



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Vårdpersonalens erfarenheter av hot och våld inom demensvård och somatisk vård på särskilt boende

Litteraturstudie

Gabriella Andersson & Maria Johansson

2014

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen) 15 hp
Omvårdnadsvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Britt-Marie Sjölund
Examinator: Annica Ernesäter

Sammanfattning

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva vårdpersonalens erfarenheter av hot och våld inom demensvård och somatisk vård på särskilt boende. Ett annat syfte var att undersöka vilka förebyggande åtgärder vårdpersonal kan använda sig av vid dessa situationer. Föreliggande studie är en litteraturstudie med deskriptiv design. Artiklar söktes i databasen Cinahl vilket resulterade i tolv inkluderande artiklar av kvalitativ och kvantitativ ansats. Författarna har valt att granska artiklarnas undersökningsgrupp och bortfall. Resultatet visade att hot- och våldsituationer är vanligt på särskilt boende och ofta uppkommer i samband med hjälp vid personlig hygien, påklädning och toalettbesök. Vårdpersonalens upplevelse av våld beror på deras tidigare erfarenheter och attityder. Varje vårdpersonal har en egen tolkning av vad våld innebär samt att graden av tolerans skiljer sig mellan olika individer. Genom att ha ökad kunskap, förmåga att kommunicera samt en professionell attityd och viljan att konsultera med andra i vårdteamet kan personalen förebygga ett aggressivt beteende på sin arbetsplats. Vårdpersonalen antog flera olika strategier för att hantera hot- och våldsituationer hos personer med aggressivt och utåtagerande beteende, t.ex. distraktion, personcentrerat förhållningssätt och kommunikation. Läkemedelsbehandling ansågs inte vara en förstahandsåtgärd. Inom det kliniska arbetet kommer vårdpersonalen på särskilt boende att stöta på svåra situationer och utåtagerande beteenden hos äldre och äldre med demenssjukdomar. Därför är det viktigt att som vårdpersonal ha kunskap om bemötande samt kommunikation för att kunna hantera dessa situationer.

Nyckelord: aggression, demens, erfarenheter, förebyggande åtgärder, våld, vårdpersonalens omvårdnad

Abstract

The aim of this study was to describe the caregivers experiences of threats and violence in dementia care and general care in nursing homes. Another objective was to investigate the preventive strategies caregivers can use in these situations. The present study is a literature review with a descriptive design. Articles were searched in CINAHL database which resulted in twelve articles, including qualitative and quantitative approach. The authors have chosen to examine the articles investigation group and dropouts. The results showed that threats and violent situations are common in special housings and often arose in connection with the personal hygiene, dressing and toileting. Caregivers experience of violence is due to their past experiences and attitudes. Every health professional has their own interpretation of what violence means, and that the degree of tolerance differs between individuals. By having more knowledge, communication skills and a professional attitude and the willingness to consult with others in the care team, staff can prevent aggressive behavior in the workplace. The caregivers adopted several strategies to deal with threats and violent situations in people with aggressive behavior, such as distraction, person centered approach and communication. Drug therapy was not considered a primary measure. Within the clinical work will caregivers in nursing homes encounter difficult situations and aggressive behaviors in the elderly and elderly with dementia. Therefore, it is important that caregivers have knowledge of treatment and communication to handle these situations.

Keywords: aggression, caregivers experience dementia, nursing, prevention, violence

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
1. Introduktion.....	1
1.1 Demenssjukdomar.....	1
1.2 Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom	2
1.3 Olika boendeformer inom äldreomsorgen	2
1.4 Nationella riktlinjer vid demenssjukdom.....	3
1.5 Nationell värdegrund för äldreomsorgen.....	3
1.6 Definition av hot och våld	3
1.7 Hot och våld inom vården	3
1.8 Personcentrerat förhållningssätt	4
1.9 Peplau, Hildegaard.....	4
1.10 Problemformulering.....	5
1.11 Syfte.....	5
1.12 Frågeställningar	5
2. Metod.....	6
2.1 Design	6
2.2 Databas.....	6
2.3 Sökord	6
2.4 Kriterier för urval av källor	6
2.5 Dataanalys.....	8
2.6 Forskningsetiska överväganden.....	9
3. Resultat.....	9
3.1 Vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter kring hot- och våld situationer	9
3.1.1 Erfarenheter av hot och våld	9
3.1.2 Upplevelser av hot och våld	10
3.1.3 Vårdpersonalens upplevelse av stress	Fel! Bokmärket är inte definierat.
3.2 Vårdpersonalens erfarenheter av utlösande faktorer till utåtagerande beteende och hur det kan förebyggas	11
3.2.1 Personlig hygien.....	11
3.2.2 Miljö.....	12
3.2.3 Vårdgivarens relation till vårdtagaren.....	12
3.2.4 Förebyggande åtgärder och strategier vid hot och våld.....	13
3.2.5 Personcentrerat förhållningssätt	14

3.3	Artiklarnas kvalitet avseende urval och bortfall.....	14
4.	Diskussion	15
4.1	Huvudresultat.....	15
4.2	Resultatdiskussion.....	16
4.2.1	Vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter av hot och våld	16
4.2.2	Vårdpersonalens erfarenheter av utlösande faktorer hot och våld och hur det kan förebyggas	17
4.2.3	BPSD.....	Fel! Bokmärket är inte definierat.
4.2.4	Peplau, Hildegaard.....	18
4.2.5	Personcentrerat förhållningssätt.....	18
4.2.6	Diskussion av de metodologiska aspekter undersökningsgrupp och bortfall	19
4.3	Metoddiskussion	20
4.4	Kliniska implikationer för omvårdnad	21
4.5	Förslag till fortsatt forskning.....	21
5.	Slutsats	21
6.	Litteraturförteckning	22

1. Introduktion

Socialstyrelsen uppskattar att mer än hälften av alla personer med demens bor hemma i sin egen bostad och att ca 45 % bor i någon slags särskild boendeform, t.ex. gruppboende eller i ett servicehus. En tredjedel, ca 23000 personer bor på särskilda demensenheter. I Sverige finns det ca 150 000 personer som är drabbade av en demenssjukdom och varje år insjuknar ca 24 000 personer i Sverige. Demenssjukdomar består av olika sjukdomar och delas in i vaskulära, sekundära och primärdegenerativa demenssjukdomar. De vanligaste demenssjukdomarna utgörs av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens. Sjukdomen påverkar hjärnans olika funktioner och detta leder till att den kognitiva, funktionella samt den sociala förmågan försämras. Ett tidigt tecken vid demenssjukdom är att minnet börjar svikta och detta försämras med tiden (Edberg & Wijk 2009).

1.1 Demenssjukdomar

Alzheimer drabbar särskilt de områden i hjärnan som ansvarar för minnesfunktion, språklig förmåga, rumslig orientering samt praktiska färdigheter. Förloppet är långsamt och sjukdomen utvecklas sakta under flera år. Förloppet av Alzheimers sjukdom delas in i tre olika faser, mild, måttlig och svår (Edberg 2011).

Vaskulär demens orsakar störningar i hjärnans blod och syretillförsel oftast orsakad av stroke eller skador i kärlen till eller i hjärnan. Symtomen varierar beroende på var skadan uppstått men vanligt är depression, minskad initiativförmåga, motoriska besvär och får svårt att kontrollera sina känslor. Vaskulär demens kännetecknas ofta av ett hastigt insjuknande med stegvis tilltagande och neurologiska handikapp (Edberg & Wijk 2009).

Lewy body är en demenssjukdom som liknar Alzheimers och Parkinson sjukdom. Sjukdomen debuterar oftast efter 65 års ålder och har precis som andra demenssjukdomar ett ganska långsamt förlopp. Patienten drabbas av Parkinson liknande symtom som darrningar, stelhet och en sämre förmåga att röra på sig. Andra utmärkande symtom för Lewy body är synhallucinationer, orolig sömn, yrsel och blodtrycksfall (Edberg 2011).

Frontallobsdemens drabbar hjärnans främre del, pannloben och de främre delarna av tinningloberna. Tidiga symtom vid frontallobsdemens är personlighetsförändringar i form av omdömeslöshet och känslomässig förlamning. Symtom som uppkommer med tiden är svårigheter att kontrollera sitt beteende, vilket kan yttra sig genom rastlöshet,

aggressivitet, humörsvängningar och ibland även ett översexuellt beteende. Nedsättning av minnet kommer senare (Edberg 2011).

1.2 Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demenssjukdom

Personer med demens kan av sin sjukdom uppvisa beteendemässiga och psykiska symtom (BPSD). Detta beror på att dem av vissa anledningar inte kan uttrycka sina tankar och känslor. Ett vanligt tecken som kan uttrycka sig genom aggressivt uppförande kan vara smärta. Denna aggressivitet orsakar stort lidande för patienten, men även för andra boenden, anhöriga och vårdpersonal. Aggressiva beteenden är olika för varje patient och kan uttryckas både fysiskt, verbalt och sexuellt (Vickland *et al* 2012). Vid BPSD bör läkemedel inte vara en förstahandsåtgärd. Istället handlar åtgärder om att anpassa den omgivande miljön och bemötandet. Genom detta sätt kan symtomen reduceras och förebyggas. De olika symtomen som ingår i BPSD kan inte behandlas på samma sätt utan måste utredas individuellt. För detta krävs ett sammansvetsat teamarbete, kunskap om demenssjukdomar och dess symtom, aktiviteter och god omvårdnad. Sjuksköterskans ansvar är att se till att personer med demenssjukdomar får behålla sin identitet och integritet samt bli bekräftade som personer med känslor (Socialstyrelsen 2010).

1.3 Olika boendeformer inom äldreomsorgen

Särskilt boende är ett samlingsnamn för olika boendeformer för äldre. Här ingår t.ex. äldreboende, korttidsboenden och servicehus. Dessa boendeformer är inriktade till personer med särskilda behov t.ex. personer med demenssjukdom. På särskilda boenden uppskattas ca 40 procent av personerna som bor på en somatisk avdelning ha en demensdiagnos. På demensboenden har alla en demenssjukdom, antingen av mild eller svår grad (Socialstyrelsen 2001). Enligt Socialstyrelsen ska socialtjänsten erbjuda personer med demenssjukdom ett särskilt boende som är anpassat efter personer med demenssjukdomar. Socialtjänsten ska arbeta för att personer som bor på ett särskilt boende ska känna trygghet och få en meningsfull vardag. Att flytta från sig egna trygga tillvaro till ett särskilt boende kan medföra att personen får ångest och att känslor som hjälplöshet och övergivenhet uppstår. Personen kan exempelvis bli förvirrad, deprimerad och få sömnsvärigheter. Socialtjänsten uppgift är att bidra till en minskning av de negativa konsekvenserna genom noga förberedelse av flytt, tillgodose personen och anhöriga information i god tid samt ett besök på det nya boendet. Personal ska vara förberedd och tagit del av information om personens behov av vård- omsorg (Socialstyrelsen 2010).

1.4 Nationella riktlinjer vid demenssjukdom

Enligt socialstyrelsen ska all vård och omsorg för personer med demenssjukdom grundas på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt team baserat arbete. För att öka kompetensen hos vårdpersonalen och öka vårdkvalitén för personen med demenssjukdom bör vårdpersonal erbjudas utbildning. I utbildningen ska praktisk träning, handledning samt feedback ingå. Socialstyrelsen anser att en uppföljning av personens behandling av läkemedel, funktionsförmåga, kognition och beviljade insatser bör följas upp en gång per år (Socialstyrelsen 2010).

1.5 Nationell värdegrund för äldreomsorgen

Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det behöver äldreomsorgen värna om och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning. Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen gäller alla kommuner och verksamheter som utför äldreomsorg enligt socialtjänstlagen. Socialstyrelsen har i uppdrag att informera om värdegrunden samt främja genomförandet (Socialstyrelsen 2014).

1.6 Definition av hot och våld

I Arbetsmiljöverkets rapport *Hot och våld inom vård och omsorg* (2010) ges en vid beskrivning av begreppen. Hot och våld kan uppfattas olika inom olika yrkesgrupper. Arbetstagare kan ha olika gränser för vad de betraktar som hot, våld och mobbing. En definition av dessa situationer är att dessa händelser överskrider gränsen för vad som är lagligt, socialt accepterat och tillåtet. Inom vård och omsorg räknas hot som muntliga varningar om fysiskt våld eller skadegörelse och kan vara riktade till vårdgivare, andra boenden, anhöriga men även till vårdtagaren själv, exempelvis vid hot om självmord. Definitionen av begreppet våld kan ses som en medveten aggressiv handling som leder till psykisk eller fysisk skada hos en annan människa. Våldet kan vara av direkt eller indirekt karaktär hos den utsatte (Hallberg 2011).

I föreliggande studie avgränsar författarna dessa hot- och våldssituationer till situationer som uppstår inom demensvård och somatisk vård där vårdpersonal utsätts för handlingar som kan ge psykisk eller fysisk skada.

1.7 Hot och våld inom vården

Hot och våld är ett växande problem inom vård och omsorg och som leder till psykiska, fysiska och ekonomiska konsekvenser för den drabbade individen, men också för arbetsplatsen och samhället. Arbetsplatser som har upprepade fall av hot och våld mot

anställda har visat sig haft svårt att behålla anställda och även nyrekrytera vårdpersonal. De flesta hot- och våld situationerna sker vid personlig omvårdnad av en patient med demens eller psykisk ohälsa samt i akutsjukvården i samband med drogpåverkan (Hallberg 2011).

Statistiska Centralbyrån och Arbetsmiljöverket gör årliga undersökningar och statistik visar att kvinnliga arbetstagare, speciellt i vård och omsorg, ofta drabbas av hot och våld, i större utsträckning än män. Hälften av dem som drabbas av hot och våld i sitt arbete är anställda inom kommuner och landsting. Mätningar visar även att den psykosociala arbetsmiljön inom vård och omsorg har försämrats (Hallberg 2011).

I en studie av Petzäll *et al* (2011) där ambulanspersonal från elva ambulansstationer i Sverige berättade om utsatthet i sitt arbete visade resultatet att 66 procent av personalen upplevde hot och/eller våld under sitt arbete. Vanligt förekommande var fysiskt våld i form av knuffar, slag, sparkar och bitt. I de flesta fall var patienten påverkad av alkohol eller droger. I en annan studie av Crilly *et al* (2004) som utfördes i Australien rapporterades också att de flesta hot- och våldssituationer genomfördes när patienten var påverkad av alkohol och/eller droger, men också att patienterna ofta led av psykisk ohälsa. Dessutom rapporterades det att dessa situationer oftast uppstod vid kvälls- och nattskift och var vanligast mellan 15.00 till 23.00.

1.8 Personcentrerat förhållningssätt

Grunden för ett personcentrerat förhållningssätt bygger på att den demenssjuke och dess vårdgivare skall värdesättas. Den demenssjuke ska behandlas som en individ samt att världen ska ses ur den demenssjukes perspektiv. Även miljön runt den demenssjuke ska anpassas på det sättet där hen kan känna välbefinnande (Brooker 2004). Personcentrerat förhållningssätt grundar sig på fyra begrepp och förkortas som VIPS. Personer med demens och personer som vårdar dem ska *Värdesättas*. Personer ska behandlas och bemötas som *Individer*. Världens ska ses utifrån den demensdrabbades *Perspektiv*. Personen med demenssjukdom ska få möjlighet att uppleva välbefinnande genom ett *Socialt Klimat* (Edberg 2011).

1.9 Peplau, Hildegaard

Hildegaard Peplau föddes i Reading Pennsylvania. Hennes karriär inom omvårdnadsområdet startade efter hon avklarat sina sjuksköterskestudier på Pottsdown sjukhus i Pennsylvania. Peplau utvecklade och höll i en forskarutbildning i psykiatrisk omvårdnad vid Columbia universitetet i New York och därefter vid Rutgers universitet. Efter sin pensionering 1974 fortsatte hon att vara aktiv inom området psykosocial

omvårdnad och har suttit i flertal kommittéer och organisationer (George 2010). Hildegaard Peplau`s teori introducerades år 1952 i hennes bok *Interpersonal relations in nursing*. Peplau utvecklade sin teori under 1940-talet eftersom hon ansåg att det inte fanns tillräckligt med kunskap om den psykiatriska vården. Hennes teori grundar sig i samspelet mellan sjuksköterskan och patienten, där sjuksköterskan ska samverka och samarbeta tillsammans med patienten. Detta görs enligt Peplau genom en terapeutiskt process, där interaktionen utvecklas genom olika faser. Relationen består av att sjuksköterskan ser patientens problem och behov samt inriktar sig på att lösa dessa problem (Penckofer *et al* 2011).

1.10 Problemformulering

Aggressiva handlingar gentemot vårdgivare inom särskilt boende är väl dokumenterat. Men få studier har undersökt sambandet mellan aggressivt beteende och organisatoriska faktorer. Chefer och ledare inom särskilt boende behöver erkänna denna komplexa fråga eftersom det också rör vårdgivares arbetsmiljö samt uppmuntra till en öppen diskussion utan att lägga skuld på någon. Forskning behövs för att kunna utveckla kunskapen om dessa situationer samt hur dessa ska hanteras på bästa sätt (Boström *et al* 2011). Eftersom vårt intresse för äldre och demenssjukvård redan finns så ville vi utforska och belysa detta område och framförallt dessa situationer. Genom att få kunskap om vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter av hot och våld kan eventuell förbättrings- samt förändringsarbete utvecklas.

1.11 Syfte

Syftet med denna litteraturstudie är att beskriva vårdpersonalens* upplevelser och erfarenheter av hot och våld inom demensvård och somatisk vård på särskilt boende, undersöka vilka förebyggande åtgärder vårdpersonalen kan använda sig av i dessa situationer samt att beskriva de i studien ingående artiklarnas kvalitet utifrån de metodologiska aspekterna undersökningsgrupp och bortfall.

*Med denna studie avser vårdpersonal sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden.

1.12 Frågeställningar

- Vilka upplevelser samt erfarenheter har vårdpersonal kring hot- och våldssituationer inom demensvård och somatisk vård på särskilt boende?
- Vilka förebyggande åtgärder och hantering av hot- och våldssituationer kan vårdpersonal använda sig av?

- Vilken kvalitet har de i studien ingående artiklarna avseende undersökningsgrupp och bortfall?

2. Metod

2.1 Design

Denna studie är en litteraturstudie med en deskriptiv design (Polit & Beck 2011).

2.2 Databas

Vetenskapliga artiklar söktes i databasen Cinahl via högskolans proxyserver.

2.3 Sökord

De engelska sökord som användes i kombination med varandra, samt den boolska söktermen AND mellan är: dementia, violence, aggression, nurse experience, nursing, caregivers, nursing home, perception och prevention. Orden valdes utifrån syfte och frågeställningar i studien.

2.4 Kriterier för urval av källor

Kriterier för föreliggande litteraturstudie var att artiklarna skulle svara på studiens syfte och frågeställningar, vara skrivna på engelska samt publicerade mellan 2004-2014. Vid sökning av artiklarna användes begränsningarna (limits) ”links to fulltext” och ”peer reviewed”. Studien inkluderar både kvalitativa och kvantitativa artiklar.

Artiklar som var äldre än tio år, litteraturstudier samt inte fanns tillgängliga i full text exkluderades. Vetenskapliga artiklar söktes med utvalda sökord (visas i tabell 1) som stämde överens med föreliggande studies syfte. Av de artiklar som framkom genom sökningen valdes dem med mest relevant titel ut för valt ämnesområde. Abstractet lästes igenom på de valda artiklarna och dem vi ansåg stämma in med studiens syfte bearbetades vidare. Två artiklar som ansågs svara på studiens syfte hittades genom andra artiklars referenslista och söktes fram manuellt. Urvalsprocessen för artiklar presenteras i figur 1.

Tabell 1. Översikt av databaser, sökord, antal träffar och valda artiklar.

Tabell 1.			
Databas	Sökord	Antal träffar	Inkluderade artiklar exkl. dubletter
Cinahl	Dementia AND violence	61	4
Cinahl	Dementia AND Aggression AND Nursing	157	2
Cinahl	Dementia AND aggression AND nurse experience	2	1
Cinahl	Caregivers AND Nursing Homes AND Experience AND Violence	4	1
Cinahl	Caregivers AND Nursing AND Perception AND Violence	3	2
Manuell sökning	Relevanta sökord för syftet.		2
Summa:		227	12

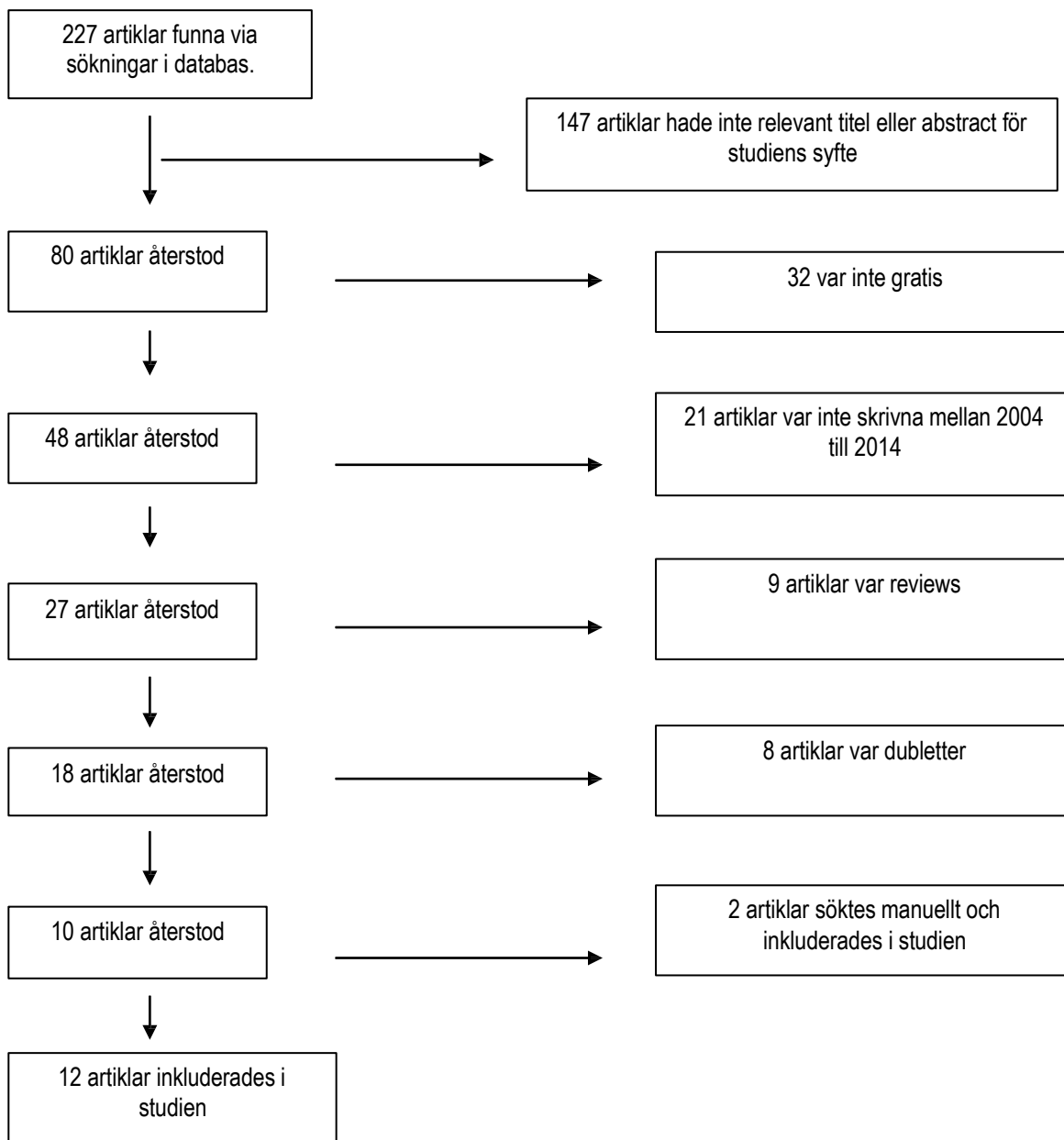


Fig.1 Urvalsprocess från artikelsökningen.

2.5 Dataanalys

De utvalda artiklarna granskades först enskilt av båda författarna. Individuellt skapade författarna sig en bild av vad artiklarnas syfte handlade om och vilket resultat dem visade. Sedan gjordes en gemensam genomgång och författarna jämförde uppfattningar, detaljer och likheter av artiklarna. En tematisk analys utfördes av valda artiklar för att finna mönster, likheter samt skillnader (Polit & Beck 2011). I artiklarnas resultatdel plockades viktig information ut som besvarade den föreliggandes studiens syfte vilket

skapade två huvudrubriker utifrån författarnas valda frågeställningar. Artiklarna delades upp i olika teman med fokus på ”*Vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter kring hot- och våld situationer på inom demensvård och somatisk vård*” och ”*Hur vårdpersonal kan förebygga hot- och våldssituationer och hur dessa situationer kan hanteras.*” I artiklarnas undersökningsgrupp studerades antal deltagare, befattning, kön samt bortfall. Information angående undersökningsgrupp kunde återfås i den inkluderande studiens tabeller. Underrubrikerna skapades av en genomgående analys av artiklarnas resultat.

2.6 Forskningsetiska överväganden

Någon etisk prövning anses inte vara nödvändig då denna studie är en litteraturstudie. Författarna har under kursens gång granskat och redovisat artiklarna objektivt. De artiklar som använts ska vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter samt ha blivit granskade av en etisk kommitté eller redovisat att de gjort tydliga etiska överväganden (Henricson 2012).

3. Resultat

Resultatet i denna litteraturstudie grundar sig på 12 vetenskapliga artiklar, sex kvalitativa och sex kvantitativa. I bilaga 1 (sida 25) presenteras de inkluderade artiklarnas författare, titel, design, datainsamlingsmetod, undersökningsgrupp, bortfall och dataanalys. I bilaga 2 (sida 27) presenteras artiklarnas syfte och resultat. Resultatet presenteras under kategorierna ”*Vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter kring hot- och våldssituationer*” och ”*Hur vårdpersonal kan förebygga hot- och våldssituationer och hur dessa situationer kan hanteras*”. Granskningen av kvalitén utifrån de metodologiska aspekterna undersökningsgrupp och bortfall redovisas under rubriken ”*Artiklarnas kvalitet avseende undersökningsgrupp och bortfall*” samt i bilaga 1 (sida 25).

3.1 Vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter kring hot- och våld situationer

3.1.1 Erfarenheter av hot och våld

I en studie av Josefsson *et al* (2007) var det huvudsakliga syftet att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av våld och hot samt deras tillgång till hantering av dessa situationer. Ytterligare ett syfte var att se om det fanns någon skillnad i uppfattningen av hot och våldssituationer från sjuksköterskor som arbetar på vanliga somatiska

avdelningar och demensavdelningar. I resultatet fann man att det inte är någon skillnad i förekomst av hotfulla och våldsamma situationer inom demensvård och somatisk vård. 44 procent av sjuksköterskorna inom demensvården och 41 procent på somatisk avdelning hade blivit utsatt för direkt våld av sina patienter. 45 procent av sjuksköterskorna på demensvården och 51 procent av sjuksköterskor på somatiska avdelningar hade blivit utsatta för indirekta hot.

Sjuksköterskorna i båda dessa grupper hade bevittnat både våld och hot gentemot annan personal men även mot andra boenden på avdelningen, dock var hot och våld mot personal vanligare (Josefsson *et al* 2007).

I en annan studie från 2010 uppvisade 27,6 procent av 309 boende våldsamt och aggressivt beteende dagligen. 21,9 procent av dessa var män. Dessa situationer uppstod oftast i samband med påklädning, personlig hygien och toalettbesök. Vårdgivarna anser att nästan en tredjedel av det fysiska våldet är avsiktlig och riktad gentemot vårdgivarna själva (Isaksson *et al* 2011). I studien av Pulsford *et al* (2011) var 75,9 procent av de rapporterade aggressiva incidenterna inriktat mot vårdpersonalen. I 31,6 procent av dessa aggressiva incidenter så var våldet inriktat mot andra boende, vissa mot flera boende samtidigt (Pulsford *et al* 2011).

3.1.2 Upplevelser av hot och våld

I en studie från 2008 beskrivs det att våld ligger i betraktarens öga. Vårdarnas upplevelse av våld beror på deras tidigare erfarenheter och attityder och är av hög grad mycket subjektiv. Varje vårdpersonal har en egen tolkning av vad våld innebär samt att graden av tolerans skiljer sig mellan olika individer (Isaksson *et al* 2008).

Utmaningen ligger i vilket förhållningssätt vårdgivaren har till att bli utsatt för misshandel och kränkning. Våld uppfattas av vårdpersonalen som något smärtsamt, som synligt lämnar märken och blåmärken på kroppen som andra kan se. En annan utmaning är en situation då vårdpersonalen känner sig hotad och osäker angående sin egen säkerhet. Vårdpersonalen i studien menar att de inte längre kan skydda sig själv ordentligt och har inget annat val än att ta emot ett slag. Andra situationer är när vårdpersonalen överväger att ta ett steg bakåt för att avvärja våld och istället se beteendet som något ofarligt. Vårdpersonalen känner sig då mer säker eftersom de inte blir rädda för att bli skadade, utan istället går sin väg (Isaksson *et al* 2008).

Vårdpersonalen upplevde att personer med demenssjukdom är svårhanterligt eftersom de påverkas av andra boendes beteende. Om en boende blev upprörd och högljudd så spreds det sig till de andra på avdelningen. Vårdpersonalen upplevde en stor påfrestning över att inte kunna förebygga dessa beteenden hos personer med demenssjukdom (Graneheim *et al* 2012, Isaksson *et al* 2008, Zeller *et al* 2011).

Att vara den personal som är närvarande vid aggressiva och våldsamma handlingar kan vara en början till stresspåverkan och utbrändhet. Aggressivt beteende utsätter en risk för personalens säkerhet och är associerat med negativa konsekvenser för personalen, som t.ex. stress men försvårar även för organisationen att behålla personalen och rekrytera ny personal (Duxbury *et al* 2013, Nakahira *et al* 2008).

Vårdpersonalen upplevde även stress som ett resultat av låg bemanning. Att ge omvårdnad till en boende under tidspress upplevdes också som mycket svårt eftersom det hindrar vårdpersonalen från att anpassa sig till vårdtagarens tempo samt fysiska förmågor (Graneheim *et al* 2012, Zeller *et al* 2011).

I en studie från 2009 fann man att vårdpersonalen upplevde att de tappade kontrollen över situationen och kände sig misslyckad och hjälplös. Upplevelser som dessa kunde komma att påverka interaktionen med kunden och distansera kontakten mellan vårdpersonalen och kunden. Som ett resultat av detta kan vårdkvaliteten minska (Josefsson *et al* 2007, Isaksson *et al* 2009).

Vårdpersonalen upplevde ofta en brist på stöd och kommunikation för att kunna hantera våldsamma situationer. Att få rätt stöd vid en våldsam situation upplevde vårdpersonalen som ett sätt att kunna återta sin kontroll och känna en viss lättnad samt minska stressen (Isaksson *et al* 2009). För att kunna bearbeta erfarenheter vid en aggressiv situation upplevde vårdpersonal att få stöd samt ha en dialog med kollegor och medarbetare var mycket värdefullt (Zeller *et al* 2011, Isaksson *et al* 2009).

3.2 Vårdpersonalens erfarenheter av utlösande faktorer till utåtagerande beteende och hur det kan förebyggas

3.2.1 Personlig hygien

Vårdpersonalens erfarenheter är att situationer med fysiskt våldsamt beteende oftast inträffar i olika omvårdnadssituationer som exempelvis vid påklädning, personlig

hygien samt besök på toaletten (Isaksson *et al* 2011). Att hjälpa en person med aggressivt beteende med hygienen är ett stort problemområde för vårdpersonalen och anhöriga eftersom det inkräktar på patientens privatliv, personlighet och integritet, vilket i sin tur kan vara en utlösande faktor för aggressivt beteende. Många boende blir frustrerade av att behöva hjälp med saker de kunnat göra själva tidigare (Duxbury *et al* 2013).

Vårdpersonalen upplevde att de boende kände sig kränkt, generad och utsatt när de skulle hjälpa dem med den personliga hygien och under toalettbesök. Detta förvärrades av att vårdpersonalen var av motsatt kön och annan etnicitet.

Vårdpersonalen upplevde också att begränsad tid var en bidragande faktor till utåtagerande beteende (Graneheim *et al* 2012).

3.2.2 Miljö

I en studie av Isaksson *et al* (2008) förklarade vårdpersonal och anhöriga att det finns flera faktorer som spelar in och har betydelse för våldsamt beteende hos äldre bl.a. anläggningens/vårdavdelningens miljö. Äldre och dementa är ofta mer känslig för förändringar i miljön och även små förändringar kan ge upphov till störande beteende. Genom att inte ha stängda dörrar, för mycket saker, för trånga utrymmen och korridorer samt för höga ljudnivåer kunde vårdpersonalen förebygga utåtagerande beteende (Isaksson *et al* 2008, Duxbury *et al* 2013).

En deltagande vårdavdelning hade en inrett ett tyst rum. Vårdpersonalen upplevde bara positiva effekter eftersom det var ett ställe där den boende kunde få lugn och ro på sätt minska sitt utåtagerande. (Isaksson *et al* 2008).

3.2.3 Vårdgivarens relation till vårdtagaren

I en studie från 2012 var syftet att undersöka kvinnliga vårdgivares uppfattningar av orsaker till att våldsamma och hotfulla situationer uppstår. Vårdpersonalen upplevde att de boende kändes sig mer hotad när fler antal vårdgivare deltog i en omvårdnadssituation. Vårdpersonalen uttryckte också att vissa i arbetslaget var för hårdhänt mot den boende exempelvis vid personlig hygien samt att vissa av deras kollegor använde en auktoritär attityd vilket kunde resultera i osämja mellan vårdpersonalen och de boende. Vårdpersonalen menade också att deras egen karaktär och personkemi mellan dem själva och de boende kunde utgöra en källa till provokation och som utlöser ett våldsamt beteende (Graneheim *et al* 2012). I vissa fall ser vårdpersonalens inget annat alternativ än att ge omvårdnad mot patientens vilja och

utöva tvång. Speciellt var vid tillfällena då patienter led av hudsår eller irritation till följd av inkontinens (Isaksson *et al* 2013, Duxbury *et al* 2013).

Även när andra boenden riskerades ta skada av den aggressiva patienten kände vårdgivaren att de var tvungen att ingripa. När det gällde vårdpersonalens egen säkerhet var de medvetna om att något kunde hända när som helst och var därför alltid uppmärksam när det handlade om en boende med eventuella aggressiva beteenden. När aggressivt beteende mot vårdgivare innebär svordomar, hot eller försök till fysiskt angrepp vårdgivare försöker att behålla lugnet i den situation och mentalt distansera sig från situationen (Zeller *et al* 2011). Vårdgivarna beskriver funktionsnedsättningar som t.ex. nedsatt syn och hörsel, svårigheter att gå och äta samt inkontinensproblem gör att vårdtagaren är mer beroende av hjälp från andra, särskilt vårdpersonalen. Detta beroende kan göra att vårdtagaren känner sig hjälplös och maktlös. Vårdtagare som inte ville ha hjälp eller inte förstod varför vårdpersonalen ville hjälpa dem uttryckte sin frustration genom ett aggressivt beteende (Graneheim *et al* 2012).

3.2.4 Förebyggande åtgärder och strategier vid hot och våld

I en studie använde vårdpersonalen olika strategier för att förebygga hotfulla och våldsamma beteenden. De mest betydelsefulla strategier som användes var att distrahera den boende både verbalt och icke-verbalt, behandling med olika lugnande och sederande läkemedel, isolering av den på boende han/hennes rum eller att vårdpersonalen använde sig av fysiskt tvång som t.ex. fasthållning (Isaksson *et al* 2011, Zeller *et al* 2011).

I en studie av Isaksson *et al* (2013) menade vårdpersonalen att om en hotfull situation uppstod, som t.ex. vid hjälp med personlig hygien så kan man som vårdare gå därifrån, lämna patienten en liten stund och sen komma tillbaka. Det gav patienten egen tid till att bearbeta situationen. Vårdpersonalens förklarade även värdet av att hela tiden försöka behålla ett lugn och röra vid patienten. Att inneha ett eget lugn och självkontroll sprider likaså ett lugn mot patienten. Att prata lugnt med patienten, lägga en arm runt dem, hålla handen eller krama kan räcka för att dem ska känna ro och trygghet (Isaksson *et al* 2013).

Indirekta åtgärder vidtogs efter att det fysiska våldet hade inträffat och bestod av diskussioner i arbetsteam, medicinrund, rapporter till handledare och verksamhetschefer samt anställning av mer vårdpersonal. I en situation vidtogs inga åtgärder alls. Oftast användes mixade strategier för att hantera våldsamma situationer (Isaksson *et al* 2011, Isaksson *et al* 2013). Studien visar att personer med ett våldsamt beteende även hade en

signifikant lägre orienteringsförmåga och var mer beroende av ADL funktioner än med personer som inte uppvisar detta beteende. Studien visar också att en stor del av de boende med ett våldsamt beteende hade nedsatt talförmåga och hade svårt att förstå verbal kommunikation än de boende som inte hade ett våldsamt beteende (Isaksson *et al* 2011). Målet med de olika strategierna är att avbryta det aggressiva beteendet och förhindra att beteendet eskalerar (Zeller *et al* 2011).

3.2.5 Personcentrerat förhållningssätt

I en studie av Duxbury (2013) förklaras att vårdpersonalens förhållningssätt till aggressivitet styrs av deras attityder mot sådant beteende och att det finns två sätt som speglar olika filosofier, speciellt inom demensvård, att svara på dessa uppträdanden. Personcentrerat paradig samt ett standard paradig. Ett standardiserat synsätt fokuserar på de neurologiska och neuropsykiatriska aspekterna av demens och att sättet demens manifesteras på i personen är i huvudsak en effekt av deras sjukdom. I det personcentrerade synsättet är den neurologiska sjukdomen bara en av flera faktorer som påverkar manifestationen av demenssjukdomen. De faktorer som är viktiga och också räknas in är patientens personlighet, den fysiska och psykiska hälsan och interaktioner med andra. Genom att använda sig av personcentrerade strategier och se en mening i patientens beteende. Vårdgivare bör försöka tolka personens beteende och fråga sig om det finns underliggande behov som behöver tillfredsställas. Användningen av olika filosofier kan påverka deras val av lösningar till aggressivt beteende (Duxbury *et al* 2013). I studien av Pulsford *et al* (2011) lutade vårdpersonalens hanterande av aggressivt beteenden mot ett personcentrerat paradig.

3.3 Artiklarnas kvalitet avseende undersökningsgrupp och bortfall

Författarna till den föreliggande studien har valt att granska artiklarna som avser undersökningsgrupp och bortfall. Gällande undersökningsgrupp har författarna valt att fokusera på antal deltagare, kön samt beskriva vilken befattning deltagarna hade som deltog i undersökningsgrupperna.

Av de 12 inkluderade artiklarna varierade antalet deltagare från 8 till 675 personer i undersökningsgrupperna. Studien inkluderade 12 valda vetenskapliga artiklar varav sex var av kvalitativ ansats (Duxbury *et al* 2013, Isaksson *et al* 2009, Graneheim *et al* 2012, Isaksson *et al* 2008, Isaksson *et al* 2013, Zeller *et al* 2011). Sex artiklar var kvantitativa (Pulsford *et al* 2011, Nakahira *et al* 2008, Josefsson *et al* 2007, Josefsson & Ryhammar 2010, Isaksson *et al* 2008) (Isaksson *et al* 2011).

3.3.1 Kvalitativa artiklar

I fyra av de kvalitativa artiklarna (Isaksson *et al* 2008, Isaksson *et al* 2013, Graneheim *et al* 2012, Isaksson *et al* 2009) bestod undersökningsgruppen av endast kvinnliga deltagare. Två av artiklarna (Duxbury *et al* 2013, Zeller *et al* 2011) inkluderade både kvinnor och män. I fyra av de kvalitativa artiklarna bestod deltagarna av vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor (Isaksson *et al* 2013, Graneheim *et al* 2012, Isaksson *et al* 2008, Isaksson *et al* 2009). I en kvalitativ artikel bestod deltagarna av vårdenhetschefer, sjuksköterskor, vårdbiträden och anhöriga (Duxbury *et al* 2013). I en artikel bestod deltagarna av sjuksköterskor, vårdbiträden och sjuksköterskestudenter (Zeller *et al* 2011). I fem av de ingående kvalitativa artiklarna (Zeller *et al* 2011, Graneheim *et al* 2012, Isaksson, *et al* 2008, Isaksson *et al* 2009, Isaksson *et al* 2013) redovisas inte bortfall. I en av artiklarna (Duxbury *et al* 2013) redovisas bortfallet i metoden.

3.3.2 Kvantitativa artiklar

Två av de kvantitativa artiklarna (Josefsson *et al* 2007, Josefsson & Ryhammar 2010) var delar i en större studie och gjordes av samma deltagare. 342 blev inbjudna att delta i studien. 213 deltagare ingick i studien efter bortfall. 129 stycken bortfall redovisas i metoden. Undersökningsgruppen bestod av sjuksköterskor. En av artiklarna (Nakahira *et al* 2008) skickade ut 852 enkäter, 675 av dem användes i studien. Både män och kvinnor deltog i studien. Bortfall redovisas.

I en av artiklarna (Isaksson *et al* 2008) deltog 364 personer. Bortfallet beskrivs inte. Undersökningsgruppen bestod av vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor. I artikeln av Pulsford *et al* (2011) redovisas bortfall i metoden. 36 av 52 deltog i studien vilket gav ett bortfall på 16 deltagare. Undersökningsgruppen bestod av sjuksköterskor och undersköterskor. I en studie av (Isaksson *et al* 2011) bestod deltagarna av 309 personer boende på flera kommunala boenden. Bortfall redovisas ej.

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Studiens syfte var att beskriva vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter av hot- och våld inom demensvård och somatisk vård på särskilt boende. Ytterligare ett syfte var att undersöka vilka förebyggande åtgärder vårdpersonalen kan använda sig av i dessa situationer.

Huvudresultatet visade att hot- och våldsituationer inom demensvård och somatisk vård på särskilt boende är vanligt och ofta uppkommer i samband med hjälp vid personlig hygien, påklädning och toalettbesök. Vårdarnas upplevelse av våld beror på deras tidigare erfarenheter och attityder. Varje vårdpersonal har en egen tolkning av vad våld innebär samt att graden av tolerans skiljer sig mellan olika individer. Genom att ha ökad kunskap, förmåga att kommunicera samt en professionell attityd och viljan att konsultera med andra i vårdteamet kan personalen förebygga ett aggressivt beteende på sin arbetsplats. Vårdpersonalen antog flera olika strategier för att hantera hot- och våldsituationer t.ex. distraktion, personcentrerat förhållningssätt och kommunikation. Läkemedelsbehandling ansågs inte vara en förstahandsåtgärd.

4.2 Resultatdiskussion

Vid sökning och granskning av artiklar till denna litteraturstudie framkom det att aggressivt och våldsamt beteende är vanligt förekommande bland personer som bor på särskilt boende (Franz *et al* 2010, Isaksson *et al* 2013, Zeller *et al* 2011, Graneheim *et al* 2012, Duxbury *et al* 2013).

Det uppskattas att cirka 40 procent av de som bor på en somatisk avdelning på särskilt boende i Sverige har en demensdiagnos vilket betyder att dessa situationer inte endast uppkommer på demensavdelningar (Socialstyrelsen 2010).

Det framkom också att vårdpersonal som arbetade med äldre upplevde både obehag och stress av aggressivt beteende och våldsamma situationer (Duxbury *et al* 2013).

4.2.1 Vårdpersonalens upplevelser och erfarenheter av hot och våld

Vårdpersonalen upplevde ofta det var svårt att hantera utåtagerande och aggressivt beteende hos äldre och äldre med demenssjukdom och såg det som en stor påfrestning att inte kunna lösa dessa situationer (Isaksson *et al* 2008, Zeller *et al* 2011).

Vårdpersonalen upplevde också att låg bemanning på avdelningarna var en bidragande faktor till den upplevda stressen (Graneheim *et al* 2012). Att ge omvårdnad till en boende under stress upplevdes också som mycket svårt eftersom det hindrade vårdpersonalen från att anpassa sig till vårdtagarens tempo samt fysiska förmågor (Zeller *et al* 2011). Vårdpersonalen upplevde att de tappade kontrollen över situationen och kände sig misslyckad och hjälplös. Upplevelser som dessa kunde komma att påverka interaktionen med kunden och distansera kontakten mellan vårdpersonalen och kunden. Som ett resultat av detta kan vårdkvaliteten minska (Josefsson *et al* 2007, Isaksson *et al* 2009). Resultatet av föreliggande studie visade att vårdpersonal med

positiva inställningar till aggressivt beteende ofta var äldre, hade längre erfarenhet av att arbeta med äldre med demenssjukdomar och utåtagerande beteende samt hade en högre utbildning än de som var negativt inställda till aggressivt beteende. De som var negativt inställda var dem i vårdpersonalgruppen som oftast gav läkemedel vid aggressiva beteenden (Isaksson *et al* 2008, Nakahira *et al* 2008). I mötet mellan vårdpersonalen och personer med utåtagerande beteende påverkar båda parterna varandra. Det finns flera faktorer som spelar in hur mötet artar sig och beror främst på hur vårdpersonalen agerar och bemöter personer med demenssjukdom och utåtagerande beteende (Edberg 2011). Enligt Skovdahl *et al* (2003) kan ett antal praktiska omvårdnadsåtgärder användas för att underlätta olika omvårdnadssituationer. Här förklaras att relationen bör genomsyras av ömsinhet och gemenskap och kan visas genom närhet, såsom beröring och kramar, att lägga en hand eller arm runt patienten samt att ha ögonkontakt. Situationen bör präglas av vänlighet, artighet, ödmjukhet och respekt. Samarbetet är också en stor del i att situationen blir trivsamt och för att få ett bra samarbete behövs det även ges tid. Patientens behov och egna önskemål ska även belysas och respekteras. Att låta patienten försöka själv och ta egna initiativ till olika aktiviteter är hälsofrämjande och positivt (Skovdahl *et al* 2003).

I en studie av Edberg och Hallberg (2001) förklaras att omvårdnadshandledning kunde vara ett forum för reflektion och att den kunde hjälpa vårdpersonalen att sätta ord på och reflektera över de situationer de varit med om.

4.2.2 Vårdpersonalens erfarenheter av utlösande faktorer hot och våld och hur det kan förebyggas

Flera studier indikerar att aggressivitet och våldsamt beteende fortfarande ofta möts med läkemedel och fysiska hinder trots att det snarare kan förvärra beteendet. Här visar man på vikten av att ge personcentrerad omvårdnad eftersom aggressivitet ofta är en reaktion på omvårdnadens genomförande eller personalens bemötande (Edberg 2011). Faktorer som kan kopplas till aggressiva handlingar hos patienter kan vara depression, psykos, nedsatt kommunikationsförmåga, desorientering, situationer som involverar personlig hygien, hormonella och miljömässiga faktorer och smärta. Vanliga aggressiva beteenden kan vara sparkar, slag, att skrika, bitas, spotta, fasthållning, knuffas, klösas samt att kasta föremål runt om sig eller på andra. Förutom att patienten utgör en fara för sig själv så är även dessa beteenden ett hot för anhöriga och vårdpersonal (Orengo *et al* 2008). Teoretiska modeller och strategier finns tillgängliga men behöver utvecklas och förbättras. Strategier för att hantera aggressiva beteenden är t.ex. interpersonell

tillvägagångssätt, dvs. att man försöker trappa ner och distrahera det aggressiva beteendet. Då det inte finns något absolut fungerande sätt att hantera aggressiva och våldsamma situationer så har riktlinjer tagits fram både i USA och i Europa (Pulsford *et al* 2011).

4.2.3 Peplau, Hildegaard

Hildegaard Peplau byggde upp en teori om mellanmänskliga relationer. Hon bidrog med sin teori till en humanare behandling av patienter med beteende- och personlighetsstörningar. Hon betonar behovet av en relation och ett partnerskap mellan sjuksköterskor och patienter och inte relation där patienten får behandling genom sjuksköterskans agerande enligt läkares ordinationer. Enligt Peplaus teori måste tillit finnas mellan sjuksköterskan och patienten samt en miljö som bidrar till att denna förtroendefulla relation utvecklas. Peplau ansåg att sjuksköterskor har en viktig roll i att kunna hjälpa patienter att minska sin ångest. Samverkan mellan sjuksköterska och patient ansågs vara betydande för resultatet av vården. Genom att känna till de individuella behoven hos personer kan sjuksköterskan hjälpa till att lägga en grund för det samspel som är nödvändigt för relationen och för vården mellan sjuksköterska och patienten (Penckofer *et al* 2011). Hildegaard Peplaus teori kan vara användbar i omvårdnaden av personer med demenssjukdom och som uppvisar BPSD. Dessa patienter upplever ofta stor ångest och misstänksamhet och därför behövs en förtroendefull relation mellan vårdpersonalen och personen med demenssjukdom (Penckofer *et al* 2011).

4.2.4 Personcentrerat förhållningssätt

Enligt de Nationella riktlinjerna för vård- och omsorg av personer med demenssjukdom bör vårdgivare ha ett personcentrerat förhållningssätt som innebär att personen med demenssjukdom ska betraktas som en människa med egna upplevelser, självkänsla och rättigheter trots sviktande funktioner. Vårdgivare ska verka för att personer med demenssjukdom har rätt till självbestämmande och chans till medbestämmande (2010). En viktig grund för personcentrerad omvårdnad är kunskap om vårdtagaren liksom att särskilt beakta de behov som relaterar till språklig och kulturell bakgrund. Förutom de individuella behoven fokuserar den personcentrerade omvårdnaden även på organisationen och relationen med personalen och på vilket vis de bidrar till att stödja välbefinnande och egenvärde. Respekt för individens värde och värderingar är alltså centralt inom personcentrerad vård. Det förutsätter att vi utvecklar en tydlig bild av vad

vårdtagarens värderingar faktiskt är och på vilket sätt de skapar sammanhang i det som sker om kring dem (Edberg 2011) .

Brist på kunskap kan leda till en ökad osäkerhet hos vårdpersonal vid bemötandet av personer med demenssjukdom vilket kan leda till en ogynnsam omvårdnads kvalitet.

Ökad kunskap om demenssjukdomar kan leda till tryggare och säkrare omvårdnad om vårdpersonal vet hur de ska agera vid svåra situationer. De ökar tryggheten för vårdpersonal samt vårdtagare. Vårdpersonal bör erbjudas utbildning för att få en ökad kunskap om personer som lever med en demenssjukdom (Edberg 2011).

I kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor beskrivs det att vårdpersonal bör ha teoretiska kunskaper om personer med demenssjukdom och hur denna sjukdom påverkar personens fysiska, psykiska och sociala funktioner samt kunna använda sig av kunskapen i praktiken. Sjuksköterskor ska i enlighet med ICN:s etiska kod för sjuksköterskor samt Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor tillgodose patientens specifika och basala omvårdnadsbehov som bygger på respekt för mänskliga rättigheter och beaktar människors vanor, värderingar samt tro.

4.2.5 Diskussion av de metodologiska aspekter undersökningsgrupp och bortfall

Föreliggande studies författare valde att granska de metodologiska aspekterna undersökningsgrupp och bortfall i de ingående artiklarna. I studien ingår sex kvantitativa och sex kvalitativa artiklar. Undersökningsgrupp och bortfall valdes som metodologisk aspekt att granska i de inkluderade artiklarna. Studien inkluderade sex artiklar av kvalitativ ansats (Duxbury *et al* 2013, Isaksson *et al* 2009, Graneheim *et al* 2012, Isaksson *et al* 2008, Isaksson *et al* 2013, Zeller *et al* 2011). Sex artiklar var kvantitativa (Pulsford *et al* 2011, Nakahira *et al* 2008, Josefsson *et al* 2007, Josefsson & Ryhammar 2010, Isaksson *et al* 2008, Isaksson *et al* 2011). Författarna anser att undersökningsgruppen gällande antal deltagare, befattning och kön beskrivits på ett utförligt sätt i alla ingående artiklar. Grundkriteriet i kvalitativ artiklar är att välja deltagare som har erfarenheter av de fenomen som ska studeras. Här eftersträvas informationsrika berättelser vilket kan erhållas genom variation i ålder, kön, befattning, utbildning och yrkesverksamma år i undersökningsgruppen. I en kvalitativ studie bör undersökningsgruppen inte bestå av mer än femtio deltagare eftersom att informationen riskerar att upprepas. I urvalsprocessen bör forskarna sträva efter att beskriva undersökningsgruppens huvudsakliga karaktärsdrag och som är av betydelse för studiens syfte. Av denna information skapar sig läsaren en bild av om hur urvalet är användbart (Polit & Beck 2012). I de sex kvantitativa artiklarna varierade antalet

deltagare från 36 till 675 personer. I kvantitativa artiklar kan de vara svårt att avgöra hur stor undersökningsgrupp som behövs men enligt Polit & Beck (2012) bör urvalet vara så stort som möjligt. Ett bredare urval ger en större representativ bild av befolkningen samt minskar risken för brister under datainsamlingen. I sju av artiklarna (Isaksson *et al* 2009, Graneheim *et al* 2012, Isaksson *et al* 2008, Isaksson *et al* 2013, Isaksson *et al* 2011, Isaksson *et al* 2008) redovisas inte bortfallsgruppen. En studies kvalité påverkas av antalet bortfall och bör redovisas eftersom det annars kan vara svårt att ta ställning till trovärdigheten (Polit & Beck 2011).

4.3 Metoddiskussion

Metoden har utformats som en litteraturstudie för att beskriva vårdpersonalens erfarenheter kring hot och våld inom demensvården på särskilda boenden samt tillgång till hantering och förebyggande åtgärder. Fördelen med litteraturstudier är att funnen kunskap studeras och presenteras samt att behovet av vidare forskning åskådliggörs (Polit & Beck 2011). Databasen Cinahl har använts för sökning av artiklar. Sökord som användes ansågs vara relevanta för studiens syfte och frågeställningar. Sökorden som användes var ”*dementia, violence, aggression, nurse experience, nursing, caregivers, nursing home, perception and prevention*”. De utvalda artiklarna kommer i största del från Sverige, men även från Storbritannien, Schweiz och Japan. Föreliggande studies författare begränsade sökningen av artiklar från 2004 till 2014. Av de tolv inkluderade artiklarna var sju artiklar inte äldre än fyra år vilket ses som en styrka. Båda författarna till denna studie har erfarenheter av att vårda personer med demenssjukdom samt det aggressiva beteende som kan uppstå. Detta ser författarna som en styrka eftersom resultatet av de inkluderade artiklarna kunde relateras till egna erfarenheter.

De åtta inkluderade artiklarna var svenska studier och genomfördes i Sverige.

Författarna ser det som en styrka eftersom studiens resultat till mesta dels är uppbyggt på svenska förhållanden. Författarna ville från början inrikta sin studie till endast sjuksköterskors upplevelser och erfarenheter. På grund av att många studier är baserad på vårdpersonal (vårdbiträden, undersköterskor och sjuksköterskor) så valde författarna att inrikta sig på fler yrkesgrupper. Författarna ser det som en begränsning eftersom de inkluderande artiklarna inte kunde besvara de från början valda frågeställningarna i studien och kunde därmed påverka kvalitén i examensarbete. Författarna ser det även som en styrka eftersom att det belyste ett bredare yrkesområde. Språket i alla inkluderade artiklar var skrivna på engelska, vilket inte är författarnas modersmål. Detta kan ses som en svaghet då risken för feltolkningar av artiklarnas innehåll ökar. Några av

de inkluderade artiklarna är skrivna av samma författare vilket ansågs vara en styrka eftersom dessa författare tycktes ha stor kunskap om området.

De ingående artiklarna hade både kvalitativ och kvantitativ ansats vilket ses som en fördel inom omvårdnadsforskning (Forsberg & Wengström 2013).

4.4 Kliniska implikationer för omvårdnad

Inom det kliniska arbetet kommer vårdpersonalen på särskilt boende att stöta på svåra situationer och utåtagerande beteenden hos äldre och äldre med demenssjukdomar.

Därför är det viktigt att som vårdpersonal ha kunskap om bemötande samt kommunikation för att kunna hantera dessa situationer.

4.5 Förslag till fortsatt forskning

Utifrån denna studies resultat skulle det vara intressant med vidare forskning om hur handläggning av hot- och våldssituationer kan förbättras samt hur handledning från enhetschefer kan involveras och stötta vårdpersonalen med tanke på att våldet på särskilt boende ökar.

5. Slutsats

Hot och våld gentemot vårdtagare inom särskilt boende är vanligt förekommande. Även fast vårdpersonal har tillgång till olika strategier för att hantera hot och våld så upplevs dessa situationer som påfrestande och svåra att hantera. Det finns flera faktorer runt personer med demenssjukdom som kan utlösa ett aggressivt beteende men som kan förhindras genom att vårdpersonal får mer kunskap kring bemötande och kommunikation hos personer som har denna sjukdom. Författarna till denna studie anser att vårdpersonal bör få utbildning för att kunna öka kunskapen om hur de ska agera och kommunicera med vårdtagaren och därmed minska risken för att dessa situationer ska uppstå. Författarna anser att det behövs mer forskning kring detta område för att kunna säkra vårdkvalitén på särskilda boenden och utveckla en tryggare arbetsplats för vårdpersonalen.

6. Litteraturförteckning

Boström AM, Squires JE, Mitchell A, Sales AE & Estabrooks CA (2011) Workplace aggression experienced by frontline staff in dementia care. *Journal of Clinical Nursing* 21, 1453-1465.

Brooker D (2004) What is person-centred care in dementia? *Reviews in Clinical Gerontology* 13, 215-222.

*Duxbury J, Pulsford D, Hadi M & 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* 20, 792-800.

Edberg A-K (2011) *Att möta personer med demens*. Lund: Studentlitteratur AB.

Edberg A-K & Hallberg I. R (2001). Actions seen as demanding in patients with severe dementia during one year of intervention. Comparison with controls. *International Journal of Nursing Studies* 38, 271-285.

Edberg A-K & Wijk H (2009). *Omvårdnadens grunder, Hälsa och ohälsa*. Lund: Studentlitteratur AB.

Forsberg C & Wengström Y (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & Kultur.

Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S & Nienhaus A (2010) Aggression and violence against health care workers in Germany - a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Services Research* 10,1-8.

George J-B (2010) *Nursing Theories: The base for Professional Nursing Practice*. Pearson Education.

*Graneheim U, Hörnsten Å & Isaksson U (2012) Female caregivers perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 154-161.

Hallberg U (2011) *Hot och våld inom vård och omsorg*, Stockholm, Arbetsmiljöverket.

Henricson M (2012). *Vetenskaplig teori och metod*. Studentlitteratur AB.

*Isaksson U, Hällgren Graneheim U & Åström S (2009) Female caregivers experiences of exposure to violence in nursing homes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 46-53.

*Isaksson U, Hällgren Graneheim U, Åström S & Karlsson S (2011) Physically violent behaviour in dementia care: Characteristics of residents and management of violent situations. *Aging & Mental Health* 15, 573-579.

*Isaksson U, Åström S & Hällgren Graneheim U (2008) Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1660-1666.

*Isaksson U, Åström S & Hällgren Graneheim U (2013) Being flexible and tuning in: professional caregivers reflections on management of violent behaviour in nursing homes. *International Journal of Older People Nursing* 8, 290-298.

*Isaksson U, Åström S, Sandman P-O & Karlsson S (2008) Factors associated with the prevalence of violent behaviour among residents living in nursing homes. *Journal of Clinical Nursing* 18, 972-980.

*Josefsson K & Ryhammar L (2010). Threats and violence in Swedish community elderly care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50, 110-113.

*Josefsson K, Sonde L & Wahlin T-B (2007) Violence in municipal care of older people in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 16, 900-910.

*Nakahira M, Moyle W, Creedy D & Hitomi H (2008). Attitudes toward dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings. *Journal of Clinical Nursing* 18, 807-816.

Orengo C, Khan J, Kunik M, Snow A, Morgan R, Steele A, Cully J & Graham D (2008). Aggression in Individuals Newly Diagnosed with Dementia. *American Journal of Alzheimers Disease & Other Dementias* 23, 227-232.

Penckofer S, Byrn M, Mumby P & Estwing Ferrans C (2011) Improving Subject Recruitment, Retention, and Participation in Research through Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly* 24, 146- 151.

Polit D & Beck C. T (2011). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Lipincott Williams and Wilkins.

*Pulsford D, Duxbury J & Hade 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 Health Nursing* 18, 97-104.

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

Socialstyrelsen (2010) *Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom*.
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellriktlinjerforvardochomsorgviddemenssjukdom>
[Använd 4 September 2014].

Socialstyrelsen (2014) *Nationell värdegrund för äldreomsorgen*.
<http://www.socialstyrelsen.se/aldre/nationellvardegrund/>
[Använd 13 November 2014]

Svenskt Demenscentrum 2014. *Svenskt Demenscentrum*.
<http://www.demenscentrum.se/Fakta-om-demens/Vard-och-omsorg/Var-bor-man/>
[Använd 10 Oktober 2014].

Vickland V. (2012). Individualized guidelines for the management of aggression in dementia - Part 1: key concepts. *International Psychogeriatrics* 2, 1112-1124.

*Zeller A, Dassen T, Kok G, Needham E & Halfens JG R (2011). Nursing homes caregivers explanations for and coping strategies with residents aggression: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 20, 2469-2478.

Bilaga 1.					
Författare	Titel	Design	Datainsamlingsmetod	Undersökningsgrupp/Bortfall	Dataanalys
Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes 2013	<i>Staff and relatives perspectives on the aggressive behavior of older people with dementia in residential care: a qualitative study</i>	Beskrivande design med kvalitativ ansats.	Semistrukturerade intervjuer (fokusgrupper).	16 personer (2 sjuksköterskor, två omvårdnadspersonal, fyra vårdenhetschefer och åtta anhöriga) Män och kvinnor. 2 bortfall.	Tematisk analys. Intervjuerna spelades, transkriberades och delades in i teman.
Isaksson, Graneheim & Åström 2009	<i>Female caregivers experience of exposure to violence in nursing homes</i>	Beskrivande design med kvalitativ ansats.	Intervjuer.	20 personer (5 vårdbiträden, 10 undersköterskor samt 5 sjuksköterskor). Kvinnor. Bortfall redovisas ej.	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman.
Graneheim, Hörnsten & Isaksson 2012	<i>Female caregivers perceptions of reasons for violent behavior among nursing home residents</i>	Beskrivande design med kvalitativ ansats.	Intervjuer.	41 personer (8 vårdbiträden, 23 undersköterskor och 10 sjuksköterskor). Kvinnor. Bortfall redovisas ej.	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman.
Isaksson, Åström & Graneheim 2008	<i>Violence in nursing homes: perceptions of female caregivers</i>	Beskrivande design med kvalitativ ansats.	Intervjuer.	41 personer (8 vårdbiträden, 23 undersköterskor och 10 sjuksköterskor) Kvinnor. Bortfall redovisas ej.	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman.
Isaksson, Åström & Graneheim 2012	<i>Being flexible and tuning in: professional caregivers reflections on management of violent behavior in nursing homes</i>	Beskrivande design med kvalitativ ansats.	Intervjuer.	41 personer (8 vårdbiträden, 23 undersköterskor och 10 sjuksköterskor) Kvinnor. Bortfall redovisas ej.	Kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim & Lundman.
Isaksson,	<i>Physically violent</i>	Beskrivande design	Strukturerade intervjuer	309 personer bosatta på 40	Data samlades in med hjälp av

Graneheim, Åström & Karlsson	<i>behavior in dementia care: characteristics of residents and management of violent situations</i>	med kvantitativ ansats.	baserat på en enkät.	gruppboenden för personer med demenssjukdom. Bortfall redovisas ej.	strukturerade intervjuer, Multi-Dimensional Dementia Assesment Scale och Geriatric Rating Scale. Beskrivande statistik. T-test, chi-squaretest, regressionsanalys.
Isaksson, Åström, Sandman & Karlsson	<i>Factors associated with the prevalence of violent behavior among residents living in nursing homes.</i>	Tvärsnittstudie med beskrivande design och kvantitativ ansats.	The Multi Dimensional Dementia Assessment Scale och Geriatric Rating Scale, Visual Analogue Scale, The Swedish Creative Climate Questionnaire, The Job Satisfaction Scale,	814 personer (364 vårdgivare, 450 patienter, 10 vårdhem, 33 avdelningar) Män och kvinnor. Bortfall redovisas ej.	Beskrivande statistik. Mann-Whitney U-test, chi-squaretest.
Josefsson & Ryhammar 2010	<i>Threats and violence in Swedish community elderly care</i>	Beskrivande design med kvantitativ ansats.	Enkätundersökning.	213 personer (213 sjuksköterskor) Kvinnor. Bortfall redovisas (129 sjuksköterskor).	Redovisas ej.
Josefsson, Sonde & Robins Wahlin 2006	<i>Violence in municipal care of older people in Sweden as perceived by registered nurses.</i>	Icke-experimentell, deskriptiv design med kvantitativ ansats.	Enkätundersökning.	213 personer (213 sjuksköterskor) Kvinnor. Bortfall redovisas (129 sjuksköterskor).	Beskrivande statistik. Chi-squaretest, Mann-Whitney U-test.
Nakahira, Moyle, Creedy & Hitomi 2008	<i>Attitudes towards dementia-related aggression among staff in Japanese aged care settings</i>	Tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats.	Enkätundersökning.	675 personer (sjuksköterskor, undersköterskor och vårdbiträden) Män och kvinnor. Bortfall redovisas, (100 personer).	Beskrivande statistik. Cronbachs alpha, Pearsons korrelationskoefficient.
Pulsford, Duxbury & Hadi 2011	<i>A survey of staff attitudes and responses to people with dementia who</i>	Kvantitativ ansats.	Enkätundersökning.	36 personer (15 sjuksköterskor och 21 undersköterskor). Män och kvinnor. Bortfall redovisas (16 personer).	Beskrivande statistik.

	<i>are aggressive in residential care settings</i>				
Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens 2011	<i>Nursing home caregivers explanations for and coping strategies with residents aggression: a qualitative study</i>	Kvalitativ ansats med fokusgrupper.	Semistrukturerade intervjuer.	30 personer (18 sjuksköterskor, 5 undersköterskor och 7 sjuksköterskestudenter). Män och kvinnor. Bortfall redovisas ej.	Kvalitativ innehållsanalys enligt Mayring.

Bilaga 2		
Författare	Syfte	Resultat
Duxbury, Pulsford, Hadi & Sykes 2013	Syftet med denna studie var att undersöka sjuksköterskors och anhörigas åsikter om uppkomsten av och det mest effektiva sättet att hantera aggressivt beteende hos patienter med demenssjukdomar.	Resultaten visade att vårdpersonalen använde sig av ett personcentrerat förhållningssätt gällande hantering av ett aggressivt beteende. Dem bemötte aggressiva incidenter med interpersonella strategier, som t.ex. distraktion istället för att använda sig av läkemedel eller fysiska hinder.
Graneheim, Hörnsten & Isaksson 2012	Syftet med denna studie var att undersöka kvinnliga vårdgivares uppfattning för orsaker till våldsamt beteende på vårdhem.	Orsaker till ett hotfullt beteende är komplex och kan uppkomma av flera faktorer. Därför är det viktigt att försöka tolka vad personen egentligen vill kommunicera och sen anpassa situationen därefter.
Isaksson, Graneheim & Åström 2009	Syftet med studien var att belysa kvinnliga vårdgivares erfarenheter av att bli utsatt av våld på vårdhem.	Studien fann att vårdgivare hade förutfattade meningar om våldsamt beteende och att de kände att de tappade kontrollen över situationen. Erfarenheter som dessa kan komma att påverka interaktionen med kunden och distansera kontakten mellan vårdgivare och kund. Som ett resultat av detta kan vårdkvalitén minska. Risken med våldsamma situationer på arbetet innebär också att det till slut blir accepterat som en del av arbetet och att problemen kvarstår istället för hanteras.
Isaksson, Åström & Graneheim 2013	Syftet med studien var att belysa professionella vårdgivares reflektioner av att kunna hantera våldsamt beteende på vårdhem.	Vårdgivarna i denna studie hanterade våld genom flexibilitet och anpassning. Dem avvärjde hot och våldsituationer genom konfrontation av den våldsamma situationen. Vårdgivarna försökte ge vård i relation till den boendes kondition, kontrollera sina egna spontana reaktioner och tolka den boendes reaktion som kommunikativa tecken som anger hur de ska interagera med den boende i just den

		situationen.
Isaksson, Åström & Graneheim 2008	Syftet med studien är att belysa hur kvinnliga vårdgivare på vårdhem uppfattar våld.	Det viktigaste resultatet från en studie av Isaksson m.fl. visade också att graden av våld ligger i betraktarens öga. Varje vårdgivare har en egen uppfattning av vad som räknas till hot och våld. Samtidigt har också varje vårdgivare en egen inställning av vad som kan accepteras när det kommer till dessa situationer.
Isaksson, Graneheim, Åström & Karlsson 2011	Syftet var att undersöka olika typer av omvårdnadssituationer och patienters egenskaper relaterat till fysiskt våldsamt beteende.	Resultatet i studien visar att de 309 boende uppvisar ett fysiskt våldsamt beteende. Bland dessa så visar 27 av de boende dagligen ett våldsamt beteende. En större andel av de manliga boende uppvisar ett mer våldsamt beteende än hos kvinnor. Vårdgivarna i denna studie anser att nästan en tredjedel av det fysiska våldet är avsiktlig och riktad gentemot vårdgivarna själva.
Isaksson, Åström, Sandman & Karlsson	Syftet var att undersöka sammankopplingen mellan miljö och organisatoriska faktorer samt boendens och vårdgivares karaktärsdrag hos avdelningar med låg respektive hög prevalens av våldsamt beteende.	Resultatet visar att de 309 boende uppvisar ett fysiskt våldsamt beteende. Bland dessa så visar 27 av de boende dagligen ett våldsamt beteende. En större andel av de manliga boende uppvisar ett mer våldsamt beteende än hos kvinnor. Vårdgivarna i denna studie anser att nästan en tredjedel av det fysiska våldet är avsiktlig och riktad gentemot vårdgivarna själva.
Josefsson & Ryhammar 2010	Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av hot och våld riktat mot dem själv och annan vårdpersonal i kommunal äldreomsorg samt att beskriva tillgången till förebyggande åtgärder.	Studiens resultat visar att hot och våld mot sjuksköterskorna i första hand kommer från vårdtagare och därefter från anhöriga till vårdtagarna. Resultaten visade också att indirekta hot, t.ex. trakasserier och förolämpningar, är mest förekommande.
Josefsson, Sonde & Robins Wahlin 2006	Syftet var att beskriva sjuksköterskors uppfattningar av våld och hot, samt deras tillgång till förebyggande åtgärder och rutiner för hantering av våldsamt beteende.	I resultatet fann man att skillnaden kring hotfulla och våldsamma situationer inte skiljer sig från demensvård till somatisk vård. Tillgången till hantering av dessa situationer är mindre förekommande för sjuksköterskors som arbetar på somatiska avdelningar. Rutiner för hantering av dessa situationer fanns tillgängligt i högre grad på demensavdelningar än på somatiska avdelningar.
Nakahira, Moyle, Creedy & Hitomi 2008	Studien undersöker attityder kring aggressivt beteende hos personer med demenssjukdom i Japan. Förhållandet mellan personalens attityder, professionella egenskaper och klinisk praxis undersöktes.	Studien visar att personal med positiva inställningar till aggressivt beteende ofta är äldre, har längre erfarenhet av att arbeta med äldre och har en högre utbildning. Personal som är negativt inställda till våldsamt och aggressivt beteende använder mer medicinsk behandling vid dessa situationer.
Pulsford, Duxbury & Hadi 2011	Syftet var att undersöka vårdpersonalens åsikter om aggressivt beteende hos personer med demenssjukdomar samt vilka strategier som kan användas i praktiken för att hantera dessa	Studiens resultat visar att sjuksköterskor och undersköterskor använder ett personcentrerat synsätt vid aggressiva beteenden hos äldre demenssjuka. Aggressiva situationer hanterades med mindre påträngande strategier som t.ex. distraktion och nedtrappning.

	situationer.	
Zeller, Dassen, Kok, Needham & Halfens 2011	Syftet med studien var att undersöka vårdgivares perspektiv beträffande aggressivitet hos boende samt vilka praktiska strategier vårdpersonal kan använda för att hantera aggressivitet.	Resultatet i studien visar att vårdgivarna anger många olika faktorer som skulle kunna vara orsaker till ett aggressivt beteende på ett vårdhem. Faktorer som kunde utlösa aggression relaterad till vårdgivarna var att det var svårt att hantera aggression under tidspress. Brist på omtanke på grund av stress ansågs också vara en faktor. Det huvudsakliga syftet med att använda strategier var att avbryta aggressivt beteende och förhindra ytterligare upptrappning.