere et menneske-til-menneske-forhold (Kirkevold 2001). Et menneske-til-menneske-forhold er ifølge Travelbee (2001), en eller flere opplevelser og erfaringer som deles av sykepleieren og den som er syk, eller som har behov for sykepleierens tjenester. Videre sier hun at disse behovene blir ivaretatt av en sykepleier som besitter og anvender en disiplinert intellektuell tilnæringsmåte til

problemer, kombinert med evnen til å bruke seg selv terapeutisk. Forholdet er en prosess og et middel til å oppfylle den sykes behov for pleie (Travelbee 2001: 41).

Et av de viktigste redskapene sykepleieren har, ifølge Travelbee, er kommunikasjon. Kommunikasjon er en forutsetning for å kunne oppnå det som for Travelbee er sykepleiens hensikt, nemlig å hjelpe pasienten til å mestre sykdom og lidelse og finne mening i disse erfaringene. Interaksjonen som skjer mellom pasient og sykepleier, skjer i stor grad ved hjelp av kommunikasjon (Kirkevold 2001: 118-19). Travelbee hevder at kommunikasjon er en formålsstyrt prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold til den syke for å oppfylle sykepleiens hensikt. Kommunikasjon skjer kontinuerlig og er både verbal og nonverbal. Hensikten med kommunikasjonen er å bli kjent med pasienten og å finne frem til og oppfylle hans behov. Kommunikasjon er en komplisert prosess som krever bestemte forutsetninger. Ifølge Travelbee (I Kirkevold 2001), omfatter disse forskjellige evner, slik som kunnskap og evne til å anvende denne, sensitivitet og en velutviklet sans for «timing». Hun påpeker at kommunikasjonsteknikker likevel ikke er en mirakelkur for problematiske interaksjoner og det viktigste er at sykepleieren har den nødvendige kunnskap og innsikt til å identifisere og oppfylle den sykes behov (ibid).

3.0 Metodebeskrivelse

Dette kapittelet gjøres det rede for metoden som er brukt i oppgaven. Her beskrives en systematisk litteraturstudie og videre utdypes datasamling, herunder; søkestrategi, søkehistorie, inklusjons- og eksklusjonskriterier, kvalitetssikring og etisk vurdering. I siste del presenteres en analyse.

3.1 Datasamling

Metoden i oppgaven er en systematisk litteraturstudie. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013:27), defineres et systematisk litteraturstudie som et tydelig formulert forskningsspørsmål som besvares systematisk gjennom å identifisere, velge, vurdere og analysere relevant forskning. En forutsetning for at man skal kunne gjøre et systematisk litteraturstudie, er at det finnes tilstrekkelig med studier av god kvalitet som kan danne et grunnlag for en konklusjon. Et systematisk litteraturstudie er basert på tidligere forskning, kritiske vurderinger og analyse av resultater (ibid).

Det ble først valgt et tema, og deretter utført prøvesøk i desember 2014 for å finne tilgjengelig forskning. Det ble videre utarbeidet en prosjektplan for oppgaven. Prosjektplanen inneholdt også en fremdriftsplan der arbeidet ble strukturert, og delmål og tidsrammer ble fastsatt. I utgangspunktet var temaet livskvalitet hos personer med demens som bor hjemme, men problemstillingen ble endret til å omhandle utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem i mars 2015. Litteraturutvalget består av 8 forskningsartikler, bøker om emnet og supplerende litteratur i form av fagartikler og nettressurser.

3.1.1 Søkestrategi

Problemstillingen ble konkretisert som utgangspunkt for å finne relevant forskning. Det ble gjort et prøvesøk for å finne artikler, og underveis ble problemstillingen endret, noe som krevde endring i søkeordene. Det ble utarbeidet et PICO-skjema som verktøy til hjelp for å sikre et systematisk litteratursøk (se vedlegg 2). PICO er en strukturert metode der en ut ifra problemstillingen, setter sammen søkeord når en søker i bibliografiske databaser (Forsberg og Wengstrøm 2013). «Comparison/ Controlgroup» ble ekskludert da materialet ikke er sammenlignbart. PIO står for:

P: Patients/population. *Hvem* handler det om. Søkord: «dementia», «nurse» og «nursing home»

I: Intervention. *Hva* handler det om. Søkord: «agitation», «aggressive behavior», «violent behavior» og «behavior»

O: Outcome. *Resultat* eller *effekt*. Søkord: «Intervention», «management», «prevention», «decrease» og «approach»

3.1.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier:

- Artiklene måtte være på engelsk, norsk, svensk eller dansk
- Sykepleierperspektiv
- Artiklene måtte være fagfellevurdert
- Omfatte pasienter med demens i sykehjem
- Artiklene kunne ikke være eldre enn 2004.

Eksklusjonskriterier:

- Artikler som omhandlet sykehus og hjemmesykepleie
- Artikler fra ikke-vestlige land.

3.1.2 Søkeshistorikk

Når søkeordene var satt inn i PIO-skjemaet, startet arbeidet med hovedsøket som begynte i april 2015. Søket gikk ut ifra den aktuelle problemstillingen og ble utført i databasene Cinahl Complete, Pubmed, Svemed+, Science Direct og Norart, fordi dette er anerkjente databaser med helsefaglig innhold. Det ble tatt utgangspunkt i problemstillingen, og søkt på enkeltord i bolske søkeoperatører med kombinasjonen AND. I følge Forsberg og Wengstrøm (2013) viser AND til en kombinasjon av søkeord. Denne kombinasjonen anvendes for å begrense søk og for å få et smalere resultat.

For å få artiklene i fulltekst, ble søkemotoren Google Scholar brukt. Google Scholar er en fritt tilgjengelig websøkemotor som indekserer fulltekstdokument av vitenskapelig

litteratur for ulike publiseringsformat (Forsberg og Wengstrøm 2013). Artikler som ikke fantes i fulltekst og som syntes relevante, ble bestilt via BIBSYS som er universitets- og høyskolebibliotekenes bibliografiske database.

I databasene ble det brukt følgende søkeord: «dementia», «nurse», «violent behavior», «agitation» «aggressive behavior», «aggression», «nursing home», «decrease», «management», «approach», «prevention» og «intervention». Søkeordet «experience» ble ikke inkludert i hovedsøket, da prøvesøket viste få relevante treff. Søkeordet ble derfor erstattet med «nurse», for å rette søket inn mot sykepleiere. I søkehistorikken er søkeordene blitt endret underveis i søket, for å utvide antall treff. Under begrensningen beskrivelsen av søkehistorikk til søk som resulterte i inkluderte artikler (se vedlegg 1, søkehistorikk).

Pubmed: Det ble utført totalt 6 søk i Pubmed. Det første søket ble gjort 1.4 der vi benyttet søkeordene «dementia», «agitation», «nursing home» og «nurse». Et nytt søk ble utført der vi byttet ut søkeordet «agitation» med «aggressive behavior». Det ga til sammen 100 treff, og 17 abstrakt ble lest. 7 artikler ble tatt ut fulltekst, derav 2 artikler ble inkludert. Den 10.4 ble det utført et nytt søk der søkeordene «dementia», «violent behavior» og «management» ble benyttet. Søket gav 33 treff, 3 abstrakt ble lest, 1 artikkel ble lest i fulltekst og inkludert. Neste søk ble foretatt den 18.4, med søkeordene «dementia», «aggression», «nurse» og «management». Søket gav 99 treff, 8 abstrakter ble lest, 2 ble lest i fulltekst. 1 artikkel ble inkludert. Det siste søket ble utført 20.4 med søkeordene «dementia», «nursing home» og «aggressive behavior», begrenset til ti år. Søket gav 179 treff, 14 abstrakt ble lest og seks artikler ble lest i fulltekst. Av disse ble 2 artikler inkludert.

Cinahl Complete: Det ble utført totalt 3 søk i Cinahl Complete. Søket ble utført 10.4 med søkeordene «dementia», «nursing home» og «aggression». Søket resulterte i 176 treff, 16 abstrakt ble lest, 4 artikler ble hentet ut i fulltekst og 1 artikkel ble inkludert.

Svemed+: 1 søk ble utført i Svemed+. Søkeordene var «dementia», «aggression» og «nursing home». Søket gav 8 treff, 1 artikkel ble lest i fulltekst og inkludert.

Til sammen ble 33 artikler lest. Av de 8 inkluderte artiklene er 6 kvalitative og 2 er kvantitative. Dette beskrives nærmere i kapittel 5.0, metodediskusjon.

3.1.4 Kvalitetsvurdering

I følge database for statistikk om høgre utdanning (2015), innebærer kvalitetssikring av studier at artiklene har gjennomgått en fagfelle-vurdering og er utgitt i et vitenskapelig tidsskrift rangert til nivå 1 eller 2. kvalitetsnivå er en rangering av publiseringskanaler etter vitenskapelig kvalitet og prestisje. Nivå 1 er en vitenskapelig publiseringskanal og nivå 2 er en vitenskapelig publiseringskanal med særlig høy prestisje. Publikasjoner i kanaler på nivå 2 får høyere uttelling enn de på nivå 1 (ibid). Syv av artiklene i oppgaven er publisert i tidsskrift rangert til nivå 1 og en artikkel er i publisert et tidsskrift rangert til nivå 2.

For vurdere artiklenes kvalitet ble det lagt vekt på at artiklenes hensikt kom tydelig frem og at resultatene svarte på problemstillingen. Artiklenes oppbygging og struktur ble vurdert ved at de måtte ha IMRAD-struktur. IMRAD-strukturen, er en forkortelse for introduksjon, metode, resultat og (and) diskusjon (Forsberg og Wengstrøm 2013). Det ble også brukt kvalitetssikringsskjema fra Forsberg og Wengstrøm (2013). Hver artikkel ble vurdert ut i fra spørsmålene beskrevet i kvalitetssikringsskjemaet og artiklene ble deretter gradert som relevant, meget relevant og svært relevant for oppgaven, ut ifra resultatdelen. Tre av artiklene ble vurdert som relevant, to ble vurdert som meget relevant og tre som ble vurdert som svært relevant (se vedlegg 3).

3.1.5 Etiske avveininger

I et systematisk litteraturstudie, er det et krav for alle vitenskapelige studier at det gjøres etiske avveininger (Forsberg og Wengstrøm 2013). Ifølge Slettebø (2005), er helsinki-deklarasjonen viktig innenfor all medisinsk og helsefaglig forskning. Helsinki-deklarasjonen er anbefalte retningslinjer for forskning som omhandler mennesker og skal sikre at de etiske sidene av forskning blir ivaretatt. Den omhandler grunnleggende etiske prinsipper med emner som informert samtykke, dokumentasjon, hensynet til sårbare grupper/individer og vurdering av forskningsmål i forhold til belastning for de enkelte deltakerne. Hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt (ibid). Artiklene som er inkludert i oppgaven er fagfelle-vurdert, har beskrevet etiske hensyn, eller er godkjent av etisk komite.

3.2 Analyse

En innholdsanalyse innebærer at en deler opp i mindre deler, for deretter sette funnene sammen til en helhet i en syntese (Forsberg og Wengstrøm 2013). I analysearbeidet ble en femtrinnsmodell for innholdsanalyse av Forsberg og Wengstrøm (2013) anvendt. Under beskrives hvordan det ble gått frem i de ulike fasene. Steg 5 presenteres i egen resultat og diskusjonsdel.

Steg 1: Denne fasen består av å gjøre seg godt kjent med artiklene. Det gjøres ved å lese grundig gjennom valgte artikler for å bli kjent med innholdet (Forsberg og Wengstrøm 2013). Alle artiklene ble lest grundig hver for oss og det ble tatt egne notater. Tolkningene av resultat ble notert og deretter sammenlignet. Videre ble resultatene diskutert sammen, for å sikre at de passet opp imot problemstillingen.

Steg 2: I denne fasen setter man seg inn i hva teksten handler om, og deretter organiserer materialet i kategorier. Et sentralt spørsmål i denne fasen er; hva sier studiene i forhold til vår problemstilling? (Forsberg og Wengstrøm 2013). Artiklene ble grundig lest på nytt for å få en god oversikt, før det ble besluttet å bruke et fargekodesystem i kategoriseringen av ulike funn i arbeidet med å finne likheter og ulikheter. Dette gav en oversikt over hva resultatene i hver artiklene omhandlet og om de kunne direkte knyttes til problemstillingen. Viktige underkategorier som ble notert, var utfordringer i stellesituasjoner, kompetanse, smerter, stress, kommunikasjon, riktig tid og tempo, frykt og redsel og personsentrert tilnærming.

Steg 3. I denne fasen kunne det, ut i fra fargekodesystemet, samles nøkkelbegrep i to kategorier: Utfordringer og årsakssammenhenger og interaksjon mellom pasient og sykepleier.

Steg 4: I denne fasen ble hovedtema som rommet underkategoriene utformet. Ut ifra disse fremkom to hovedtema (uthevet):

| | | |
|--|--|---|
| Stellesituasjoner, smerter, stress, frykt og redsel, kommunikasjon. | Utfordringer og årsakssammenhenger | Identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til utagering |
| Kommunikasjon, kompetanse, riktig tid og tempo og personsentrert tilnærming. | Interaksjon mellom pasient og sykepleier | Individuell tilnærming og kommunikasjon |

4.0 Resultat

I denne oppgavedelen presenteres sentrale funn i to deler. Identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til utagering og individuell tilnærming og kommunikasjon.

4.1 Identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til utagering

I følge Enmarker m.fl (2010), Zeller m.fl. (2011), Helleberg og Hauge (2014), Isaksson m.fl. (2011) Duxbury m.fl (2011), Ostaszkiwicz m.fl. (2015) og Pulsford m.fl (2010) var det viktig å kjenne til triggere og årsaker til utagering. Den vanligste årsaken til aggresjon og utagering hos sykehjemspasienter med demens, ble sett i sammenheng med intime pleiesituasjoner, da særlig under morgenstell og ved hjelp til vask og påkledning. Bakenforliggende årsaker kunne være smerter og ubehag hos pasienten eller manglende evne til å kommunisere sine behov (ibid).

I følge Enmarker m.fl. (2010), Zeller m.fl. (2011), Duxbury m.fl. (2012) og Helleberg og Hauge (2014) kunne pasienter som innså tap av egen kognitiv funksjon eller som manglet forståelse for det som skjedde rundt dem, bli overveldet i situasjonen og respondere med aggressiv atferd. En annen utløsende årsak kunne være at pasientene opplevde at deres privatliv ble krenket og hadde vansker med å uttrykke seg i disse situasjonene. Dette, i tillegg til frustrasjon over at de selv ikke lenger klarte å gjøre dagligdagse ting, førte ofte til gjensidige misforståelser noe som gav rom for utagering. En sykepleier uttalte:

«Jeg tror mye av det er frustrasjon, enten de er frustrerte fordi de ikke forstår hva som skjer rundt dem eller fordi de ikke klarer forklare hvordan de føler seg (Duxbury m.fl. 2012:796)»

Studien av Helleberg og Hauge (2014), viste at sykepleiere har en viktig rolle i forhold til identifisere pasientens behov og faktorer som kan være med på å gjøre pasienten urolig. Sykepleiere så etter årsaker som smerte, sult, mangel på søvn, eller om pasienten hadde behov for å gå på toalettet. De så også etter tegn på sykdom som urinveisinfeksjoner eller forkjølelse. I tillegg var sykepleiere oppmerksom på psykososiale forhold, som å lengte etter familie og bekymringer hos pasienten (Ibid).

I studiene av Duxbury m.fl. 2011, Rognstad og Nåden 2011, Pulsford m.fl. 2010, Isaksson m.fl. 2011, og Ostaszkiwicz m.fl. 2015, kom det frem at stress var en viktig faktor som kompliserte god interaksjon mellom sykepleier og pasient. I tillegg viste studiene at utagerende adferd var situasjonsavhengig, og at den ikke alltid fremprovoseres. Årsak og grad av utagering hadde sammenheng med tap av fysisk og psykisk evne, evnen til å kommunisere, bruk av medikamenter og oppsto oftest hos menn (ibid). Bråk og uro fremkom som spesielt ugunstig, og i stellsituasjoner og måltidsituasjoner, kunne det å bli «gitt ordre» føre til at pasienter utagerte. Videre ble det påpekt viktigheten av å tolke kroppsspråk og kontinuerlig se etter tegn på endring i sinnstilstand- spesielt i intime hjelpesituasjoner der utageringen var hyppigst forekommende. (Helleberg og Hauge 2014, Duxbury m.fl. 2011, Rognstad og Nåden 2011, Pulsford m.fl. 2010, Isaksson m.fl. 2011, og Ostaszkiwicz m.fl. 2015).

I følge Zeller m.fl (2011) og Ostaszkiwicz m.fl. (2015), erfarte sykepleiere at tidspress kunne gå på bekostning av pleien til pasientene og at å jobbe under tidspress hindret sykepleiere i å tilpasse seg pasientenes behov. Pasientene ble lett påvirket av stress, hast og endring i stemmeleie hos personalet. En sykepleier nevnte:

«Når jeg har tidspress på meg i en pleiesituasjon, legger jeg merke til at når ting går for fort blir det ingen god opplevelse for pasienten. Jeg må bare ta meg mer tid, ellers blir det verre og da er det umulig å få det til (Zeller m.fl. 2011:2473)».

Sykepleiere følte usikkerhet og redsel når de sto i situasjoner med utagering. De følte at arbeidssituasjonen var lite forutsigbar og at det gikk på bekostning av pleien til pasientene (Rognstad og Nåden 2014 og Zeller mfl. 2011). Flere av sykepleiere mente også at deres egen frykt for pasienten, og usikkerheten de følte, kunne være en medvirkende faktor til at utagerende atferd oppsto. Sykepleiere uttrykte ønske om mer praktisk kompetanse i forhold til å håndtere vanskelige situasjoner med utagering (ibid).

4.2 Individuell tilnærming og kommunikasjon

En tilnærming med personsentrert filosofi kunne redusere aggressiv og voldelig atferd, og ga positive opplevelser for pasientene, og positive holdninger hos sykepleiere ved anvendelsen av slike strategier. Kjennskap til pasienten, inkludert bakgrunnsinformasjon

og reaksjonsmønster var til hjelp for sykepleiere i forhold til å mestre vanskelige situasjoner. Det gjorde det lettere å tilpasse seg pasientens stemningsleie og behov, og gjorde det lettere å roe pasienten ved bruk av verbal distraksjon og avledning (Zeller m.fl. 2011, Enmarker m.fl. 2010, Helleberg og Hauge 2014, Pulsford m.fl. 2011, Duxbury m.fl. 2012 og Ostaszkiwicz mfl. 2015). En av sykepleierne uttalte:

«Jeg tror at det som er viktig, er at vi husker på at de er alle individuelle personer. De har alle egne personligheter, de har alle levd et liv, godt eller vondt. Vi burde ikke dømme dem for deres aggresjon, vi kan være i deres sko en dag (Duxbury m.fl. 2012:798)».

I følge artikkelen til Helleberg og Hauge (2014) og Duxbury m.fl. (2012), måtte sykepleiere kontinuerlig vurdere hvor pasienten var i sinnstilstand og lese kroppsspråket til pasienten, slik som ansiktsuttrykk, mimikk, bevegelser og lyder. Sykepleier måtte noen ganger trekke seg tilbake, eller vente med å utføre handlinger og tilpasse sensitivitet og tempo i situasjonen. Det kom også frem at sykepleier måtte være årvåken og benytte seg av «gylne øyeblikk», som å velge riktig tid og ikke ha hastverk. Hastverk kunne skape uro, mens stillhet og en avslappende atmosfære skapte ro hos pasienten. Artikkelen sa, at sykepleiere bør redusere eget tempo, holde seg rolig og vurdere om en bør ha litt avstand. De måtte være i forkant for kunne opprettholde ro i pasientens kaotiske verden, ved å holde støynivået lavt, forberede pasienten til det som skulle skje, være mentalt tilstede, trygge pasienten, skifte fokus og i noen tilfeller samtaleemne (ibid).

I følge Enmarker m.fl. (2010) var det nødvendig å være sensitiv ovenfor tegnene pasientene gir for å forutse utagering. Disse tegnene ble ofte ignorert, som følge av at personale ikke skjønnte at aggressivitet er en legitim menneskelig følelse som hos pasientene utløstes av manglende evne til å kommunisere sine behov. Studien viste også at sykepleier må vise respekt og ivareta pasientens integritet, blant annet ved å dekke til pasienten i intime situasjoner. Ved å ta jevnlig 10 sekunders pauser gjennom aktiviteter som stell, kunne sykepleier forhindre eller redusere aggressiv atferd (ibid).

Studien av Duxbury m.fl. (2011) påpekte at dersom pasienten viste aggressivitet, burde sykepleier trekke seg litt tilbake, holde seg rolig og ikke krangle eller bli sint, for å forhindre eskalering. Sykepleier måtte ha evne til å pasifisere og distrahere og få pasienten

til å reflektere over eget adferdsmønster samt være åpen for nye løsninger. Feil tilnærming førte ofte til utagering (ibid). Evne til god kommunikasjon, som å konversere, kunne ha positiv effekt- og når en kjente til pasientens vaner og behov, ble det lettere å tilnærme seg pasienten (Enmarker m. fl. 2010 Duxbury m.fl. 2011, Pulsford m.fl. 2010, og Ostaszkievicz m.fl. 2015).

En av sykepleierne sa:

«Det er lettere når du blir kjent med beboerne, da kan jeg nesten forutse hva som skjer i neste øyeblikk. Tilnærmingen er det viktigste, hvordan du tilnærmer deg personen (Ostaszkievicz m.fl. 2015:7)»

Artiklene til Isaksson m.fl (2011), Duxbury m.fl. (2011) og Zeller m.fl. (2011) sa at god kommunikasjon og gode tilnæringsmåter burde komme i første rekke, og at medisinerer og tvang i situasjoner med utagering burde være siste utvei. Mindre drastiske tilnærminger og kontrollstrategier burde prøves først (ibid).

5.0 Diskusjon

Dette kapittelet består av metodediskusjon og resultatdiskusjon. I metodediskusjonen blir styrker og svakheter i oppgaven diskutert. I resultatdelen diskuteres funn satt i lys av relevant teori.

5.1 Metodediskusjon

Fordi det var sykepleieres erfaringer som ønsket undersøkt, ble det valgt et sykepleierperspektiv. I forhold til valget av sykepleierperspektiv og sykepleierens erfaringer, ble det i hovedsak preferert kvalitativ forskning. Dette begrunnes med at kvalitativ forskning baserer seg på egne erfaringer og opplevelser, noe som var relevant for denne oppgaven. Tyngden av kvalitativ forskning i oppgaven anses derfor som en styrke. Artikler eldre enn 2004 var et av eksklusjonskriteriene, og fordi oppgaven skulle baseres på mest mulig nyere forskning, anses det som en styrke i oppgaven at artiklene som ble inkludert ikke var eldre enn 2010. Det kan også anses som en styrke i oppgaven at artikler fra ikke-vestlige land ble ekskludert, og at resultatene dermed kan settes i sammenheng med det norske helsesystemet. I reviewartikkelen til Enmarker m.fl. (2010), var det derimot inkludert to artikler fra Japan. Den ble likevel tatt med i oppgaven da artikkelen i størst grad baserte seg på funn fra USA, Sverige, Norge og Australia.

I arbeidsfordelingen, har det vært fokus på å ha lik forståelse av artiklene, og erfaringen var at tett dialog og kontinuerlig samarbeid gav en dypere og felles forståelse av innholdet. Det ble slik mindre rom for skjevheter ettersom tolkningene ble gjort på hver sin kant og deretter sammen for å sammenligne funn. Artiklene oppgaven baserer seg på, er nøye vurdert for å sikre at resultatet og konklusjonen vi kom frem til ble gjort godt rede for, og baserte seg på reelle funn. I oppgaven er det ikke tatt æren for andre forfatteres arbeid og det er henvist til kilder i henhold til høgskolens retningslinjer for skriftlige arbeid. I prosessen med å oversette artiklene, er det gjort kritiske vurderinger av tekstens innhold, og det er brukt ordbok i oversettelsen av fremmede enkeltord. Dette for å være tro mot forfatterens formidling og for at innholdet skulle være forstått i sin helhet.

Til sammen ble 33 artikler lest. Underveis ble 25 artikler ekskludert, og årsak til ekskludering ble notert. Årsakene var at artiklene ikke svarte på oppgavens

problemstilling, at de var utført i ikke-vestlige land, manglet etiske vurderinger eller ikke hadde IMRAD-struktur. Antall leste artikler ble høyt fordi flere av abstraktene var uklare, og artiklene måtte derfor anskaffes i fulltekst for nærmere undersøkning.

Det ble valgt å vurdere i hvilken grad artiklene var relevant for oppgaven. Dette var til hjelp når resultatene skulle samles til hovedfunn. Å finne overskrifter som rommet funnene har vært en prosess. I utgangspunktet var resultatdelen delt i tre, men det ble etter hvert besluttet å inkludere del tre, «tidspress og frykt», under «identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til utagering».

En svakhet for oppgaven kan være manglende erfaring med å skrive denne type oppgave. Boken av Forsberg og Wengstrøm (2013) har vært til stor hjelp og gitt en forståelse og innsikt i hvordan en går frem i et systematisk litteraturstudie. PIO-skjemaet som ble brukt som hjelpeverktøy i søket, ble misforstått til å begynne med og ble derfor endret underveis. Dette førte til at det måtte brukes mer tid på å organisere søkeordene. Det kan i oppgaven anses som en svakhet at det er en del variasjoner i søkeord og sammensetningen av søkeord. Variasjonen skyldes manglende og/eller irrelevante treff. Det har blitt brukt synonymord, eller blitt lagt til ord, slik som «behavior» til «aggressive behavior», «violent behavior» og «agitation» (se vedlegg 1, søkehistorikk). Det kan også anses som en svakhet for oppgaven at søkeordet «experience» ikke ble brukt. Etter å ha utført et prøvesøk, viste deg seg at ordet «experience» begrenset treffene i slik grad at det ble erstattet med «nurse» i hovedsøket for å finne flere artikler. Treffene viste likevel til sykepleieres erfaringer.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette kapittelet drøftes resultatet i lys av relevant teori. Her diskuteres forståelse og imøtekommelse av utagerende atferd i stellsituasjoner, tilnærming og individuell omsorg, årsaker, kommunikasjon og samhandling og behovet for kompetanse. Til slutt legges det frem en konklusjon og forslag til videre forskning.

5.2.1 Forståelse og imøtekommelse av utagerende atferd i stellsituasjoner

Ifølge studiene til Enmarker m.fl (2010), Zeller m.fl (2011), Helleberg og Hauge (2014), Isaksson m.fl. (2011), Duxbury m.fl. (2011), Ostaszkievicz m.fl. (2015), og Pulsford m.fl. (2010) var den vanligste årsaken til aggresjon og utagering hos sykehjemspasienter med demens, sett i sammenheng med intime pleiesituasjoner, da særlig under morgenstell og ved hjelp til vask og påkledning (ibid). Sykepleiere respekterte pasientens intimsfære, blant annet ved å dekke til pasienten i intime situasjoner, ta jevnlig pauser og redusere tempoet- samt være var for tegnene pasientene viste (Enmarker m.fl. 2010). Når pasienter står i intime stellsituasjoner, kan inntrenging av den personlige intimsfære lett føre til at pasienten blir aggressiv, og en årsak til aggressiviteten kan være at det er den siste gjenværende måten pasienten har å uttrykke seg på. Sykepleiere opplevde at hastverk, tidspress og stress skapte uro hos pasientene og kunne gå på bekostning av pleien, og at det å være stille og rolig kunne forhindre at pasientene utagerte (Helleberg og Hauge 2014 og Zeller m.fl. 2011 Ostaszkievicz m.fl. 2015 og Rognstad og Nåden 2011).

Engedal og Haugen (2004) sier at aggresjon oppstår hyppig i slike situasjoner fordi det er her pasienter sannsynligvis føler seg mest sårbar og truet.

Dette kaller Engedal og Haugen (2004) for forsvarsaggressivitet- noe som kan komme i kjølvannet av vanskelige hendelser eller situasjoner pasienten er kommet opp i. Det kan skyldes at pasientens intimsfære overskrides, at han misforstår den aktuelle situasjonen, eller at han føler seg frustrert, såret, krenket eller skamfull, eller gjenopplever en tidligere hendelse. Angst kan ofte ligge i bunn (ibid). Desto mer sammensatt hjelpebehovet er, desto mer komplekst vil stellet bli. I sykepleien har ferdigheter en omsorgsdimensjon, og pleieren må utføre handlingen på en måte som gjenspeiler respekt og omtanke for den personen det gjelder. For å ivareta omsorgsdimensjonen vil et utstrakt samarbeid med pasienten være nødvendig (Brodtkorb 2010). I følge Brinchmann (2005) medfører tillit en

utleverthet og at alle menneskelige forhold derfor er maktforhold. Forholdet mellom sykepleier og pasient vil også være et maktforhold, og sykepleierens makt over pasienten vil øke dess mer hjelpeløs og omsorgstrengende pasienten er. Om pasienten er helt hjelpetrengende er pasienten helt avhengig av at sykepleier tar de beste beslutningene eller velger de handlingene som er best for pasienten, og i handlingsvalget ligger det mye makt. Dermed blir sykepleierens evne til dialog, varhet og kommunikasjon av uvurderlig betydning (ibid).

Det kan også tenkes at sykepleiere står i en maktposisjon ovenfor pasienter i form av selve rollen som sykepleier, og vi tenker at det å få beskjeder som «ta av deg buksen» eller «ta av deg skjorten» kan forsterke sårbarheten pasientene føler i stellesituasjoner. Dette sier noe om viktigheten av å møte pasienten på en respektfull og verdig måte. I følge Brodtkorb (2010) bør sykepleier tre støttende til i stellet og handle på vegne av pasienten der det er nødvendig, men ikke overta der pasienten har gjenværende ressurser

Slik vi forstår det, kan derfor små konkrete tiltak som å gi pasienten vaskekluten, både fremme autonomi, og at en da samtidig respekterer pasientens intimsfære. Dette er kanskje spesielt viktig hos de pasientene som viser utagerende atferd ved nedentilvask. En forutsetning vil være at pasienten til en viss grad evner å vaske seg selv.

Vi tenker også at sykepleiere som jobber under rutinepregede arbeidsforhold, lett kan glemme å tenke over at nakenhet og avkledning kan oppleves som krenkende fordi pasienten ikke skjønner det som skjer i situasjonen, og at ting skjer litt for fort. Dette underbygges av det Brodtkorb (2010) sier om at rigide og uhensiktsmessige rutiner ikke gir rom for den fleksibiliteten som er nødvendig, dersom en skal kunne imøtekomme pasientens behov på en tilpasset måte, må sykepleiere forstå at aggresjon i forbindelse med stell kan være en reaksjon på at de ikke forstår hva som skjer, at de føler seg invadert av den som skal hjelpe, og mister følelsen av kontroll (ibid).

Vår erfaring er at kropp og nakenhet kan for enkelte pasienter oppleves som skamfullt, og når det som skjer i tillegg ikke blir forstått, kan det igjen vanskeliggjøre en god interaksjon. På en annen side, kan det være at det vanskelig for sykepleier å samhandle på en ideell måte, da det er begrenset med tid til å utføre stellet og situasjonen blir preget av stress. Dette samsvarer med det Brodtkorb (2010) sier om at hygieniske tiltak, skal ofte gjøres på kortest mulig tid, og bading og dusjing i helseinstitusjoner kan fort få et

ydmykkende og tvangsmessig preg. Dusjing kan derfor virke skremmende for enkelte pasienter (ibid).

5.2.2 Tilnærming og individuell omsorg

Intervensjoner basert på personsentrerte tilnæringsmåter, der en blir kjent med pasienten sine vaner og behov ble ansett som essensielt- samt at feil tilnærming lett kunne føre til utagering. Evne til god kommunikasjon, som å konversere på en hensiktsmessig måte og evne til å roe pasienten med verbal distraksjon og avledning var viktig. Når sykepleierne hadde kjennskap til pasienten, ble det lettere å samarbeide, fordi en da visste hva pasienten likte å snakke om (Enmarker m.fl. 2010, Helleberg og Hauge 2014, og Pulsford m.fl. 2011, Duxbury m.fl. 2011 og Ostaszkiwicz m.fl. 2015).

I følge Szatkowski (2004) betyr avledning betyr å lede den demensrammende bort fra det han eller hun er i ferd med å gjøre. Avledning kan foregå på flere måter og skal det lykkes, er det vesentlig å kjenne den enkelte demensrammende godt. Å avlede er dermed å foreta seg noe som vil flytte den andres oppmerksomhet fra det den er rettet mot (ibid).

Travelbee (2001), sier at sykepleier må besitte og anvende en intellektuell tilnæringsmåte til problemer, kombinere det med evnen til å bruke seg selv terapeutisk for å kunne ivareta den sykes behov for pleie. Videre sier hun at menneske-til-menneskeforholdet er en prosess og et middel til å oppfylle den sykes behov for pleie. Engedal og Haugen (2004) sier at det kan være vanskelig å forstå pasienten og opprettholde en samtale om en har manglende informasjon, og for å holde samtalen i gang må også sykepleieren gi av seg selv.

Ifølge Rokstad (2014) kjennetegnes også omsorg som mellommenneskelig interaksjon ved sensitivitet ovenfor andre. Dette innebærer bruk av aktiv lytting, øyekontakt, berøring, bekreftelse og villighet til å gå utenom oppsatte rutiner. I en «jeg-du-tilnærming» vil omsorgsgiveren være tilgjengelig for den som er hjelpemottaker og tilstede i øyeblikket både fysisk og mentalt (ibid).

Kunsten er å finne en vei inn til den andres engasjement, noe som gjerne er nyttet til minner, reminisenser fra et tidligere liv, før sykdommen (Eide og Eide 2007).

Som sykepleier kan det være nødvendig å prøve seg frem og tilpasse seg pasienten. Det kan tenkes at kjennskap til pasienten kommer frem som viktig, fordi man da vet om pasienten liker å ha det stille rundt seg, om han er åpen for småprat, tåler berøring og lignende. Uansett, bør sykepleier være adaptiv og tilstede i situasjonen. Det er mulig når man kjenner pasientens livshistorie, og kjenner til familiemedlemmer, tidligere yrke, interesser og lignende, at man da kan oppnå en kontakt med pasienten, en relasjon som igjen kanskje kan skape tillit og trygghet. Små ting som å si «for et fint bilde, er det fra gården der du har vokst opp?», eller «nå skal jeg lage til en god frokost til deg, var det egg du var så glad i?», er eksempler på hvordan avledning kan anvendes i praksis.

5.2.3 Å kjenne til årsakene

Det kommer frem i artiklene av Enmarker m.fl. (2010), Zeller m.fl. (2011) Duxbury m.fl. (2011), og Helleberg og Hauge (2014), at bakenforliggende årsaker kan være smerter og ubehag hos pasienter eller manglende evne til å kommunisere sine behov. Responsen fra pasienten kan vise seg ved aggressiv atferd.

Sykepleierne hadde, ifølge studien til Helleberg og Hauge (2014), en viktig rolle i forhold til å identifisere årsakene, og om disse kunne komme av andre ting enn selve demenssykdommen. Smerter, sult, mangel på søvn eller behov for å gå på toalettet, eller andre ting, som urinveisinfeksjoner og forkjølelser kunne være årsaker (ibid). I tillegg kunne psykososiale forhold spille inn. Pasienter som lengter etter familien eller bekymrer seg, kunne uttrykke seg ved utagerende atferd. Årsak og grad av utagering hadde også sammenheng med tap av fysiske funksjoner og evner, tap av psykiske evner og svekket kommunikasjonsevner. Utagerende atferd ble likevel ikke alltid fremprovosert, men viste seg som en direkte konsekvens av selve sykdommen (Helleberg og Hauge 2014, Duxbury m.fl. 2011, Rognstad og Nåden 2011, Pulsford m.fl. 2010, Isaksson m.fl. 2011, og Ostaszkiwicz m.fl. 2015)

Dette støttes av Remington m.fl. (2006), som sier at utagering kan komme av fysiologiske prosesser, som infeksjoner, obstipasjon, full blære, fatigue og smerte, og videre at en viktig sykepleieroppgave blir å observere pasientens fysiske tilstand, spesielt om slik atferd ikke ses hyppig hos pasienten, men oppstår plutselig (ibid).

Det er ikke utenkelig at atferden kan skyldes slike tilstander. Vår erfaring er at disse tilstandene kan ses hyppig hos eldre generelt i sykehjem, og sykepleierens grunnleggende kompetanse spiller dermed en stor rolle, og ikke bare evnen til å håndtere og møte denne type atferd.

5.2.4 Kommunikasjon og samhandling

Sykepleiere måtte ifølge Helleberg og Hauge (2014) og Duxbury m.fl, (2012) kontinuerlig vurdere hvor pasienten var i sinnstilstand for å kunne vurdere videre interaksjon.

Hovedmålet med alle strategier var å avbryte den aggressive adferden og forhindre eskalering. Dette innebar å lese kroppsspråket, som ansiktsuttrykk, mimikk, bevegelser og lyder. Sykepleier måtte noen ganger trekke seg tilbake eller vente og sensitivitet og tempo kunne være avgjørende i situasjonen så at sykepleiere bør redusere eget tempo, holde seg rolig og vurdere om en bør ha litt avstand (ibid).

Et av de viktigste redskapene sykepleieren har, ifølge Travelbee (Kirkevold 2001), er kommunikasjon. Sykepleiers hensikt- å hjelpe pasienten- forutsetter ulike former for kommunikasjon. Hun mener at kommunikasjon er en formålsstyrt prosess som gjør sykepleieren i stand til å etablere et menneske-til-menneske-forhold og dermed oppfylle sykepleiers hensikt. Kommunikasjon er både verbal og nonverbal, og er en komplisert prosess som krever bestemte forutsetninger. Kunnskap og evne til å anvende kunnskapen, sensitivitet og en velutviklet sans for «timing». Kommunikasjonsteknikker når likevel ikke alltid frem i problematiske interaksjoner, det viktigste er likevel at sykepleieren har den nødvendige kunnskap og innsikt til å identifisere og oppfylle den sykes behov (ibid).

Ifølge Eide og Eide (2007) kan personer med demens som andre, ha gode grunner til bli sinte, fortvilet eller lei seg, og at det er viktig å møte pasientens følelser med respekt. Eide og Eide (2007) påpeker også at hjelperne må ta dette på alvor. Å vise respekt innebærer å observere og lytte slik at man er i stand til å oppdage hvordan pasienten har det der og da, speile følelser og vise forståelse (ibid). Nedsatt evne til å kommunisere, stiller store krav til hjelperens evne til innlevelse, kommunikasjon og samhandling (Brodtkorb 2010).

Engedal og Haugen (2004) sier at en person med demens kanskje ikke forstår hva som skjer under samhandling sannsynligvis er en hyppig årsak til at han gjør motstand, blir aggressiv, eller truende. Det kan være mange forhold som gjør at vedkommende ikke forstår. Den kognitive svikten gjør at forutsetningene for å oppfatte sammenhenger er

redusert (ibid).

Nonverbal kommunikasjon er en grunnleggende, profesjonell ferdighet som hjelperen anvender gjennom hele hjelpeprosessen. Disse ferdighetene er spesielt viktige i arbeidet med pasienter med reduserte kognitive evner, slik som pasienter med demens (Eide og Eide 2007).

Som sykepleier er det viktig å kunne tyde pasientens nonverbale kommunikasjon. I praksis kan dette bety å lese kroppsspråket til pasienten å se etter for eksempel små tegn som tårer i øyekroken eller knyttende never, dette kan tyde på ubehag eller nervøsitet hos pasienten som igjen kan føre til utagerende atferd.

I møte med urolige pasienter kan det tenkes at sykepleieres egen kroppsholdning kan være av betydning. Små ting som å søke blikk-kontakt, demonstrere hva pasienten skal gjøre, som å børste håret, gi bekræftende nikk og være avslappet og naturlig, og ikke gjøre rastløse bevegelser kan være med på å forhindre eller snu en negativ atferd.

5.2.5 Behovet for kompetanse

I følge Rognstad og Nåden (2011) var kompetanse av praktisk karakter etterlyst. Praktisk trening og kurs, samt faglig oppdatering, i tillegg til økt kompetanse relatert til den individuelle praktiske utøvelse, og trening i teamwork var ettertraktet for å kunne møte vanskelige situasjoner med utagerende atferd (ibid).

I arbeid med en så sammensatt og krevende pasientgruppe, vil en ofte oppleve å komme til kort. Det er ikke alltid en får utredet atferden tilstrekkelig grundig, kanskje finner man ikke årsaker som forklarer atferden, eller prøver ut tiltak uten at resultatene blir som forventet (Kjelberg 2002). Som ved all annen omsorg gjelder det å holde ut og fortsette å gjøre et faglig godt arbeid på tross av motgang og problemer. Omsorg for personer med vanskelig atferd er et arbeid som krever stor tålmodighet og stort pågangsmot når resultatene uteblir. Det finnes en rekke tiltak for personalet som kan gjøres for å dempe eller fjerne atferd som pasientene reagerer negativt på. Et av de viktigste tiltakene er kompetanseheving i form av undervisning, veiledning og hospitering (ibid).

Ifølge Kjelberg (2002) er ingen ferdig utlært, og ingen kan til enhver tid håndtere optimalt de oppgavene de har. Alle har behov for undervisning av forskjellig slag. Det kan bidra til å øke kunnskapsnivået til den enkelte og bidra til utveksling av tanker, erfaringer og refleksjoner med andre. Organisert veiledning i grupper har blant annet som hensikt at

personale går igjennom arbeidsmåter og arbeidsoppgaver og om disse fungerer slik de skal, eller om det er rom for å finne alternative løsninger på problemer (ibid).

Det er trolig at økt kompetanse gir sykepleiere økt trygghet i forhold til å mestre vanskelige situasjoner. Det kan også tenkes at kompetanse må innebære kreativitet, eller evne til å finne andre løsninger, noe som kan kreve visse personlige egenskaper hos sykepleieren. Det er likevel viktig at sykepleiere handler i tråd med yrkesetiske retningslinjer punkt 1.7, som sier at sykepleieren skal erkjenne grensene for egen kompetanse, praktisere innenfor disse og søke veiledning i vanskelige situasjoner (Norsk sykepleieforbund 2011:7).

6.0 Konklusjon

Hensikten med oppgaven var å få økt kunnskap om hvilke erfaringer sykepleier har i møte med utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem.

Funnene viste at sykepleiere opplever utagerende atferd som utfordrende. Individrettete tilnæringsmåter bør vektlegges, noe som innebærer at sykepleiere må ha kjennskap til pasienten. Kommunikasjon – da spesielt nonverbal kommunikasjon- er helt sentralt i samhandling med denne pasientgruppen, spesielt når utagering skjer. Hastverk, tidspress og uro kan påvirke interaksjoner negativt og gå på bekostning av pleien til pasientene. Sykepleiere må være bevisst på hvordan en selv kommuniserer, og være åpne for å tolke pasientenes signaler for å kunne forutse og mestre utagerende atferd.

Å møte den demensrammede med profesjonell omsorg og praktisere individrettet sykepleie anses av sykepleiere som essensielt, og økt fagkunnskap og kompetanse på området, vil kunne bidra til at sykepleierne føler seg tryggere i arbeidet med pasienter med utagerende atferd.

Det har siste årene vært økt fokus på demenssykdom, og det er rimelig å anta at det vil bli større utfordringer knyttet til å gi individrettet omsorg i sykehjem, som en følge av økende antall eldre med demens og dermed økt arbeidsbelastning og tidspress for sykepleiere. For å møte disse framtid utfordringene må kompetanse innenfor demensomsorgen tilstrebes, noe som for sykepleiere vil innebære å ha kunnskap om sykdommen for å kunne identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker, kjenne til- og bruke ulike tilnæringsmåter og bruke kommunikasjon som verktøy i håndteringen av vanskelige situasjoner relatert til utagering.

Det var begrenset med forskning fra et sykepleierperspektiv, og større mengder forskning med pårørendeperspektiv. Fordi demensomsorg i årene fremover vil bli utfordrende for sykepleiere på grunn av økende antall eldre med demens, foreslås derfor videre forskning med sykepleierperspektiv.

Litteraturliste

- Berentsen, D, V. (2010). Kognitiv svikt og demens. I: Kirkevold, M., Brodtkorp, K. og Ranhoff, AH. (Red). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. (s.350-382). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brodtkorp K. (2010). Stellet- mulighetenes arena. I: Kirkevold, M., Brodtkorp, K og Ranhoff, AH. (Red). *Geriatrisk sykepleie- god omsorg til den gamle pasienten*. (s.148-165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, S, B. (2005). Nærhetsetikk. I: Brinchmann, S,B. (Red). *Etikk i sykepleien*. (s. 106-119). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Database for statistikk om høgre utdanning (2015) [online] Lastet ned den 4.4.15, fra <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Duxbury, J, Pulsford, D, Hadi, M og Sykes, S. (2013). Staff and relatives` perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*. 20(9), s. 792-800. Lastet ned den 20.4.2015, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23163804>
- Eide, H og Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Engedal K. & Haugen P.K. (2004). *Demens – fakta og utfordringer*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Enmarker, I, Olsen, R og Hellzen, O. (2011). Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. *International journal of older people nursing*. 2011(2), s.153-162. Lastet ned den 1.4.2015, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21539720>
- Forsberg, C. og Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier. Värdering analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Bokforlaget Natur & Kultur.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015).*Demensplan 2015 <<Den gode dagen>>*. [Online]. Lastet ned 10.4.2015, fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/demensplan2015.pdf

- Helleberg, M, K og Hauge, S. (2014). Like a dance: Performing good care for persons with dementia living in institutions. *Nursing research and practice*. 9(3), s.236-242. Lastet ned den 1.4.2015, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25349732>
- Isaksson, U. Graneheim, UH, Åström og Karlsson, S. (2011). Psychially violent behaviour in dementia care: Charateristics of residents and management of violent situations. *Aging and Metal Health*. 15(5), s. 573-579. Lastet ned den 10.4.15, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21815849>
- Kjelberg, T. (2002). *Når atferd blir vanskelig- utredning og tiltak ved vanskelig atferd hos aldersdemente*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkevold, M. (2001). *Sykepleieteorier- analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malt, U. (2009). Utagering. I: *Store medisinske leksikon*. Lastet ned den 2.4.2015, fra: <https://sml.snl.no/utagering>
- Norsk sykepleierforbund (2013). *Geriatrisk sykepleie*. [Online]. Lastet ned den 10.4.15, fra:<https://www.nsf.no/Content/1371443/Hvordan%20ta%20vare%20p%C3%A5%20verdigheten.pdf>
- Norsk sykepleierforbund. 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. ICNs etiske regler. Oslo: NSF.
- Ostaszkiwicz, J. Lakhan, P. O`Connell, B og Hawkins M. (2015). Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Nursing Review*. (s.1-11). Lastet ned den 18.4.2015, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25711925>
- Pulsford, D. Duxbury JA og Hadi, M. (2011). A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings. *Journal of psychiatric and mental nursing*. 18(2), s. 97-104. Lastet ned den 20.4.2015, fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21299721>
- Rognstad, MK og Nåden, D. (2011). Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen- pleieres perspektiv. *Nordisk Sygeplejeforskning*. 1(2), s.143-155. Lastet ned den 9.4.2015, fra <http://www.idunn.no/nsf/2011/02/art06>
- Rogvi-Hansen, B. (2010). Sygdomme i nervesystemet. I: Schule, S og Schroeder, T. (Red). *Basisbog i sygdomslære*. (s. 393-429). København: Munksgaard Danmark.

- Rokstad, A.M.M. (2014) *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å. (2005). Forskningsetikk. I: Brinchmann, S.B. (Red). *Etikk i sykepleien*. (s. 172-184). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Selbæk, G. (2005). Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2005(125), s.1500 – 1502. Lastet ned den 8.4.2015, fra <http://tidsskriftet.no/article/1200402>
- Szatkowski-Sejerøe, K. (2004) *Demens – kommunikasjon og samarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Zeller, A. Dassen, T, Kok, G. Needham I og Halfens, R. (2011). Nursing home caregivers` explanations for and coping strategies with residents` aggression: a qualitative study. *Journal of clinical nursing*. 20(17/18), s. 2469-2478. Lastet ned den 10.4.2015, fra <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=7&sid=134768e4-c3fb-44c2-8ebe-9ec3c4614378%40sessionmgr110&hid=118&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=2011249113>

Vedlegg 1 - Søkehistorikk

| Søkedato | Database | Søkeord | Treff | Leste abstrakter | Leste artikler | Artikler som skal brukes |
|-----------|--------------------|---|-------|------------------|----------------|---|
| 01.04.15. | Pubmed | Dementia AND agitation AND nursing home AND nurse | 52 | 8 | 4 | <u>Nr 1.</u> <i>“Like a Dance”: Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions</i> |
| 01.04.15 | Pubmed | Dementia AND aggressive behavior AND nurse AND nursing home | 48 | 9 | 3 | <u>Nr 2.</u> <i>Management of person with dementia aggressive and violent behavior</i> |
| 01.04.15 | Science direct | Dementia AND aggressive behavior AND nurse AND nursing home | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 01.04.15 | Norart | Dementia AND aggressive behavior AND nurse AND nursing home | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 01.04.15 | Cinahl Complete | Dementia AND agitation AND nurse AND approach | 4 | 1 | 0 | 0 |
| 01.04.15 | Science Direct | Dementia AND agitation AND nurse AND nursing home | 160 | 11 | 3 | 0 |

| | | | | | | |
|----------|--------------------|---|----------------|----|---|---|
| | | AND intervention (limits: kun 2014) | | | | |
| 06.04.15 | Science Direct | Dementia AND nursing home AND behavior | 102 | 21 | 3 | 0 |
| 07.04. | Science direct | Aggressive behavior in dementia and nursing home x dementia | 1028 55 | 8 | 2 | 0 |
| 07.04.15 | Pubmed | dementia AND agitation AND prevention AND nursing home residents | 30 | 5 | 1 | 0 |
| 09.04.15 | Svemed+ | dementia AND aggression AND nursing home | 8 | 2 | 1 | <i>Nr. 3. Udfordringer og kompetanse i demensomsorgen – Pleieres perspektiv</i> |
| 10.04.15 | Cinahl Complete | Dementia AND decrease AND agitation AND intervention | 27 | 1 | 1 | 0 |

| | | | | | | |
|----------|-----------------|---|-------------------------|----|---|--|
| 10.04.15 | Pubmed | Dementia AND violent behavior AND management | 33 | 3 | 1 | <i>Nr. 4. Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations.</i> |
| 10.04.15 | Cinahl complete | Dementia AND nursing home AND aggression | 176 | 16 | 4 | <i>Nr. 5. Nursing home caregivers explanations for and coping strategies with residents aggression</i> |
| 18.04.15 | Pubmed | Dementia AND aggression AND nurse AND management | 99 | 8 | 2 | <i>Nr. 6. Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia.</i> |
| 20.04.15 | Pubmed | Dementia AND nursing home AND aggressive behavior | 179 Limits: 10 år | 14 | 6 | <i>Nr. 7. Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study</i> <i>Nr.8. A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings</i> |

Vedlegg 2 – PIO-skjema

PIO- skjemaet

| Patients/population/problem HVEM? | Intervention/initiativ/action HVA? | Outcome RESULTAT/EFFEKT? |
|--|---|---|
| Søkeord: nurse, dementia, nursing home | Søkeord: violent behavior, agitation, aggressive behavior, aggression | Søkeord: decrease, approach, management, prevention, intervention |

Vedlegg 3 – Sjekkliste for kvalitetssikring

Kvalitetssikring for systematiske litteraturstudier av Forsberg og Wengstrøm (2013)

| Studie | A. 1. Hensikt med studien | B. 1. Hvilke databaser ble brukt? 2. Søkeord 3. Er studien systematisk gjennomført? 4. Er ikke publiserte forskningsartikler inkludert? 5. Inklusjons og eksklusjonskriterier? 6. Er inkluderte studier kvalitetsbedømt? | C. 1. Hvor mange artikler ble tatt med? 2. Hvor mange artikler ble valgt bort? 3. Hva var hovedresultatet? 4. Metanalyse? 5. Konklusjon? | D. 1. Har resultatet klinisk betydning? 2. Skal artikkelen brukes? | E. Relevans: |
|---------------------|--|---|---|---|-----------------|
| Enmarker mfl (2010) | 1. Hensikt: Å beskrive fra et sykepleierperspektiv utagerende atferd hos personer med demens i sykehjem og finne ulike tilnæringsmåter for å redusere utagerende atferd. | 1. PUBMED, CINAHL COMPLETE, INFORMA, WORLD og SAGE JOURNALS 2. aggression/violence, dementia, nursing, review 3. JA 4. NEI 5. JA 6. JA | 1. 21 fagfellevurderte artikler 2. 5 3. Hovedresultatet viste at personsentrert tilnæringsmåte er optimalt for å redusere utagerende atferd hos pasienter med demens i sykehjem. 4. NEI 5. Å bruke en personsentrert tilnæringsmåte kan det gjøre det lettere å kommunisere med personer med demens og forhindre og redusere utagerende atferd. | 1 og 2. JA | Svært relevant |

Kvalitetssikring for kvantitativ forskning fra Forsberg og Wengstrøm (2013)

| Studie | 1) Hensikten med studien 2) er problemstillingen tydelig beskrevet? 3) Er designet relevant? | 1) Inklusjons og eksklusjonskriterier 2) utvalgsmetode 3) Er utvalget representativt? 4) Hvor ble undersøkelsen gjennomført? 5) Utvalg | 1) Hvilke målmetoder anvendes? 2) Var påliteligheten beregnet? 3) Er validiteten diskutert? | 1) Var demografisk data som i komparativ-gruppene? 2) Var det tapsanalyse? 3) Var analysen egnet? 4) Var det store forskjeller ved funn? | 1) Kan resultatene generaliseres til annet utvalg? 2) Kan resultatene ha klinisk betydning? 3) Skal denne studien inkluderes i litteraturstudien? 4) relevans |
|---------------------------|---|---|---|--|---|
| Isaksson mfl (2011) | 1. Hensikt: Å utforske ulike pleiesituasjoner, pasientkarakteristika relatert til fysisk utagerende atferd og pleieres håndtering av fysisk utagerende atferd (FVA) 2 og 3: JA | 1. NEI 2. Strukturert intervju 3. JA 4. I 40 gruppehjem i Nord-Sverige 5. 309 beboere i gruppehjem i Nord Sverige. | 1. Statistikk 2 og 3. JA | 1. JA 2. NEI 3. JA 4. NEI | 1. 2. og 3. JA 4) Relevant |
| Pulsford, D. m.fl. (2011) | 1. Å utforske sykepleieres og omsorgsarbeideres synspunkt i forhold til årsakene til, og effektive måter å respondere på aggressiv oppførsel, og strategier som blir brukt for å håndtere aggressivitet. 2 og 3. JA | 1. NEI 2. Spørreskjema analysert ved hjelp av beskrivende statistikk. 3. JA obs. ukvalifisert personell inkludert 4. Fire sykehjem i England 5. 15 sykepleiere og 21 ukvalifiserte omsorgsarbeidere | 1. statistikk 2 og 3. JA | 1. JA 2. NEI 3. NEI 4. NEI | 1. 2. OG 3. JA 4) Relevant |

Kvalitetssikring for kvalitativ forskning fra Forsberg og Wengstrøm (2013)

| Studie | A. Hensikt: 1) hvilken metode er benyttet? 2) Er designet relevant for å besvare problemstillingen? | B. Utvalg: 1) er kriteriene for utvalget tydelig beskrevet? 2) hvor gjennomføres undersøkelsen? 3) hva er utvalget? 4) er utvalget feil? | C. Metode for datasamling: 1) er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2) beskrives metoden tydelig? 3) er data systematisk samlet? | D. Dataanalyse: 1) hvordan er begrep, temaer og kategorier utviklet og tolket? 2) er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) er resultatet troverdig og pålitelig? 4) er det stabilitet og overensstemmelse? 5) er resultatet diskutert med utvalget? 6) finns det bevis på at resultatet er basert på den innsamlede data? | E. Evaluering: 1) kan resultatet sammenlignes med forskningsspørsmålet? 2) støtter innsamlede data forskernes resultater? 3) har resultatet klinisk relevans? | F. Relevans: |
|---------------------------|--|--|--|--|--|---------------------|
| Helleberg og Hauge (2014) | 1) Dybdeintervju 2) Ja | 1) Ja 2) to sykehjem i Øst-Norge 3) 7 kvinner 1 mann, både sykepleiere og hjelpepleiere med minst tre års erfaring 4) nei, men obs. deler av utvalget består av hjelpepleiere | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | 1) dybdeintervju og Innholdsanalyse inspirert av Kvale og Brinkmann 2) Ja 3) Ja 4) Ja 5) Ja 6) Ja | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | Svært relevant |

| | | | | | | |
|--------------------------|---|--|-------------------------|--|-------------------------|----------------|
| Zeller m.fl. (2011) | 1) intervju 2) Ja | 1) Ja 2) fire sykehjem i sveits 3) 18 sykepleiere, 7 sykepleiestudenter og 4 sykepleieassistenter 4) nei, men obs. deler av utvalget er sykepleiestudenter og sykepleieassistenter. | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | 1) transkripsjon av intervju og innholdsanalyse 2) Ja 3) Ja 4) Ja 5) Ja 6) Ja | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | Meget relevant |
| Ostaszkiwicz m.fl (2015) | 1)Fokusgruppeintervju 2) Ja | 1) Ja 2) tre langtidsavdelinger i sykehjem i Australia 3) 30 sykepleiere 21 kvinner, 9 menn 4) Nei | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | 1) Transkripsjon av intervju og innholdsanalyse 2) Ja 3) Ja 4) Ja 5) Ja 6) Ja | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | Svært relevant |
| Daxbury m.fl (2013) | 1) Individuell semi strukturert intervju og fokusgruppe 2) Ja | 1) Ja 2) 4 sykehjem i Nord-Vest England 3) 8 helsepersonell, 2 sykepleiere og 5 pårørende 4) Nei obs. deler av utvalg er pårørende. | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | 1) Semi strukturert intervju med audio opptak. Duxbury model ble brukt for å.. 2) Ja 3) Ja 4) Ja 5) Ja 6) Ja | 1) Ja 2) Ja 3) Ja | Relevant |

Vedlegg 4 - Litteraturmatriser

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|--|--|--|---|---|--|
| <p>Helleberg, K. og Hauge, S. <i>“Like a Dance” Performing Good Care for Persons with Dementia Living in Institutions.</i></p> <p>Nursing research and practice (2014). doi.org/10.1155/2014/905972</p> | <p>Målet med studien var å beskrive sykepleieres forståelse av praksis av god kvalitet i demensavdeling i sykehjem</p> | <p>Dementia care, agitation, nursing homes, nurses</p> | <p>Åtte sykepleiere og helsearbeidere ble individuelt intervjuet og det ble brukt et kvalitativt design. Deltakerne ble rekruttert fra to sykehjem i to byer i Øst-Norge. Dataene ble analysert etter den hermeneutiske tradisjonen inspirert av Kvale.</p> | <p>Analysene viste tre hovedfunn for å beskrive god omsorg: (a) Å finne: identifisere pasientens personlige karakteristika, hvor pasienten er «her og nå» og pasientens behov. (b) Å følge: å velge riktig tid og tempo og tilpasse seg pasientens sensitivitet. (c) Å lede: Å være i forkant og forberedt og kunne endre pasientens sinnstilstand. Den generelle tolkningen av funnene er beskrevet som en metafor «som en dans» mellom pasient og sykepleier.</p> | <p>Artikkelen viser til hva som kjennetegner god sykepleie til pasienter med utagerende atferd</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel- begrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|---|--|---|---|--|--|
| <p>Isaksson, U. Graneheim, U. Åström, S. og Karlsson, S.</p> <p><i>Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations.</i></p> <p>Aging & Mental Health (2011) 15 (5). 573–579.</p> <p>DOI: 10.1080/13607863.2011.556600</p> | <p>Denne studien tar sikte på å utforske ulike typer omsorgssituasjoner, pasient karakteristika relatert til fysisk voldelig atferd og profesjonelle omsorgspersoners håndtering av denne.</p> | <p>dementia; group homes; management; physical violence</p> | <p>Studien er kvantitativ og inkluderte 40 gruppeboliger for 309 beboere med demens. Data ble samlet inn ved hjelp av strukturerte intervjuer, Multi-Dimensional Dementia Assessment Scale og Geriatric Rating Scale verktøy ble brukt.</p> | <p>Denne studien viser at fysisk voldelig atferd ofte viser seg hos pasienter med demens som bor i gruppehjem, og omsorgspersonene håndterer dette i størst grad på en symptomorientert måte. Resultatet viser også at interaksjoner som distrahering, isolering til eget rom og medisinerings ble mest brukt til håndtering av PVB.</p> | <p>Artikkelen viser til hvordan en kan håndtere symptomene av demens</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel- begrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|--|--|------------------------------------|---|--|--|
| <p>Rognstad, M og Nåden, D.</p> <p><i>Utfordringer og kompetanse i demensomsorgen -Pleieres perspektiv.</i></p> <p>Nordisk sykeplejeforskning (2011). 1(3). 143-155</p> | <p>Hensikten med studien var å beskrive personalets opplevelse av arbeidssituasjonen i møte med pasienter med demenssykdom og utagerende atferd, og å belyse personalets behov for kompetanseheving for at pasientens verdighet som menneske skulle kunne ivaretas</p> | <p>etikk, sikkerhet, verdighet</p> | <p>En kvalitativ studie. Tolv omsorgsgivere i et sykehjem i Norge ble intervjuet (4 sykepleiere og 8 hjelpepleiere). Det ble anvendt innholdsanalyse av data etter Kvale og Brinkmanns beskrivelse av tre analysenivåer</p> | <p>Tre hovedkategorier framkom: 1) Opplevelse av maktesløshet, mislykkethet og redsel, 2) Balanse mellom makt og autonomi og 3) Spesiell kompetanse for mestring av utagerende atferd.</p> <p>Resultatene viser at informantene framhevet frykt og engstelse og uttrykte behov for etisk refleksjon og trening i å håndtere pasientgruppens aggresjon.</p> | <p>Studien viser til at det er behov for økt kompetanse i forhold til å mestre utagerende atferd og hva sykepleiere syntes var utfordrende i arbeidet med denne pasientgruppen</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|--|--|---|---|--|---|
| <p>Enmarker, I. Hellzen, O og Olsen, R.</p> <p><i>Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review</i></p> <p>International Journal of Older People Nursing (2010)</p> <p>doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00235.x</p> | <p>Målet med denne forskningsartikelen var å beskrive, fra et sykepleierperspektiv aggressiv og voldelig atferd hos pasienter med demens som bor i sykehjem. Samt å finne alternative tilnæringsmåter som reduserer utagerende atferd.</p> | <p>aggression/violence, dementia, nursing, review</p> | <p>Det ble gjort en systematisk litteraturgjennomgang i tre faser, inkludert en innholdsanalyse. 21 forskning artikler, både kvalitative og kvantitative publisert mellom 1999 og august 2009 er gjennomført.</p> | <p>Resultatene av denne studien kan oppsummeres i to temaer. Hvilke faktorer trigger utagerende atferd og hvilke tilnæringsmåter reduserer utagerende atferd. Resultater i studien viser at utagerende atferd ofte sees i sammenheng med pasientenes personlige pleie og smerter. Studien sier også noe om at en person-sentrert tilnæringsmåte har en god effekt på å redusere utagerende atferd hos sykehjemspasienter med demens.</p> | <p>Studien viser til tilnæringsmåter som kan redusere utagerende atferd samt hvilke faktorer som trigger utagering.</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel- begrep/Keyw ords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|---|--|---|---|--|---|
| <p>Ostaszkiwicz, J. Lakhan, P. O`Connell, B. og Hawkins, M.</p> <p><i>Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia.</i></p> <p>International Council of Nurses (2015).</p> <p>Doi: 10.1111/inr.1280</p> | <p>Målet med studien var å beskrive: (1) sykepleiernes opplevelser av omsorg for personer med atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens i langtidsavdelinger i sykehjem, og (2) strategier sykepleiere bruker i håndteringen av disse symptomene.</p> | <p>Aggression Management, Dementia, Focus Groups, Gerontology, Older People Nursing, Psycho-Geriatrics Nursing, Qualitative Methods, Restraint, Violence in the workplace, Workforce Issues</p> | <p>Et kvalitativt design. fokusgruppeintervju er med 30 sykepleiere fra tre langtidsavdelinger i sykehjem i Australia. Transkripsjonene ble analysert ved hjelp av induktiv innholdanalyse.</p> | <p>Funnene avdekket fem innbyrdes temaer: (1) Å arbeide under vanskelige forhold, (2) atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens: Et daglig møte med dette (3) Å få forståelse for atferdsmessige og psykologiske symptomer på demens, (4) å forsøke å håndtere atferdsmessige og psykologiske symptomer, og (5) å føle seg undervurdert. Studien fremhevet de vanskelige forholdene som sykepleiere jobbet under og kompleksiteten med å jobbe med pasienter med demens som har atferdsmessige og psykologiske symptom.</p> | <p>Studien viser til forståelse av atferden, håndtering av symptom og å arbeid under vanskelige forhold</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel- begrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|--|--|--|--|--|--|
| <p>Pulsford, D. Duxbury, J.A. og Hadi, M.</p> <p><i>A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who are aggressive in residential care settings.</i></p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Nursing (2011) 18. 97-104.</p> <p>doi: 10.1111/j.1365-2850.2010.01646.x</p> | <p>Denne studien utforsket sykepleieres og hjelpepleieres perspektiv på forhold og situasjoner der beboere viser aggresjon og strategier for å håndtere aggresjon.</p> | <p>aggression, dementia care, interpersonal skills, quantitative methodology</p> | <p>Studien brukte en kvantitativ tilnærming ved hjelp av en spørreundersøkelse.</p> <p>Dette omfattet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En undersøkelse av holdningene til sykepleiere og hjelpepleiere ved hjelp av et spesialkonstruert instrument, (MAPDAQ). | <p>Resultatene viste at utagerende atferd hyppigst oppsto i pleiesituasjoner, etterfulgt av interaksjon med andre beboere, når personen ble nektet noe og generelt i samhandling med ansatte.</p> <p>Resultatet sier også noe om at den som ble utsatt for fysisk vold følte seg skremt, opprørt eller truet. en personsentrert tilnæringsmåte viste å ha en positiv innvirkning på utagerende atferd.</p> | <p>Hvor og når situasjoner med utagering oppstår og hvilke tilnæringsmåter en kan bruke og hvordan sykepleiere opplever å stå i situasjonene</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkelbegrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|---|---|---|--|---|---|
| <p>Zeller, A. Dassen, T. Kok, G. Needham, I og Halfens, R.</p> <p><i>Nursing home caregivers' explanations for and coping strategies with residents' aggression: a qualitative study.</i></p> <p>Journal of Clinical Nursing (2011) 20, 2469–2478. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03722.x</p> | <p>Studiens hensikt var å utforske helsepersonells perspektiv på forhold og situasjoner der beboere viste aggressiv oppførsel og praktiske strategier som ble brukt for å håndtere aggresjon.</p> | <p>aggressive behaviour, nurses, nursing homes, qualitative approach, residents</p> | <p>En kvalitativ studie med fokusgruppe-metode. Det ble foretatt Fem fokusgruppeintervjuer , med totalt 29 deltakere, 18 sykepleiere, 4 sykepleieassistenter og 7 sykepleiestudenter i sykehjem i Sveits. Det ble utført intervju etter semi-strukturerte retningslinjer. I analysen av data ble det gjort en innholdsanalyse.</p> | <p>Resultat viser tre tema med under-tema. (1) forklaringer for aggressiv atferd (a) pasient-relaterte faktorer: pasientene opplever tap av kognitiv funksjon, har manglende evne til å forstå og blir overveldet, manglende privatliv og manglende evne til å utrykke behov (b) Omsorgarbeider-relaterte faktorer: Arbeid under høyt press, manglende omtanke, frykt for pasienten (2) Håndtering av beboerne: kjenne pasientens vaner og behov og finne på nye løsninger, passifisere og distrahere, konfrontere den aggressive adferden og bruke tvang. (3) Selvbeskyttelse og håndtering av situasjonen: være oppmerksom, være rolig, reflektere over opplevelsen i etterkant</p> | <p>Beskriver årsakssammenhenger og hvordan sykepleiere kan håndtere atferden og utfordringer knyttet til arbeid med denne pasientgruppen.</p> |

| Referanse | Studiens hensikt/mål | Nøkkel- begrep/ Keywords | Metode | Resultat | Relevans for oppgaven |
|--|---|---|---|---|---|
| <p>Daxbury, J. Pulsford, D. Hadi, M. og Sykes, S.</p> <p><i>Staff and relatives' perspectives on the aggressive behaviour of older people with dementia in residential care: a qualitative study</i></p> <p>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, (2013) 20, 792–800 doi: 10.1111/jpm.12018</p> | <p>Hensikten med denne studien, var å utforske sykepleier og pårørendes synspunkter på utløsende årsaker til utagerende atferd og hvilke håndteringsmåter som viser seg å være mest effektiv i møte med agiterte sykehjemspasienter med demens.</p> | <p>aggression, attitudes, care homes, dementia, person-centred care</p> | <p>En kvalitativ studie basert på semi strukturert intervju hos helsepersonell ble utført og to fokusgrupper med pårørende for å samle informasjon om pårørendes synspunkt på utagerende atferd. 8 helsepersonell ble intervjuet hvor to var sykepleiere. 6 pårørende deltok i ene fokusgruppen og 3 den andre.</p> | <p>Resultatene i denne studien viser at helsepersonell og pårørende opplever at frustrasjon over tap av psykiske og fysiske evner, frustrasjon over sykdommen, følelsen av manglende privatliv og å trenge hjelp til personlig pleie er utløsende faktorer for utagerende atferd. Resultatet viser også til ulike håndteringsmåter som å vise medfølelse, være rolig og å bruke en person sentrert tilnæringsmåte er effektiv i å redusere agitasjon.</p> | <p>Hvor og når og hvorfor utagering oppstår</p> |