

Beteckning: _____



Akademien för hälsa och arbetsliv

Omvårdnadspersonalens beskrivning av sina
upplevelser av mötet med utåtagerande personer
med demenssjukdom och betydelsen av
bemötandet

Elisabeth Andersson & Kerstin Englund
Juni 2010

Examensarbete, 15 hp, avancerad nivå
Vårdvetenskap

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska 75 hp
Examinator: Bernice Skytt
Handledare: Birgitta Fläckman

Sammanfattning

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende samt att belysa betydelsen av omvårdnadspersonalens bemötande. Sexton omvårdnadspersonal från olika äldreboenden i Mellansverige intervjuades. Intervjuerna analyserades utifrån kvalitativ innehållsanalys. Resultatet är uppdelat utifrån två innehållsområden. Analysen av det första, *omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende* resulterade i tre kategorier som behandlar mötet. Dessa var; *att vara osäker, att känna en utmaning och att vara trygg*. Att ha arbetskamrater nära sig ingav trygghet. En utmaning var att få den demenssjuke att må bra igen. Att vara oerfaren gjorde att omvårdnadspersonalen kände sig osäkra. Det andra innehållsområdet var; *omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende*. Analysen av det innehållsområdet resulterade i fyra kategorier; *att vara tydlig, att vara lugn, att vara erfaren och att vara accepterad*. Att vara lugn och att använda få ord hade framgång. Ha kunskap och att vara uppskattad underlättade i omvårdnadsarbetet. Resultatet av studien illustrerar omvårdnadspersonalens olika förhållningssätt i bemötandet av patienter med demens och hur omvårdnadspersonalen upplever dessa möten.

Nyckelord; Omvårdnadspersonal, utåtagerande beteende, upplevelser, demens.

Abstract

The purpose of the study was to describe how care givers experience working with people who suffer from dementia and acting out behaviour and to illustrate the importance of the care givers approach. Sixteen caregivers were interviewed from different nursing homes in the middle of Sweden. The interviews were analyzed with qualitative content analysis. The result is divided into two content areas. The analysis of the first content area, *care givers experiences of meeting people with dementia and acting out behaviour*, resulted in three categories, which deals with the approach. The categories were; *to be insecure, to feel a challenge and to be secure*. To have co-workers nearby resulted in feeling secure. A challenge was to make the person suffering from dementia feel well once again. To be inexperienced resulted in insecurity among the care givers. The second area of content was, *the care givers description of the value of a good approach when meeting people suffering from dementia and acting out behaviour*. The analysis of that content area resulted in four categories; *to be clear, to be calm, to be experienced and to be accepted*. To be calm and use few words was successful. To have knowledge and to be appreciated made the care giving work easier. The result of the study illustrates different approaches from care givers in their contact with patients with dementia and how care givers experienced that contact.

Keywords; Nursing staff, acting-out behaviour, experiences, dementia

Förord

Detta examensarbete har gjorts av två författare gemensamt. Arbetsfördelningen har fördelats under arbetets gång. Författarna anser att de har gjort lika mycket. Introduktionsdelen skrevs gemensamt av båda författarna därför att de två frågeställningarna hade så många gemensamma faktorer att författarna valde att inte särskilja dem. Den ena frågeställningen var, Hur beskriver omvårdnadspersonalen upplevelsen av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende (KE). Den andra frågeställningen var, Hur beskriver omvårdnadspersonalen betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende (EA). Metodavsnittet skrevs av båda författarna gemensamt. Författarna intervjuade varannan informant i den ordningsföljd de var bokade. Båda författarna var närvarade vid alla intervjuer. En intervjuade, den andre observerade. När intervjuerna var genomförda transkriberades de ordagrant av respektive författare. En kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) valdes som metod för bearbetning av insamlad data. Detta innebar att respektive författare kondenserade de meningsbärande enheterna på sina genomförda intervjuer. Koder, subkategorier och kategorier formulerades gemensamt. Resultatet av intervjuerna har skrivits var för sig av respektive författare utifrån den frågeställning som tilldelades genom lottning. Resultatdiskussionen har också delats upp mellan författarna utifrån frågeställningarna. Det övriga i diskussionsdelen har skrivits gemensamt.

Innehållsförteckning

Introduktion	1
Inledning	1
Demenssjukdom	1
Omvårdnad vid demenssjukdom	2
Kunskapens betydelse vid demenssjukdom	3
Miljöns betydelse vid demenssjukdom	4
Förhållningssätt vid demenssjukdom	5
Omvårdnadspersonalens upplevelser	6
Problemformulering	7
Syfte	7
Frågeställningar	8
Metod	8
Design	8
Urval och undersökningsgrupp	8
Datainsamlingsmetod	9
Tillvägagångssätt	9
Dataanalys	10
Forskningsetiska överväganden	11
Resultat	12
Omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende	12
Omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende	17
Diskussion	23
Huvudresultat	23
Resultatdiskussion	24
Metoddiskussion	29
Allmändiskussion	30
Slutsats	31
Referenslista	32

INTRODUKTION

Inledning

Omvårdnadspersonal som arbetade med personer med demenssjukdom och som blivit utsatta för verbalt eller psykiskt utåtagerande beteende upplevde många olika reaktioner (Gates m.fl. 1999). Det krävdes mycket av omvårdnadspersonalen när de skulle hjälpa personer med demenssjukdom som hade ett utåtagerande beteende för att kunna bemöta dem på bästa sätt (Skovdahl m.fl. 2003 b).

Demenssjukdom

Demens är en vanlig sjukdom och ökar starkt med stigande ålder. Demens är ett kliniskt syndrom som innefattar störningar i kognitiva, beteendemässiga, emotionella och neurologiska funktioner. Symtom som kan förekomma vid demenssjukdom är bland annat språkstörning, praktiska svårigheter, förvirring, personlighetsförändring, aggressivitet och insiktslöshet. Demenssjukdomen påverkar ofta det dagliga livet (Apoteket AB 2009).

Agitation och andra icke kognitiva avvikande beteenden hos patienter med demenssjukdom förekommer i minst 50 % hos patienterna och är ett problem för vårdgivarna. Agitation kan delas in i aggressiv, fysisk och verbal form (Deutsch & Rovner 1991).

Marcusson m.fl. (1997) beskriver att symtom som irritabilitet, oro och aggressioner är ospecifika och kan ha både psykosociala och somatiska orsaker, men kan också bero på själva demenssjukdomen. Just för beteendestörningar och aggression är det viktigt att personer med demenssjukdom bedöms utifrån ett helhetsperspektiv. Oprovocerade aggressiva uttryck kan vara uttryck för kroppslig sjukdom. Personer med demenssjukdom kan ofta inte adekvat beskriva sina symtom, därför kan beteendeförändringen bli en signal till omgivningen (Marcusson m.fl. 1997). Agitation kan bero på smärta, infektion eller förstoppning (Chang m.fl. 2009). Enligt Pountney (2007) är demens, förvirring och depression de tre vanligaste psykiatriska sjukdomarna hos äldre. Alla tre ökar kraftigt med stigande ålder. I en studie (Turner 2005) gavs exempel på psykologiska symtom och beteendemässiga störningar hos personer med demenssjukdom som förutom utåtagerande beteende var; vandrande, oro, skrikande, hamstrande, sexuellt ohämmade, apatiska, självskadebenägna och ätstörningar.

Omvårdnad vid demenssjukdom

Omvårdnadspersonal som inte upplevde aggressivitet som ett problem, ansåg det krävande men att det kunde vara en naturlig reaktion på att uttrycka sina problem och en upplevelse av obalans. En del ansåg det som en positiv utmaning. En förutsättning för att lyckas med bemötandet av aggressiviteten hos personer med demenssjukdom var att ha tillräckligt med kunskap och stöd. Bra sammanhållning bland personalgruppen upplevdes vara viktig för att orka med (Skovdahl 2004). Det krävdes också mycket av omvårdnadspersonalen när de skulle hjälpa personer med demenssjukdom som hade ett aggressivt beteende för att kunna ge hjälp på bästa möjliga sätt. Vidare beskrevs att personalen bör agera på ett känsligt och reflekterande sätt, med individen i fokus (Skovdahl m.fl. 2003 b).

I en studie av (Pulsford & Duxbury 2006) påtalades att utåtagerande beteende förekom ofta hos personer med demenssjukdom. Att använda sunt förnuft särskilt om de följdes av ett personcentrerat synsätt fungerade bra på de utåtagerande personerna. Det fanns ingen tydlig forskning på hur demensvården skulle effektiviseras. Nackdelar förekom både av praktisk och av etisk natur. Det fanns lite empirisk information om hur professionella vårdare hanterade aggressiva beteenden. Ytterligare en studie (Hoeffler m.fl. 1997) visade att störande beteenden och fysisk och verbal aggression ofta förekom i samband med bad och dusch och var särskilt vanliga hos personer med kognitivt nedsatt förmåga. Ett personfokuserat förhållningssätt vid psykosociala situationer som bad och dusch innebar, gjorde att den demenssjuke personen blev mindre utåtagerande. Även omvårdnadspersonalen upplevde situationen mer positiv. Vidare framkom (Eun-Hin 2005) att faktorer som kunde utlösa agitation var; patient faktorer, personliga faktorer, miljöfaktorer och återhållsamhet. Detta kunde ha betydelse för attityder och reaktioner hos omvårdnadspersonalen och kunde leda till en patient-fokuserad och individanpassad vård.

I Kari Martinsens omsorgsteori (Kirkevold 2000) understryks omsorgen särskilt, när hon hävdar att den grundläggande förutsättningen för allt mänskligt liv och den mest grundläggande aspekten i tillvaron är människors beroende av varandra. Värdegrunden framhävs i den mellanmänskliga relationen, gemenskapen människor emellan sätts i centrum. Värdet av att sätta patientens livssituation i centrum framkom också i Turners studie (2005). När utbildning som satte människan i centrum gavs till omvårdnadspersonalen, ökade deras förståelse för orsakerna till det utåtagerande beteendet hos den demenssjuke och att agera mer individuellt och kreativt utifrån personens behov.

Kunskapens betydelse vid demenssjukdom

Omvårdnadspersonal som ansåg utåtagerande beteende som ett problem hade svårighet att se personer med demenssjukdom som individer och upplevde dem som ”besvärliga dementa”. Utåtagerande beteende sågs som ett sätt att få uppmärksamhet när personalen hade mycket att göra. Omvårdnadspersonalen gav uttryck för att de hade bristfällig kompetens i förhållande till de mycket svårhanterliga och krävande arbetsuppgifter de kom i kontakt med. De saknade stöd och förståelse från ledningen (Skovdahl 2004). En annan studie visade att det fanns ett samband mellan omvårdnadspersonalens bedömningar av livskvaliteten och sina egna attityder när det gällde vård av personer med demenssjukdom och utbildning. Detta tyder på att vårdpersonalens kunskaper påverkade livskvalitén. Attityder till demens och att ta itu med de boendes grundläggande behov av vård kunde även påverka livskvalitén (Winzelberg m.fl. 2005).

Flera studier (Lundell & Svenson 2003, Edvardsson 2009, Nnatu & Shah 2009) påvisade att omvårdnadspersonal bör ges utbildning för att kunna minska utåtagerande beteende hos patienterna. Nnatu och Shah (2009) beskrev att den mest effektiva metoden för att minska utåtagerande beteende var den som kombinerade åtgärder för att minska utåtagerande beteende och att förbättra vårdens attityder och uppfattningar. Det framkom i Lundell och Svenssons (2003) studie att arbeta med personer med utåtagerande beteende krävde stort engagemang av omvårdnadspersonalen och var både fysiskt och mentalt påfrestande. Introduktion och utbildning för nyanställda liksom fortbildning var viktigt. Detta ledde till en lägre omsättning av omvårdnadspersonalen och ökade kontinuiteten, och resulterade i att de demenssjuka personerna fick förtroende för omvårdnadspersonalen och vårdens kvalitet ökade. Vidare påtalar Edvardsson (2009) att omvårdnadspersonal i demenssjukvården hade ett krävande arbete och höga påfrestningar bland annat höga nivåer av stress.

Att ta hand om personer med avancerad demenssjukdom som bor i äldreomsorgen var en utmaning för omvårdnadspersonalen. För att klara den utmaningen var kunskap och färdigheter i den direkta vården och kunskap om demens som störning viktig.

Omvårdnadspersonalen betonade att kunskaper och färdigheter behövde förbättras. Att bedöma en person med avancerad demenssjukdom som har svårt att uttrycka sig verbalt var svårt. Förändringar i individens normala beteende skulle identifieras, vilket krävde noggrann övervakning och lång bekantskap med den personen (Chang m.fl. 2009). En studie har också visat att den utåtagerande demenssjuke personens livshistoria påverkade så att

omvårdnadspersonalen fick mer empati för personen, och detta gjorde att det utåtagerande beteendet minskade. Ett påvisat värde av att använda livshistoria i vården av patienter med utåtagerande beteende rapporterades (Egan m.fl. 2007).

Omvårdnadspersonalen i demensvården uppmärksammade att fortbildning för arbetstagarna kunde minska deras tendens att bli utslitna. Personalens attityder till demens tillsammans med utbildning om demens var viktigt för deras eget välbefinnande (Zimmerman m.fl. 2005). Att identifiera områden som krävde utbildning eller kompetensutveckling kunde möjliggöra förändringar i attityder. Det framkom att negativa attityder hos personalen kunde inverka och ge sämre patientvård (Nakahira m.fl. 2009).

Ett vårdande och stödjande klimat samt kompetens var en av förutsättningarna som krävdes för att underlätta reflektioner och främja kreativiteten hos omvårdnadspersonalen så att de kunde utveckla olika sätt att hantera svåra situationer som aggressivitet på demensboenden (Skovdal m.fl. 2004). I en studie (Huang m.fl.2009) framkom att omvårdnadspersonalens sätt att hantera beteendeproblem hos personer med demenssjukdom hade positivt samband med mer utbildning, de gav bättre omvårdnad och minskat aggressivt beteende kunde ses hos personerna med demenssjukdom.

Miljöns betydelse vid demenssjukdom

Ett problem som upplevdes av omvårdnadspersonalen var att det inte fungerade att ha personer som var orienterade och personer som hade demenssjukdom på samma boende. De oroliga dementa personerna gjorde att de orienterade personerna också blev oroliga, rädda eller irriterade. Detta ledde i sin tur till att de personer som hade demenssjukdom blev ännu oroligare. Omvårdnadspersonalen framhöll att alla personer som bor på ett boende bör ha rätt till nivåanpassning (Ragneskog m.fl. 2001). Mindre boenden var förknippade med mindre aggression (Dettmore m.fl. 2009)

Att delta i fritidsaktiviteter och att få gå ut på promenader var ofta försummat. Detta ledde till sämre livskvalitet och det hade samband med hur personer med demenssjukdom klarade sina dagliga bestyr, det gjorde att den mentala funktionen försämrades och även att det utåtagerande beteende förvärrades. Storlek på avdelning och bemanningsförhållande hade inverkan på dessa faktorer (Kirkevold & Engedal 2006). En studie visade också att metoder

som brukade fungera för att minska utåtagerande beteende kunde vara en avslappnad och lugn miljö som var hemtrevlig. Dessutom att det var viktigt att minimera höga ekande ljud som kunde vara stressande för personerna med demenssjukdom. Omvårdnadspersonalen upplevde också att behaglig lukt och musik som personen tyckte om verkade lugnande på den demenssjuke (Calkins 2002).

Förhållningssätt vid demenssjukdom

Resultat har visat att terapeutisk beröring förbättrar möjligheten att hantera agiterande beteenden hos personer med demenssjukdom. Forskare och praktiker måste överväga ett brett spektrum av strategier för att hantera dessa beteenden (Hawranik m.fl. 2008). Lugn musik, handmassage eller lugnande musik och handmassage samtidigt prövades, både lugnande musik och handmassage hade lugnande effekt på de utåtagerande personerna även en timme efter att det avslutats. Inga belägg fanns för att kombinationen av lugnande musik och handmassage hade bättre effekt än metoderna var för sig (Remington 2002).

Personer med demenssjukdom var mindre benägna att uppvisa aggressivitet när omvårdnadspersonalen använder tekniker där personen närmade sig framifrån, vid sidan av synfältet, hade en avslappnad hållning och ett leende (Dettmore m.fl. 2009). Filosofen (Lévinas 1969) fokuserar på ”ansikte mot ansikte” relationen med andra. Den andre är kanske inte känd eller uppfattas som sådan utan det börjar med mötet med den andre. Lévinas (1969) understryker att mötet är ett väsentligt och ursprungligt ögonblick där vi själva blir till. Chunningham och McWilliam (2006) beskrev i sin studie att det var en utmaning för omvårdnadspersonalen att kommunicera med personer med demenssjukdom och att speciella krav ställdes på dem. Det var viktigt att närma sig personen framifrån och att få ögonkontakt och att tala högt i lugn takt. Etik för Levinas (1969) börjar med mötet med den andre, mötet är inte lokaliserat historiskt eller tidsmässigt och det föregås av frihet, handling och passivitet.

Bubers filosofi (Buber 1994) är att människan är ett väsen som fått friheten att förhålla sig till världen på två sätt: Som Jag till Det och som Jag till Du. I det första förhållningssättet framträder den välbekanta världen av ting och händelser, infogade i rummets och tidens ordning. Men Duets värld, som uppenbarar sig i ögonblick av mellanmännsliga relationer har en annan karaktär. I en studie beskrivs att när omvårdnadspersonalen strävade efter att förstå meningen bakom beteendet och när de behärskade omvårdnadssituationen var de mer

framgångsrika att hantera upprördhet än omvårdnadspersonal som agerade dominant (Skovdahl m.fl. 2003 a).

Omvårdnadspersonalens upplevelser

Omvårdnadspersonalen angav att stöd var avgörande för en bra balans mellan personer med demenssjukdom och omvårdnadspersonal för att få en positiv relation. Stödet var även avgörande för omvårdnadspersonalen om de skulle klara av krävande situationer. Nödvändiga stöd var bekräftelse, feed back och handledning. Personer med demenssjukdom som kände sig uppskattade och respekterade kunde vara mindre benägna att få ett utåtagerande beteende (Skovdahl m.fl. 2003 a). Omvårdnadspersonalen beskrev komplexiteten i att vårda personer med demenssjukdom, och tre huvudsakliga begrepp kunde identifieras; att inte kunna nå, försöka skydda och att balansera konkurrerande behov. Omvårdnadspersonalens erfarenheter sågs som en önskan att göra det bästa för patienten i vården och försöka att lindra deras lidande och öka deras livskvalitet. När de inte hade resurser, möjligheter eller förmåga att göra detta, orsakade det påfrestningar (Edberg m.fl. 2008).

Omvårdnadspersonal som arbetade med utåtagerande personer med demenssjukdom och som blivit utsatta för verbalt och psykiskt våld upplevde många olika känslor. Dessa kunde vara ilska, sorg, frustration, rädsla, apati, hjälplöshet och egen skuld (Gates m.fl. 1999).

Omvårdnadspersonal som ansåg att personer med demenssjukdom var medvetet utåtagerande var mindre benägna att uttrycka positiva känslor när de skulle hjälpa dem, än de som uppfattade beteendet som oavsiktligt (Todd & Watts 2005). Det icke avsiktliga beteendet hos personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende gav sällan upphov till fysiska skador, omvårdnadspersonalen accepterade oftast beteendet och tog det som ”en del av jobbet” (Gates m.fl. 1999).

Många som arbetade inom vården upplevde de utåtagerandes beteende som avsiktligt.

Beteenden som omvårdnadspersonalen tyckte var svårast att hantera var när personer med demenssjukdom var aggressiva, fientliga, hade liten kontroll över sitt svåra beteende, var envisa och avsiktligt svåra och oförutsägbara (Brodaty m.fl. 2003).

Problembeteenden som inträffade vid demenssjukdom kunde ha stor inverkan på omvårdnadspersonalen. Kvinnlig omvårdnadspersonal upplevde störande och depressiva

beteenden mer påfrestande jämfört med manlig omvårdnadspersonal, även om båda könen rapporterade samma frekvens av problembeteenden (Robinson m.fl. 2001).

Problemformulering

Utåtagerande beteende förekommer hos personer med demenssjukdom och kräver stort engagemang av omvårdnadspersonalen. Arbetet kunde vara både mentalt och fysiskt krävande (Lundell & Svenson 2003). Att intervjua omvårdnadspersonal kan vara ett sätt att identifiera deras upplevelser av mötet med utåtagerande personer med demenssjukdom, och få deras beskrivning av bemötandets betydelse. Resultatet skulle kunna ge omvårdnadspersonalen möjlighet att reflektera över sina egna och andras känslor i besvärliga omvårdnadssituationer, vilket kan leda till att omvårdnadspersonalen inte känner sig så utelämnade därför att andra också upplever situationen på liknande sätt. Omvårdnadspersonal kan även ta del av andras beskrivning på olika sätt att förhålla sig till personer med utåtagerande beteende, vilket kan bidra till att vården blir mer personligt anpassad. Författarna till föreliggande studie har inte funnit mycket vetenskaplig forskning runt omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende, därför kan det vara av värde att ytterligare studier görs. Trots att det redan finns en hel del forskat kring omvårdnadspersonalens beskrivning av olika förhållningssätt så skulle det vara av intresse att undersöka om andra förhållningssätt förekommer.

Syfte

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende samt att belysa betydelsen av omvårdnadspersonalens bemötande.

I detta examensarbete valdes att göra en distinktion mellan mötet och bemötandet. Mötet definieras till: Träffa, råka, stöta ihop med och bemötande definieras utifrån omvårdnadspersonalens förhållningssätt, sättet att förhålla sig till personer med demenssjukdom.

Frågeställningar

Hur beskriver omvårdnadspersonalen sin upplevelse av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende?

Hur beskriver omvårdnadspersonalen betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende?

METOD

Design

Studien har en beskrivande design med en kvalitativ ansats (Polit & Beck 2008).

Urval och undersökningsgrupp

Författarna använde sig av ”purposive sampling”, det vill säga en undersökningsmetod där forskarna väljer ut deltagare i vetskap om vilka som ger bäst information (Polit & Beck 2008).

Inklusionskriteriet för denna studie var att omvårdnadspersonalen hade arbetat inom äldreomsorgen i minst 2 år. Omvårdnadspersonalen på äldreboenden möter ofta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende och bedömdes därför av författarna som lämpliga att medverka i studien. För att få variation och spridning valde författarna att intervjua 16 omvårdnadspersonal som arbetade med personer med demenssjukdom från 4 olika äldreboenden i Mellansverige. Omvårdnadspersonalen som anmälde intresse att delta i intervjustudien fullföljde intervjuerna, inget bortfall förekom. Vid eventuellt bortfall hade ytterligare omvårdnadspersonal tillfrågats tills 16 personer hade tackat ja.

Undersökningsgruppen bestod av 1 man och 15 kvinnor. Den yngsta deltagaren var 26 år och den äldsta 60 år. Antal arbetade år var som lägst 7 år och som högst 38 år. Alla deltagare hade gått omvårdnads/undersköterskeutbildning.

Datainsamlingsmetod

Författarna valde att samla in data genom semistrukturerade intervjuer. Frågeformuläret som författarna själva hade utformat bestod av tolv frågor varav de fyra inledande frågorna handlade om informanternas ålder, hur länge de arbetat inom äldreomsorgen samt utbildning. De övriga frågorna var öppna frågor där följdfrågor förekom. Omvårdnadspersonalen fick fritt berätta om sina upplevelser av mötet med utåtagerande personer med demenssjukdom och betydelsen av bemötandet. Frågeområdena behandlade även situationer som omvårdnadspersonalen hade varit med om när det fungerat bra respektive mindre bra i omvårdnadssituationer med utåtagerande personer med demenssjukdom. En provintervju gjordes för att testa om svaren var relevanta för att besvara frågeställningarna. Författarna ansåg att frågorna var relevanta. Provintervjun inkluderades inte i studien eftersom intervjupersonen var känd av författarna. Intervjuerna genomfördes av författarna under våren 2010.

Tillvägagångssätt

Tillstånd att genomföra studien inhämtades från verksamhetschefen i den kommun där intervjuerna genomfördes. Telefonkontakt togs med enhetscheferna på de berörda äldreboendena. Efter att tillstånd erhållits skickades skriftlig information ut till de två enhetscheferna där syftet med studien och inklusionskriterierna var beskrivna. De två enhetscheferna gick sedan ut med information om studien till sammanlagt 42 omvårdnadspersonal på arbetsplatsträffar och intresseförfrågan om att delta gjordes. Omvårdnadspersonalen som tillfrågades arbetade på boenden där demenssjukdomar förekom. Omvårdnadspersonal som var intresserad av att delta i studien tog kontakt med respektive enhetschef och enhetscheferna bedömde utifrån inklusionskriterierna vilka som fick delta. Sammanlagt lämnade 18 omvårdnadspersonal in intresseanmälan att delta. Men två uppfyllde inte inklusionskriterierna och uteslöts därför. Ingen av deltagarna valdes ut av författarna. Enhetscheferna meddelade namn och telefonnummer till författarna på dem som ville delta. Författarna tog telefonkontakt med omvårdnadspersonalen som var villiga att delta i studien och tid och plats för intervjun bokades. Erbjudande gavs om att i förväg få vetskap om vad intervjufrågorna övergripande handlade om. Alla tackade ja till erbjudandet och dokumentet skickades via brev eller e-mail. Samtliga intervjuer genomfördes i ett avskilt rum för att undvika störande moment, intervjuerna genomfördes under arbetstid på respektive äldreboende. Intervjuerna tog mellan 20 och 35 minuter per deltagare och spelades in på band. Materialet har förvarats inlåst och intervjuerna kommer att spelas över när studien är avslutad.

Arbetet har delats upp på följande sätt: Författarna intervjuade varannan informant i den ordningsföljd de var bokade. Båda författarna var närvarade vid alla intervjuer. En intervjuade, den andre observerade. När intervjuerna var genomförda transkriberades de ordagrant av respektive författare som genomförde intervjun. När transkriberingen var avslutad drog författarna lott om vem som skulle analysera materialet utifrån omvårdnadspersonalens upplevelser av mötet med personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende (KE). Den andre författaren fokuserade på betydelsen av omvårdnadspersonalens bemötande i vården av personer med demenssjukdom (EA).

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys enligt (Graneheim & Lundman, 2004) har valts som metod för bearbetning av insamlad data. Det innebär att meningsbärande enheter kondenserades, koder och kategorier formulerades. Meningsbärande enheter beskrivs enligt Graneheim och Lundman (2004) av att det utgör en text som hör ihop genom sitt sammanhang och innehåll. Vidare kondenserades de meningsbärande enheterna. Kondensering är en process som gör texten kortare och mer lätthanterlig samtidigt som inget väsentligt försvinner. Den kondenserade texten kodades och subkategorier och kategorier formulerades. Sammanlagt i studien framkom 22 subkategorier och 7 kategorier, 3 kategorier behandlar upplevelserna av mötet och 4 kategorier behandlar betydelsen av bemötandet. En kategori utgörs av ett flertal koder med likvärdigt innehåll. En kod är en kortfattad beskrivning av en meningsbärande enhets innehåll. Exempel på bearbetning av meningsbärande enheter se tabell 1. Respektive författarna lyssnade på sina genomförda intervjuer, och skrev sedan ut dem ordagrant. Författarna läste samtliga intervjuer och fokuserade på den frågeställning som tillfallit respektive författare genom lottning. Detta innebar att respektive författare kondenserade de meningsbärande enheterna på sina genomförda intervjuer. Koder, subkategorier och kategorier formulerades gemensamt. Författarna har tillsammans med handledare diskuterat igenom materialet stegvis från de meningsbärande enheterna till kategorierna, vilket ökar tillförlitligheten i resultatet. Citat från intervjuerna skrevs för att ge läsaren möjligheten att bedöma giltigheten. Urval, deltagare, datainsamlingsmetod och analys beskrivs för att bedömning av överförbarheten till andra grupper och situationer skall kunna göras (Granskär & Höglund- Nilsen 2008).

Tabell 1. Exempel på bearbetning av meningsbärande enheter

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Ja, så lite, så lite ord som möjligt liksom att bara eh, ja hur ska jag säga. Nu ska jag följa dej till doktorn, alltså då komma in precis när vi ska gå. Att man inte går in före och säger att klockan 10 kommer jag för då ska vi gå till doktorn eller så. Det går ju inte, utan ja, man tar det just när det är. Och inte surrar för mycket liksom. Lite, ja, ja,	Så lite ord som möjligt. Att nu ska jag följa dig till doktorn, komma in precis när vi ska gå. Att man inte går före och säger att klockan 10 kommer jag för då ska vi gå till doktorn. Det går ju inte, utan man tar det just när det är. Och inte surrar för mycket	Få ord. Komma in just när det ska ske.	Korta kommandon	Att vara tydlig
Nä, men idag är man ju tryggare i sig själv liksom och ja man vet ju på ett ungefär . Man är ju säkrare idag. Så att det är ju mycket lättare det är ju mera vardagsmat .	Idag är man ju tryggare i sig själv och man vet ju på ett ungefär . Man är ju säkrare idag, det är ju mycket lättare.	Tryggare i sig själv och känner sig säkrare	Trygghet	Att vara trygg
Att försöka få honom på andra tankar, det är inte alltid det fungerar men ibland gör det de. Försöka få med mej honom till TV:n eller sätta sig och titta i album eller någonting. Ja. Ett bra ord. (skratt) Få honom att komma på andra tankar. Det har ju lyckats någon gång, då blir man glad	Att försöka få honom på andra tankar, det är inte alltid det fungerar men ibland gör det de. Försöka få med mej honom till TV:n eller sätta sig och titta i album. Få honom att komma på andra tankar. Det har ju lyckats någon gång, då blir man glad.	Få den demenssjuke på andra tankar. Glädje när man lyckas.	Glädje	Att känna en utmaning

Forskningsetiska överväganden

Vid denna typ av studie krävdes inget forskningsetiskt tillstånd eftersom deltagarna är omvårdnadspersonal, och inte har något beroendeförhållande till författarna. Tillstånd av verksamhetschef och enhetschefer för att genomföra studien införskaffades.

Informationsbrevet som enhetschefer och omvårdnadspersonal fick ta del av innehöll tydlig information om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt och kunde när som helst avbrytas utan närmare motivering. För att skydda deltagarna från att bli identifierade behandlades intervjumaterialet konfidentiellt och förvarades inlåst. Kontaktuppgifter till författarna fanns med i informationsbrevet om behov av mer information uppstod. Intervjupersonerna hade inte anställning inom samma kommun som författarna.

RESULTAT

Resultatet redovisas i löpande text utifrån två ämnesområden. Det första var; **omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende.** Detta presenteras utifrån tre kategorier och dessa var; *att vara osäker, att känna en utmaning och att vara trygg.* Det andra ämnesområdet var; **omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende.** Detta presenteras utifrån fyra kategorier och dessa var; *att vara tydlig, att vara lugn, att vara erfaren och att vara accepterad.* Citat från intervjuerna användes som exempel under varje kategori. Parentesen efter varje citat visar från vilken intervju citatet är taget.

Omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende

I analysen av omvårdnadspersonalens upplevelser av mötet framkom 3 kategorier och 11 subkategorier. Se tabell 2.

Tabell 2. Kategorier och subkategorier som behandlar omvårdnadspersonalens upplevelser av mötet med personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende.

Subkategori	Kategori
Misslyckande Blev ställd Oerfaren Rädd	Att vara osäker
Spännande Roligt Kreativ	Att känna en utmaning
Förutseende Inte utelämnad Närvarande Skön känsla	Att vara trygg

Att vara osäker

I kategorin att vara osäker ingår subkategorierna: misslyckande, blev ställd, oerfaren och rädd.

Misslyckande

Omvårdnadspersonalen upplevde det som ett *misslyckande* när de i mötet med den utåtagerande personen med demenssjukdom inte fungerade att avleda genom t.ex. kommunikation eller handlande. Trots att de på olika sätt försökte få dem lugna gick det inte. Personalen upplevde frustration när de inte hade något mer att ge och när ingenting hjälpte, när alla försök att lugna inte gav resultat.

"... man kan känna att man blir för arg eller frustrerad själv eller att man har inget mer att ge". (I 7)

Blev ställd

Omvårdnadspersonalen upplevde att de *blev ställda* när de inte kunde förklara för personer med demenssjukdom med utåtagerande beteende vad som skulle göras, och detta blev ännu svårare när personen hade nedsatt hörsel eller afasi. Omvårdnadspersonalen uttryckte att om de var okoncentrerade i mötet fungerade det sämre därför att de inte kunde fokusera. När personer med demenssjukdom uppträdde utåtagerande upplevde omvårdnadspersonalen ofta sig hjälplösa och ställda och visste inte hur de ska agera i de utsatta situationerna. Många

gångar kände sig omvårdnadspersonalen rådvill och utelämnade när de var ensamma med en utåtagerande person och inte hade någon annan att råd göra med. När en person med demenssjukdom plötsligt blev utåtagerande kände omvårdnadspersonalen att de inte visste vad de skulle göra, de skulle agera snabbt men kunde inte tänka klart. Sådana situationer slutade ofta med att de upplevde beslutsångest.

”... ibland kan det ju vara sådant som spelar in att man kanske inte har den där rätta koncentrationen liksom...”. (I 11)

”Ja man visste inte vad man skulle göra om man säger så”. (I 7)

Oerfaren

Omvårdnadspersonalen kunde känna sig *oerfaren* de första gångerna i mötet med utåtagerande personer med demenssjukdom därför att de inte hade konfronterats med dem tidigare. Omvårdnadspersonalen uttryckte även att utbildningarna de hade deltagit i inte behandlade sjukdomen demens i tillräcklig grad. När en person med demenssjukdom i någon speciell situation uppträdde opassande kunde det leda till att omvårdnadspersonalen ibland skämdes för den demenssjuke. Det var när människor runt om kring inte kände till att personen var sjuk.

”... han ville inte äta så. Jag tror nästan att man har förträngt de, man var så oerfaren då. Ja i alla fall då det gäller dementa”. (I 6)

Rädd

Omvårdnadspersonalen upplevde att en person med demenssjukdom som var utåtagerande kändes stor och skrämmande. Personen kunde i själva verket vara lika lång som dem, men rädslan gjorde att omvårdnadspersonalen kände sig liten och upplevde den arga personen större än vad han egentligen var. De blev också *rädda* och tyckte att det var otäckt när en person kastade saker, när det inte gick att vända ryggen till utan att bli attackerad.

Omvårdnadspersonalen uttryckte även att de inte bör visa sin rädsla eller backa, för då upplevde de att de hamnar i underläge gentemot den demenssjuke. Den demenssjuke fick då övertaget och risken fanns att bli slagen. När omvårdnadspersonalen hade anledning att gå in

till ett rum där de visste att en person med utåtagerande beteende vistades, tyckte de ofta att det kändes gruvsamt. Känslan av att inte veta vad som väntade var värst.

”... man får ju aldrig backa, man är tvungen för visar man sig rädd är man i underläge på en gång...”. (I 10)

”Det var nästan lite otäckt måste jag säga, man vart nästan lite rädd...”. (I 6)

Att känna en utmaning

I kategorin att känna en utmaning ingår subkategorin: spännande, roligt och kreativ.

Spännande

I mötet med personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende upplevdes ibland av omvårdnadspersonalen att ju mer besvärlig situationen var ju mer *spännande* och utmanande var den. En utmaning var att få den utåtagerande att må bra igen. Omvårdnadspersonalen upplevde sitt arbete som intressant och variationsrikt.

”... då är det lite det här med utmaningen jamen hur får jag den här personen att må bra mitt i hela kaoset...”. (I 13)

Roligt

Mötet med en person med demenssjukdom och utåtagerande beteende kunde ibland upplevas som *roligt* av omvårdnadspersonalen trots att situationen var besvärlig. Det var spännande att komma underfund med en hur en människa fungerar.

”... ju besvärligare det är desto roligare är det...”. (I 13)

Kreativ

Omvårdnadspersonalen sa att förmågan att kunna vara flexibel var viktigt i mötet med personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende. Omvårdnadspersonalen anpassade sig till situationen och gjorde saker senare om det inte fungerade just då.

Omvårdnadspersonalen ansåg att vara *kreativ* var en förutsättning i mötet med utåtagerande personer med demenssjukdom, den demenssjuke personen förstod lättare när de visade genom

att agera vad som skulle göras. Ju mer erfarenhet omvårdnadspersonalen hade ju mer kreativ blev de i mötet. Omvårdnadspersonalen upplevde det jobbigt och blev trötta av att anpassa sig i vården när de demenssjuka var i olika stadier av sjukdomen. De upplevde även att det var tungt och krävande när det var stora avdelningar, detta innebar att möta personer med många olika beteenden och de upplevde att de fick ställa om sig beroende på situation. När den demenssjuke blev utåtagerande förstod omvårdnadspersonalen att de inte mådde bra och detta upplevdes som psykiskt påfrestande.

"... går det inte att tvätta någon strunta i det, gör det senare". (I 10)

"Då lärer jag hoppa in i duschen också". (I 11)

Att vara trygg

I kategorin att vara trygg ingår subkategorierna: Förutseende, inte utelämnad, närvarande och skön känsla.

Förutseende

Omvårdnadspersonal som hade erfarenhet kände att de kunde *förutse* vad som skulle hända genom att läsa av personen med demenssjukdom, de kunde se på kroppsrörelserna om personen var arg eller inte. Om omvårdnadspersonalen i förväg visste att personen kunde bli utåtagerande kände de sig mer förberedda i mötet.

"... man har lite mer erfarenhet och kan läsa av personen på ett annat sätt". (I 15)

Inte utelämnad

Omvårdnadspersonalen kände trygghet och att de *inte* var *utelämnade* när de hade arbetskamrater runt sig. Mer erfarenhet hos omvårdnadspersonalen gav ökad trygghet i mötet med en person med demenssjukdom och utåtagerande beteende, och de upplevde inte rädsla i lika stor utsträckning.

"... jag är ju inte lika rädd idag heller som jag var...". (I 5)

Närvarande

Omvårdnadspersonalen tyckte att mötet med utåtagerande fungerade bra om de i början bara fanns till hands och var *närvarande*. För att göra en demenssjuk person lugn hjälpte det ibland att ligga bredvid dem och bara vara nära.

” ... jag tänkte att jag lägger mig bredvid honom och mekar... ”. (I 8)

” ... att man bara finns där ”. (I 12)

Skön känsla

Omvårdnadspersonalen upplevde en *skön känsla* när de i mötet med en utåtagerande person med demenssjukdom lyckades avstyra ett bråk t.ex. genom att avleda personen på något sätt. Omvårdnadspersonalen kände även tillfredställelse när deras påhittighet och lirande gav resultat, och de lyckades klä av och få den utåtagerande personen att lägga sig.

”... det kändes skönt när jag åkte hem den dagen, att man hade lyckats avstyra ett bråk ”. (I 6)

”Man mår ju förbaskat bra när man får dem i säng, man gör ju de ”. (I 13)

Omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende

I analysen av omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende framkom 4 kategorier och 11 subkategorier. Se tabell 3.

Tabell 3. Kategorier och subkategorier som behandlar omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende.

Subkategori	Kategori
Synliggöra Kortfattad Registrera Bemöta individuellt	Att vara tydlig
Inte forcera Avvakta Lugn miljö	Att vara lugn
Kunskap	Att vara erfaren
Uppskattad Förtroende Fantasifull	Att vara accepterad

Att vara tydlig

I kategorin att vara tydlig ingår subkategorierna: synliggöra, kortfattad, registrera och bemöta individuellt

Synliggöra

Omvårdnadspersonalen tog upp betydelsen av att se personen för den han är, att *synliggöra* den demenssjuke. Att kunna sitta ner och samtala i lugn och ro. Individuellt bemötande genom att se och beröra. Vid informationsgivning till en utåtagerande person med demenssjukdom fick de ta det lugnt och prata tydligt. Försöka få dem att förstå vad de skulle göra. Omvårdnadspersonalen beskrev vidare att det var svårt om de även hade kommunikativa problem, som t.ex. nedsatt hörsel eller dålig syn. Det blev då svårt att förklara vad som skulle göras. Omvårdnadspersonalen försökte visa så att de förstod, genom gester och miner.

”Man måste se till att de är uppmärksam på en annan. Man får ta det lugnt och prata tydligt. Försöka få dem att förstå”. (I 3)

Kortfattad

Omvårdnadspersonalen använde korta meningar och direktiv i bemötandet av personer med demenssjukdom som var utåtagerande, och att en i taget pratade. Omvårdnadspersonalen agerade olika beroende på situation och person. Omvårdnadspersonalen beskrev vidare att

inte ta upp många saker på en gång utan ta en sak i taget. Att ha ögonkontakt, informera, vänta in och visa med föremål om vad som skulle hända var viktigt. Vid information påtalade omvårdnadspersonalen att de använde så få ord som möjligt och var *kortfattade* i sina formuleringar. Informationen gavs precis när det skulle ske. Samtalet skulle inte innehålla oväsentligheter som inte hade med informationen att göra.

"... korta, inte långa meningar utan det är ju korta direktiv och visa ibland...". (I 12)

Registrera

Omvårdnadspersonalen menade att *registrera* och läsa av hade stor betydelse i bemötandet av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende. De kunde uppmärksamma genom att se på ögonen om de var på väg att bli utåtagerande. De lärde sig den demenssjukes "språk" och hur olika beteenden skulle tolkas. Att först bygga upp ett förtroende och försöka få kontakt, och att ha ögonkontakt med den demenssjuke var viktigt. Beskriver det som skall göras lugnt och tydligt och försöker förklara tills omvårdnadspersonalen förstår att det förstått.

"... att det är lugnt omkring och att man får ögonkontakt". (I 14)

"... man ser att nu är det snart dags liksom va". (I 7)

Bemöta individuellt

Omvårdnadspersonalen hade olika förhållningssätt beroende på vilken person de mötte, det berodde mycket på dagsformen hos den demenssjuke. En del måste de ju "gulla" med, och *bemöta individuellt*.

"Det är ingen som man kan förhålla sig likadant till av de...". (I 15)

Att vara lugn

I kategorin att vara lugn ingår subkategorierna: inte forcera, avvakta och miljö

Inte forcera

Omvårdnadspersonalen uttryckte att i bemötandet av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende var det viktigt att försöka behålla lugnet, prata lugnt med dem och tala om vad som skulle göras och inte jaga upp sig. Att ta det lugnt i omvårdnadssituationer och att sitta ned med dem, att det fick ta den tid det tog. Att *inte forcera* var också viktigt för att de inte skulle bli stressade och utåtagerande.

"... att man försöker behålla lugnet kanske. Och inte jagar upp sig". (I 5)

"Ja man måste ju vara lugn. Och att det får ta den tid det tar". (I 12)

Avvakta

Omvårdnadspersonalen beskrev att vänta ut de utåtagerande personerna med demenssjukdom och att *avvakta* var ett sätt att bemöta dem. Ibland gick det inte att avleda dem just här och nu, utan de fick vänta ut dem och försöka igen. Att byta av varandra som omvårdnadspersonal gjorde att det kunde gå lättare. Omvårdnadspersonalen beskrev också att om de höll sig på avstånd och backade och lät dem vara ifred kunde den utåtagerande personen med demenssjukdom lugna ner sig. Omvårdnadspersonalen beskrev vidare att en del av personerna med demenssjukdom och utåtagerande beteende var svårnådda. De ville sitta själva och det var bara att gå ut och vänta. Omvårdnadspersonalen kunde ibland inte hjälpa dem genom att prata eller hålla om dem. De kände även att det var onödigt att gå in i konfrontation med de utåtagerande personerna med demenssjukdom. Det var bättre att låta dem vara och hålla på med sitt, och att de höll sig i närheten eller i bakgrunden. Det fungerade ofta att sitta bredvid dem och vara tyst, det kunde räcka för att få personen att bli lugn. Att vänta ut dem tills den hade lugnat ned sig, och att ha tålamod och inte ingripa för tidigt ansåg omvårdnadspersonalen vara viktigt.

"... går de inte med på det så avvaktar man ett tag och försöker igen". (I 16)

”... det var nästan bara och backa litegrann och låta han vara ifred liksom”. (I 7)

Lugn miljö

Omvårdnadspersonalen upplevde att små enheter var bäst, miljön blev då lugnare och tystare och det fanns inte så många olika personer som kunde störa. Omvårdnadspersonalen tyckte även att det fungerade bra i bemötandet med personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende när de var ensamma med dem och hade ögonkontakt, detta gällde särskilt vid olika omvårdnads situationer. Många av omvårdnadspersonalen framförde att en *lugn miljö* och ett lugnt bemötande var det viktigaste i vården av personer med demenssjukdom.

”... bra om det inte är för stora grupper är det väl också”. (I 11)

Att vara erfaren

I kategorin att vara erfaren ingår subkategorin: kunskap.

Kunskap

Omvårdnadspersonalen beskrev att mer *kunskap* och erfarenhet gjorde det lättare i bemötandet och de kunde hantera olika situationer bättre i omvårdnadsarbetet med personer som hade demenssjukdom och utåtagerande beteende, de förstod varför de demenssjuka betedde sig som de gjorde. Att ha en levnadsberättelse gjorde det lättare att kommunicera med den demenssjuke, då hade de något gemensamt att tala om och det kunde få den utåtagerande personen på andra tankar.

”Idag vet jag ju mer vad det handlar om, de är ju inte aggressiv för att det är arg på mig eller någon. Utan de är ju sjuka...”. (I 6)

”... man kan prata om det som finns i deras huvuden men som de inte kan riktigt få struktur på”. (I 14)

Att vara accepterad

I Kategorin att vara accepterad ingår subkategorin: uppskattad, förtroende och fantasifull.

Uppskattad

Om omvårdnadspersonalen var som de brukade och inte gjorde sig till, upplevde de att de accepterades lättare av personen med demenssjukdom och utåtagerande beteende. En sak som fungerade var att göra sig *uppskattad* av den demenssjuke personen genom att t.ex. bjuda på något att äta som de tyckte om.

"... nu har jag kokat kräm åt dej, då tvärvände hon och sa: men va du är snäll...". (I 16)

Förtroende

Omvårdnadspersonalen upplevde att först bygga upp ett *förtroende* och försöka få kontakt var viktigt i bemötandet av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende, i dessa situationer prioriterades lugnet och att ha ögonkontakt. För att bli respekterad som omvårdnadspersonal av den demenssjuke, var det viktigt att bemöta personen för den han var och inte behandla alla lika.

"Man kan ju inte dra alla över en och samma kam heller".(I 13)

Fantasifull

Omvårdnadspersonalen upplevde att gå in och avbryta och leda in personerna med demenssjukdom och utåtagerande på något annat ofta fungerade. Att vara *fantasifull* gav ofta framgång och det gavs förslag på saker som ofta fungerade som t.ex. att ta sig tid och titta i album, ta en promenad utomhus eller att ta en kopp kaffe.

"Att man bara bryter av...". (I 7)

"Att man plockar fram en tidning eller ett album eller något att titta i och börjar prata".(I 14)

DISKUSSION

Huvudresultat

Syftet med studien var att beskriva omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende samt att belysa betydelsen av omvårdnadspersonalens bemötande. Resultatet är uppdelat utifrån två innehållsområden. Det första är; *omvårdnadspersonalens upplevelser av att möta personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende* och detta presenteras utifrån tre kategorier och elva subkategorier som behandlar mötet. Kategorin *att vara osäker* beskriver att omvårdnadspersonalen kunde känna sig oerfaren och rädd. De kändes som ett misslyckande när de i mötet inte fungerade att avleda och de kunde många gånger känna sig ställda. *Att känna en utmaning* beskriver vikten av att vara kreativ och ju mer besvärlig situationen var ju mer spännande och roligt tyckte omvårdnadspersonalen att det var. *Att vara trygg* beskriver att erfarenhet gjorde att de blev mer förutseende eftersom de kunde läsa av den demenssjuke. Omvårdnadspersonalen kände trygghet och att de inte var utelämnade när de hade arbetskamrater runt sig. Att finnas till hands och vara närvarande fungerade ibland. En skön känsla upplevdes när de lyckades avstyra ett bråk genom att avleda den demenssjuke på något sätt. Det andra innehållsområdet var; *omvårdnadspersonalens beskrivning av betydelsen av bemötandet i vården av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende* och detta område presenteras utifrån fyra kategorier och elva subkategorier som behandlar betydelsen av bemötandet. Kategorin *att vara tydlig* beskriver betydelsen av att synliggöra den demenssjuke och se personen för den han är. Individuellt bemötande genom att se och beröra var betydelsefullt och att vara kortfattad och ta en sak i taget brukade fungera. Vidare framkom att registrera genom att se på ögonen om personen var på väg att bli utåtagerande hade betydelse. *Att vara lugn* genom att prata lugnt och inte forcera var viktigt. Omvårdnadspersonalen beskrev vidare att avvakta, hålla sig på avstånd och vänta ut dem genom att försöka senare fungerade ibland. *Att vara erfaren* beskriver vikten av att ha kunskap och det gjorde att de kunde hantera situationen bättre. *Att vara accepterad* beskriver att först bygga upp ett förtroende och inte göra sig till mot den demenssjuke gjorde att de accepterades lättare. Att vara fantasifull genom att hitta på olika förslag på aktiviteter gjorde att den demenssjuke kom på andra tankar.

Resultatdiskussion

I föreliggande studie framkom det att omvårdnadspersonalen tyckte att arbetet med att möta utåtagerande personer med demenssjukdom i omvårdnadsarbetet var både tröttande och jobbigt, och detta gällde särskilt när personerna var i olika stadier av sin demenssjukdom. I en studie som Ragneskog m.fl. (2001) genomfört framkom samma sak det vill säga att omvårdnadspersonalen upplevde det som ett problem och att det inte fungerade att ha personer med demenssjukdom och orienterade personer på samma enhet, de oroliga demenssjuka personerna gjorde att de som inte var demenssjuka också blev oroliga. I studien som Visser m.fl. (2008) genomförde för att utvärdera effekten av ett utbildningsprogram framkom det att utbildningen inte hade någon positiv effekt för omvårdnadspersonalen vad gäller att hjälpa personalen att bättre hantera de demenssjukas beteende.

Omvårdnadspersonalen kände fortfarande arbetet som jobbigt och risk för utbrändhet förelåg. I en svensk studie av Skovdal (2004) beskrev omvårdnadspersonalen som inte upplevde patienters aggressivitet som ett problem, att det var krävande men att det kunde vara en naturlig reaktion för den demenssjuke personen att uttrycka sitt missnöje.

I föreliggande studie framkom att omvårdnadspersonalen som hade erfarenhet av att vårda demenssjuka kunde bättre förutse vad som skulle hända genom att läsa av den utåtagerande demenssjuke personen. Omvårdnadspersonalen kunde se på personen om de var arga eller inte. Filosofen Lévinas (1969) påtalar vikten av att fokusera på ”ansikte mot ansikte” relationen med andra. Han understryker även att mötet är ett väsentligt och ursprungligt ögonblick. Chunningham och McWilliam (2006) påtalade att det var viktigt att närma sig den demenssjuke personen framifrån och få ögonkontakt.

När de utåtagerande personerna med demenssjukdom kastade saker omkring sig upplevde omvårdnadspersonalen i föreliggande studie att de kändes stora och skrämmande, detta resulterade i att de blev rädda. När de var ensamma med en utåtagerande person kunde de även känna sig utelämnade. Åström m.fl. (2004) beskrev att känslomässiga reaktioner hos omvårdnadspersonal som utsatts för våld på äldreboenden förekom. De beskrev vidare att omvårdnadspersonalen kände maktlöshet, förolämpning och rädsla, men också att de upplevde att den utåtagerande gjorde det med avsikt. Situationerna diskuterades ofta med arbetskamraterna. I föreliggande studie påtalade personalen att stödet från arbetskamraterna var viktigt, och en förutsättning för att orka med arbetet. Ingen av de intervjuade i

omvårdnadspersonalen påtalade att de kände att det utåtagerande beteendet var avsiktligt. I studien som Åström m.fl. (2004) gjort framkom att omvårdnadspersonalen upplevde att det utåtagerande beteendet var avsiktligt.

I föreliggande studie framkom att när en person med demenssjukdom och utåtagerande beteende blev lugna på grund av att omvårdnadspersonalen använt sig av något ”knep” för att avleda, då kände de tillfredsställelse eftersom de lyckats i sitt agerande. En studie av Moniz-Cook, Woods och Gardiner (2000) som gjorts för att undersöka hur omvårdnadspersonalen hanterade arbetet med personer med utmanande beteende visade att de kunde känna ångest och att de hade dåligt stöd av sina medarbetare. Däremot kände de inte av stress eller utbrändhet. De upplevde att de hade tillräcklig utbildning, och de kände tillfredsställelse i sitt arbete. Två studier av Skovdahl m.fl. (2003a), Skovdahl (2004) och även föreliggande studie påvisade att omvårdnadspersonalen känner stöd och trygghet i sina arbetskamrater. Detta påvisas dock inte i studien som Moniz-Cock m.fl. (2000) genomfört. Att omvårdnadspersonalen kände tillfredsställelse i sitt arbete framkom i samtliga av dessa studier Moniz-Cock m.fl.(2000), Skovdahl m.fl.(2003a), Skovdahl (2004). I föreliggande studie upplevde omvårdnadspersonalen att ju mer besvärlig situationen var, ju mer spännande och utmanande var den. En studie av Chang m.fl.(2009) beskrev att ta hand om personer med avancerad demenssjukdom som bor i äldreomsorgen var en utmaning för omvårdnadspersonalen. För att klara den utmaningen var kunskap och färdigheter i den direkta vården och kunskap om demens som en störning viktigt. Kari Martinsen tar i sin teori upp att relationen som uppstår när två människor möts grundar sig på solidaritet, ömsesidighet och gemenskap. Omsorgen kan lättare förmedlas om gemensamma erfarenheter finns och förståelsen för varandra blir då bättre. Tack vare tidigare erfarenheter kan omvårdnadspersonalen ha förståelse för patienten (Kirkevold 2000).

I föreliggande studie beskrev omvårdnadspersonalen att de kunde känna sig oerfarna första gången de mötte en person med demenssjukdom med utåtagerande beteende därför att de inte hade konfronterats med dem tidigare. Omvårdnadspersonalen uttryckte även att utbildningarna de hade deltagit i inte behandlade sjukdomen demens tillräckligt. Martinsen tar i sin omsorgsteori upp värdet av att kunna handla på ett adekvat sätt i olika situationer, hon betonar även betydelsen av omdöme som utvecklas genom erfarenhet (Kirkevold 2000).

Att läsa av och registrera den utåtagerande personen genom att ha ögonkontakt och kunna tolka olika beteenden framkom i föreliggande studie som viktigt för omvårdnadspersonalen. I studien av Olsson och Hallberg (1998) framhöll omvårdnadspersonalen att en helhetssyn och förhållandet mellan den demenssjuke och omvårdnadspersonalen var det centrala för att få bra kvalitet på vården. Att inrikta sig på vad som främjar respektive hindrar detta förhållande för att uppnå förbättring framhölls som viktigt och även för att förbättra kvaliteten på arbetsmiljön.

I resultatet i föreliggande studie framkom det att omvårdnadspersonalen beskrev betydelsen av att synliggöra och att se personen för den han är. Att kunna sitta ned i lugn och ro och att bemöta dem individuellt genom att se och beröra. I två studier (Hawranlik m.fl. 2008, Gregory & Verdouw 2005) påtalades det att terapeutisk beröring kunde hantera det agiterade beteendet hos personer med demenssjukdom och även att terapeutisk beröring gav mindre oro och mindre utåtagerande beteende hos de demenssjuka personerna. I en studie av Hoeffler (1997) framkom vikten av att använda ett individuellt personfokuserat förhållningssätt för att undvika att den demenssjuke blev aggressiv. I föreliggande studie beskrev omvårdnadspersonalen att avvakta och försöka igen var ett sätt att förhålla sig till personerna med demenssjukdom och utåtagerande beteende. Även i Kari Martinsen omsorgsteori Kirkevold (2000) tas det upp att gemenskapen människor emellan sätts i centrum. Beroendet mellan människor växer vid ohälsa och sjukdom, människor kan inte leva helt isolerade från varandra. Vardagen som vi delar med varandra påvisar att vi har något gemensamt (Kirkevold 2000). Turner (2005) påtalade i sin studie att det var viktigt i omvårdnadssituationen att patientens livssituation var det centrala. När omvårdnadspersonalen gavs utbildning sattes människan i centrum och deras förståelse för det utåtagerande beteendet hos den demenssjuke ökade. I föreliggande studie påtalades också, att för att bli respekterad som omvårdnadspersonal av den demenssjuke var det viktigt att inte behandla alla lika och bemöta personen för den han var.

Omvårdnadspersonalen i föreliggande studie upplevde att en del av personerna med demenssjukdom och utåtagerande beteende var svårnådda. De ville sitta själva och det var bara att gå ut och vänta. I en studie av Edberg m.fl. (2008) beskrev omvårdnadspersonalen svårigheterna när det gäller att vårda personer med demens och tre huvudsakliga begrepp kunde identifieras; att inte kunna nå, försöka skydda och att balansera konkurrerande behov.

Bubers (1994) filosofi är att människan fått friheten att förhålla sig till världen på två sätt: Som Jag till Det och som Jag till Du. I Duets värld uppenbarar sig ögonblick av mellanmännsliga relationer. I föreliggande studie påtalades värdet av att först bygga upp ett förtroende för omvårdnadspersonalen för den demenssjuke personen. Vidare framkom vikten av att göra sig uppskattad bland annat genom att vara sig själv inför demenssjuke personen hade framgång. I Lundell och Svenssons (2003) studie påtalades att introduktion och utbildning för nyanställda, och fortbildning var viktigt. Detta ledde till en lägre omsättning av omvårdnadspersonalen och ökade kontinuiteten, och resulterade i att de demenssjuka personerna fick förtroende för omvårdnadspersonalen och vårdens kvalitet ökade.

Att ta hand om personer med avancerad demens som bor i äldreomsorgen är en utmaning för omvårdnadspersonalen. De viktigaste områdena för att klara den utmaningen har beskrivits vara kunskap och färdigheter i den direkta vården, kunskap om demens som en störning, och kunskap om lindringen (Chang m.fl. 2009). I föreliggande studie framkom det att omvårdnadspersonalen upplevde att mer kunskap och erfarenhet gjorde det lättare i bemötandet av personer som hade demenssjukdom, och de kunde hantera olika situationer bättre i omvårdnadsarbetet. Skovdal (2004) beskriver att en förutsättning för att lyckas med bemötandet av aggressiviteten hos personer med demenssjukdom var att ha tillräcklig kunskap. I en studie (Nnatu & Shah 2009) påtalades vikten av att omvårdnadspersonal ges utbildning för att kunna minska aggressivt beteende hos patienter med demenssjukdom. I en svensk studie av Lundell och Svensson (2003) påtalades också att arbetet med demenssjuka krävde stort engagemang av omvårdnadspersonalen och att det var både fysiskt och mentalt påfrestande. Martinsen (Kirkevold 2000) betonar betydelsen av erfarenhetsbaserad kunskap. Hon använder sig även utav begreppet kompetens för att understryka att kunskap omfattar utövandet av färdigheter. Dessa färdigheter beskriver Martinsen vara; moraliska, teoretiska, manuella och relationella.

I föreliggande studie beskrevs det att ha en levnadsberättelse underlättade för omvårdnadspersonalen att kommunicera med den demenssjuke, de hade då något gemensamt att tala om och det kunde få den utåtagerande personen på andra tankar. En studie (Egan m.fl. 2007) visade att livshistorian påverkade så att omvårdnadspersonalen fick mer empati för patienten och det aggressiva beteendet minskade. Ytterligare en studie (Russell m.fl. 2009) påtalade att de demenssjuka vid tidig demensutveckling upplevde att omvårdnadspersonalen

förstod dem bättre om de hade en levnadsberättelse och de blev behandlade som unika individer.

I föreliggande studie påtalade omvårdnadspersonalen att små enheter var bra, miljön blev då lugnare och tystare och det fanns inte så många olika personer som kunde störa. Många av omvårdnadspersonalen framförde att en lugn miljö och ett lugnt bemötande var det viktigaste i vården av personer med demenssjukdom. I studien av Ragneskog m.fl. (2001) framkom det att det råder brist på enheter som utformats speciellt för vård av upprörda kognitivt störda patienter. I en studie (Remington, 2000) undersöktes det om olika stimuli från omgivningen kunde påverka utåtagerande beteende hos personer med demenssjukdom. Lugn musik, handmassage eller lugnande musik och handmassage samtidigt prövades. Både lugnande musik och handmassage hade lugnande effekt på de utåtagerande personerna. Kombinationen av lugnande musik och handmassage hade inte bättre effekt än metoderna var för sig.

Omvårdnadspersonalen i föreliggande studie upplevde att först bygga upp ett förtroende och försöka få kontakt var betydelsefullt i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende. Vidare påtalades i föreliggande studie vikten för omvårdnadspersonalen att ha ögonkontakt, informera, vänta in och visa med föremål om vad som skulle hända var viktigt. Vid information påtalade omvårdnadspersonalen att de använde så få ord som möjligt och korta kommandon. I en annan studie påtalades att det var en utmaning för omvårdnadspersonalen att kommunicera med personer med demenssjukdom, och speciella krav ställdes på dem. Det var viktigt att närma sig personen framifrån och få ögonkontakt och att tala högt i lugn takt (Chunningham & McWilliam 2006).

Omvårdnadspersonalen upplevde att gå in och avbryta ett beteende och leda in personen på något annat ofta fungerade i föreliggande studie. Att vara fantasifull gav ofta framgång och saker som ofta fungerade var t.ex. att ta sig tid och titta i album, ta en promenad utomhus eller att ta en kopp kaffe. Kirkevold och Engdal (2006) påpekade i sin studie att deltagande i fritidsaktiviteter ofta var försummat hos personer med demenssjukdom. Detta ledde till sämre livskvalitet och det hade samband med att den mentala funktionen försämrades och det utåtagerande beteendet förvärrades.

Metoddiskussion

Författarna valde att göra en intervjustudie med beskrivande design och kvalitativ ansats enligt Polit och Beck (2008) Genom intervjuer kan författarna få en utförlig beskrivning av personalens upplevelser av mötet och betydelsen av bemötandet av personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende (Polit & Beck 2008). Författarna bedömer att intervjuer var en bra metod för att få in data som behandlar personalens upplevelser av mötet och deras beskrivning av betydelsen av bemötandet. Författarna till föreliggande studie anser också att det insamlade materialet gav ett rikt utbud av erfarenheterna som omvårdnadspersonalen de hade. Intervjuerna varade mellan 20 och 35 minuter och analyserades med en kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (Granskär & Höglund-Nielsen 2008).

Graneheim och Lundman (2004) beskriver tre begrepp utifrån vilka alla studiers trovärdighet ska granskas. Dessa tre begrepp är giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Graneheim och Lundman beskriver begreppet giltighet i studien genom valet av deltagare, valet av datainsamlingsmetod som ger rätt mängd data för att svara på studiens syfte och bearbetningen av det insamlade materialet (Graneheim & Lundman 2004).

Författarna valde purposive sampling där deltagarna valdes ut från boenden där personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende vårdades vilket gjorde att omvårdnadspersonalen utifrån sina erfarenheter kunde berätta om sina upplevelser. Att omvårdnadspersonalen arbetade på olika boende och hade lång arbetslivserfarenhet bidrog till variation av erfarenhet och detta är en styrka i studien som ökar giltigheten "Credibility". En svaghet i denna studie kan vara att alla utom en var kvinnor. Ytterligare en svaghet kan ha varit att författarna hade erfarenhet av arbete med utåtagerande personer med demenssjukdom och följdfrågorna i intervjuerna kunde ha påverkat informanternas svar. Författarna kan genom sin förförståelse ha lett in informanterna på ett visst spår och påverkat deras svar.

Begreppet tillförlitlighet syftar på materialets stabilitet (Graneheim & Lundman 2004). Under analysens gång har författarna tillsammans med handledaren diskuterat igenom materialet stegvis från de meningsbärande enheterna till kategorierna. Båda författarna har läst samtliga intervjuer vilket ökar tillförlitligheten "Dependability". Tillförlitligheten i arbetet har styrkts genom att representativa citat finns med från de flesta intervjuer. Författarna kände inte

informerarna sen tidigare vilket kunde bidra till att de svarade ärligare. Detta bedömer författarna vara en av studiens styrkor.

Med begreppet överförbarhet "Transferability" menas att resultatet ska kunna överföras till andra grupper och sammanhang. Författaren kan ge förslag på hur det kan överföras men det är läsaren som beslutar om det är överförbart till andra sammanhang (Graneheim & Lundman 2004). För att underlätta överförbarheten i denna studie har författarna försökt göra en så tydlig beskrivning av tillvägagångssätt som möjligt genom att beskriva urvalsmetod, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och analysmetod.

Allmän diskussion

I föreliggande studie framkom att omvårdnadspersonalen i de flesta fall inte var rädda i mötet med en person med demenssjukdom och utåtagerande beteende. Någon kunde dock känna rädsla när personen kastade saker, och var de ensamma med personen kunde de även känna sig utelämnade. Att vara kreativ och flexibel gjorde att personalen lättare kunde hantera svåra situationer, om försöken att avleda misslyckades upplevde vissa av omvårdnadspersonalen att de blev besvikna men när de lyckades att få personen lugn upplevde de sig tillfredställda. Det kändes som en utmaning för omvårdnadspersonalen att få den utåtagerande att må bra igen och några sa att det var spännande och roligt och de kände att de lyckats när deras påhittighet gav resultat. Omvårdnadspersonalen beskriver vidare att vara tydlig genom ord och handling i bemötandet med en person med demenssjukdom och utåtagerande beteende var viktigt. Att förhålla sig olika beroende på vilken person de vårdade och att handla och känna in situationen genom att se personen för den han är. När det i en omvårdnadssituation inte gick att avleda brukade omvårdnadspersonalen avvakta och försöka igen. De tyckte även att det underlättade i bemötandet av utåtagerande personer när de använde sin kunskap och erfarenhet. Att avbryta genom att titta i album eller ta en promenad var saker som ofta lyckades, och att vara lugn och inte forcera i olika omvårdnadssituationer upplevdes som fördelaktigt. Att bygga upp ett förtroende gentemot den demenssjuke genom att vara sig själv gjorde att omvårdnadspersonalen lättare accepterades. Nyttan av studien kan vara att omvårdnadspersonal som arbetar med utåtagerande personer med demenssjukdom kan ta del av studien och få förslag på olika förhållningssätt vid bemötandet. För att känna en trygghet i sitt arbete även kunna ta del av andras upplevelser av mötet och därigenom känna

samhörighet. Utifrån resultatet i föreliggande studie skulle det vara av intresse att i framtiden undersöka anhörigas upplevelser av att vårda sina närstående som har en demenssjukdom.

Slutsats

Omvårdnadspersonalen kände sig osäkra när de konfronterades med personer med demenssjukdom när de var oerfarna men efter att de hade arbetat och fått erfarenhet så kände de sig tryggare. En utmaning för omvårdnadspersonalen var att få den utåtagerande personen att må bra igen. Att uttrycka sig tydligt i både språk och handling underlättade när omvårdnadspersonalen skulle hjälpa personer med demenssjukdom. Vara lugn och att ha ett personfokuserat förhållningssätt brukade vara framgångsrikt, även att bygga upp ett förtroende och göra sig uppskattad av den demenssjuke personen hade framgång. När omvårdnadspersonalen hade kunskap om demenssjukdom kände de sig mer säkra och hade mer förståelse för beteendet.

Referenslista

Apoteket AB, Stockholm (2009) Läkemedelsboken.

Brodaty H., Drapner B. & Low L.F. (2003) Nursing home staff attitudes towards residents with dementia, strain and satisfaction with work. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **44**, 583-590.

Buber M. (1994) *Jag och Du*. Dualis förlag AB, Ludvika.

Calkins M. (2002) Design a better bathroom: relaxing and Comforting. *Journal of dementia Care* **10**, 26-28.

Chang E., Daly J., Johnson A., Harrison K., Easterbrook S., Bidewell J., Stewart H., Noel M. & Hancock K. (2009) Challenges for professional care of advanced dementia. *International Journal of Nursing Practice* **15**, 41-47.

Cunningham C. & McWilliam K. (2006) Caring for people with dementia in A&E. *Emergency Nurse* **14**, 12-16.

Dettmore D., Kolanowski A. & Boustani M. (2009) Aggression in persons with dementia: use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing* **30**, 8-17.

Deutsch L.H. & Rovner. B.W. (1991) Agitation and other noncognitive abnormalities in Alzheimer's disease. *The Psychiatric Clinics of North America* **14**, 341-351.

Edberg A.K., Bird M., Richards D.A., Woods R., Keeley P. & Davis-Quarrell V. (2008) Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging Mental Health* **12**, 236-243.

Edvardsson D., Sandman P.O., Nay R. & Karlsson, S. (2009) Predictors of job strain in residential dementia care nursing staff. *Journal of Nursing Management* **17**, 59-65.

Egan M.Y., Munroe S., Hubert C., Rossiter T., Gauthier A., Eisner M., Fulford N., Neilson M., Daros B. & Rodrigue C. (2007) Caring for residents with dementia and aggressive behavior. *Journal of Gerontologic Nursing* **33**, 24-30.

Eun-Hi K. (2005) Agitation in dementia: concept clarification. *Journal of Advanced Nursing* **52**, 526-536.

Gates DM, Fitzwater E. & Meyer U. (1999) Violence against caregivers in nursing homes: expected, tolerated, and accepted. *Journal of Gerontologic Nursing* **25**, 12-22.

Graneheim U. Lundman B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* **24**, 105-112.

Granskär M. & Höglund-Nilsen B. (2008) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård*. Studentlitteratur.

Gregory S. & Verdouw J. (2005) Therapeutic touch: Its application for residents in aged care. *Australian Nursing Journal* **12**, 23-25.

Hawranik P, Johnston P. & Deatrich, J. (2008) Therapeutic touch and agitation in individuals with Alzheimer's disease. *Western Journal of Nursing Research* **30**, 417-434.

Hoeffler B., Rader J., McKenzie D., Lavelle M. & Stewart, B. (1997) Reducing aggressive behavior during bathing cognitively impaired nursing home residents. *Journal of Gerontologic Nursing* **23**, 16-23, 53-59.

Huang H., Ja-Ing Lotus S., Sien-Tsong C., Wen-Chuin H. (2009) caregiver self-efficacy for managing behavioural problems of older people with dementia in Taiwan correlates with care receivers behavioural problems. *Journal of Clinical Nursing* **18**, 2588-2595.

Kirkevold M. (2000) *Omvårdnadsteorier: Analys och utvärdering* Lund: Studentlitteratur.

Kirkevold Ø. & Engedal, K. (2006) The quality of care in Norwegian nursing homes.

Scandinavian Journal of Caring Sciences **20**, 177-183.

Lévinas E (1969) *Totality and infinity: an essay on exteriority*. Duquesne University Press
Pittsburg.

Lundell S. & Svensson K. (2003) Hur demenssjukas smärta kan tolkas. *Vård i Norden* **23**, 43-45.

Marcusson J., Blennow K., Skog I. & Wallin, A. (1997) *Demenssjukdomar*. Liber AB
Stockholm.

Moniz-Cook E. Woods R. & Gardiner E. (2000) Staff factors associated with perception of behaviours as “challenging” in residential and nursing homes. *Aging & Mental Health* **4**, 48-55.

Nakahira M. Moyle W. Creedy D. & Hitomi, H. (2009) Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing* **18**, 807-816.

Nnatu I. Shah A. (2009) Aggressive behaviour by patients and its relationship to nursing staff attitudes and perceptions. *International Psychogeriatrics* **21**, 606-608.

Olsson A. & Hallberg I.R. (1998) Caring for demented people in their homes or in sheltered accommodation as reflected on by home-care staff during clinical supervision sessions. *Journal of Advance Nursing* **27**, 241-252.

Polit D.F. & Beck C.T. (2008) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing practice*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Pountney D. (2007) Dementia, delirium or depression? (Cover story). *Nursing older people* **19**, 12-14.

Pulsford D. & Duxbury J. (2006). Aggressive behavior by people with dementia in residential care settings: a review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **13**, 611-618.

Ragneskog H. Gardner L.A. & Hellström, L. (2001) Integration of lucid individuals and agitated individuals with dementia in different care units. *Journal of Clinical Nursing* **10**, 730-736.

Remington R. (2002). Calming music and hand massage with agitated elderly. *Nursing Research* **51**, 317-323.

Robinson K.M. Adkinsson P. Weinrich S. (2001) Problem behavior, caregiver reactions, and impact among caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing* **36**, 573-582.

Russell E. Timmons C. & Stephen. (2009) Life story work and nursing home residents with dementia. *Nursing Older People* **21**, 28-32.

Skovdahl K. Kihlgren M. & Larson A. (2003 a). Dementia and aggressiveness: video record morning care from different care units. *Journal of Clinical Nursing* **12**, 888-889.

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

Skovdahl K. (2004) Krävande beteende I samband med demens-förekomst och olika förhållningssätt. *Karolinska institutet. Akademisk avhandling.*

Skovdahl K. Kihlgren. Larsson A. Kihlgren M. (2004). Dementia and aggressiveness: stimulated recall interviews with caregivers after video-recorded interactions. *Journal of Clinical Nursing* **13**, 515 -525.

Todd S. & Watts S. (2005) Staff responses to challenging behaviour shown by people with dementia: an application of an attributional-emotional model of helping behaviour. *Aging and Mental Health* **9**, 71-81.

Turner S. (2005) Behavioural symptoms of dementia in residential settings: a selective review of non-pharmacological intervention. *Aging and Mental Health* **9**, 93-104.

Visser S., McCabe M. P., Hudgson C., Buchanan G., Davison T E. & George K. (2008) Managing behavioural symptoms of dementia: Effectiveness of staff education and peer support. *Aging & Mental Health* **12**, 47-55.

Winzelberg G.S., Williams C.S., Preisser J.S., Zimmerman S. & Sloane P.D. (2005) Factors associated with nursing assistant quality-of-life ratings for residents with dementia in long-term care facilities. *Gerontologist* **45**, 106-114.

Zimmerman S., Williams C.S., Reed PS., Boustani M., Preisser J.S., Heck E. & Sloane, P.D. (2005) Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist* **45**, 96-105.

Åström S., Karlsson S., Sandvide Å., Bucht G., Eisemann M. & Norberg, A. (2004) Staff's experience and the management of violent incidents in elderly care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **18**, 410-416.